



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)**

**REPORTE LABORAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
MA. GUADALUPE AGUILAR ESTRADA**

**DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. BLANCA ELENA
MANCILLA GOMEZ**



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

México, D.F.

Noviembre 2007.



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.

Dedicatorias

Gracias a la mejor Universidad de México y Latinoamérica por permitirme formar parte de ella y darme la oportunidad de forjarme un futuro.

A mi papá por su amor y que desde donde se encuentre ha cuidado de mi y fue un ejemplo para luchar por mi sueño. ¡Papá he cumplido mi promesa!

A mi madre por su apoyo incondicional, por su amor, por su ejemplo y sus consejos, gracias mamá.

Gracias a mis dos hijas que de cerca han vivido conmigo todo este proceso por años, los sacrificios fueron muchos pero la ganancia mayor.

A la Dra. Ma. De Lourdes García Guillén, con quién estoy profundamente agradecida por su apoyo incondicional, su confianza y comprensión. Por compartirme su experiencia y sabiduría, además de ayudarme a crecer en el ámbito profesional y brindarme su amistad, Quien con su ejemplo me ha ayudado a ser valiente y perseverante.

A mi Gran Maestra y directora de tesis Blanca Elena Mancilla Gómez. Gracias por a si guía y orientación sin ellas no hubiese sido posible la elaboración del presente.

A la Dirección de Educación Continúa (DEC), en especial a Mario y José Manuel por su apoyo, dedicación y constante atención.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. CONTEXTO LABORAL	7
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO	21
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	
2. 1. Definición de EPOC	22
2.2. Clasificación de la EPOC	23
2. 3. Epidemiología	24
2. 4. Factores de riesgo	26
2. 5. Tipos de EPOC	28
2. 6. Métodos diagnósticos	28
2. 7. Tratamiento farmacológico	30
2. 8. Otros tratamientos: Rehabilitación respiratoria	32
2.9 . Educación	34
CAPITULO 3. CALIDAD DE VIDA (C. V.)	37
3. 1. Introducción y Definición	37
3. 2. Dimensiones de C. V	39
3. 3. Características de la CV	40
3. 4. Importancia de la C. V. en EPOC	41
3. 5. Evaluación de la CV en EPOC	41
3. 6. Instrumentos de Medición de la C.V. en EPOC	45
3. 6.1 Cuestionario para Enfermos Respiratorios Crónicos (CERC)	45

3.6.2 Cuestionario Respiratorio de Saint George (CRSG)	46
3.7 Investigaciones sobre cambios en CV en EPOC como respuesta a diversos tipos de tratamientos	48
3. 8. Factores que influyen en la reacción del paciente frente a la enfermedad	50
3.9. Aspectos psicológicos del enfermo crónico	52
3.10. Aspectos psicosomáticos del enfermo	54
3.11. Reacciones inadecuadas del paciente frente a la enfermedad	57
3.12. Mecanismos de defensa del enfermo con EPOC	58
3.13 Características psicológicas del paciente con EPOC	61
CAPITULO 4. TRATAMIENTO	66
4.1. Terapia cognitivo-conductual	66
4. 2. Modificación de conducta	71
4.2.1 Métodos de modificación de conducta	71
4.2.1.1 Método de Reestructuración cognitiva (Racional-emotiva de Ellis)	71
4.2.1.2 Terapia Cognitiva de Beck	74
4.2.1.3 Métodos de afrontamientos autoinstruccionales	76
4.2.1.4 Método de solución de problemas	77
CAPITULO 5. PROCEDIMIENTO	79
5.1 Control de agenda y citas	79
5.2. Entrevista inicial	79
5.3. Evaluación	80
5.4. Reclutamiento y selección	81
5.5. Formación de grupos	82
5.6 Intervención o tratamiento psicológico	83

5.6.1 Primera sesión (Día 1)	83
5.6.2 Segunda sesión (Día 2)	86
5.6.3 Tercera sesión (Día 3)	88
5.6.4 Cuarta sesión (Día 4)	91
5.7. Instrumentos para evaluar trastornos del ánimo (afectivos)	97
Inventario de Depresión de Beck (IDB)	97
Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)	99
CAPITULO 6. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	101
6.1 Análisis de todos los pacientes con EPOC valorados en el periodo 2002-2005	101
6.2 Análisis de pacientes que recibieron el programa educativo como tratamiento psicológico para mejorar su calidad de vida	102
CAPITULO 7. CONCLUSIONES	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	120

RESUMEN

La Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica (EPOC) ocupa el cuarto lugar como causa de muerte en el mundo y se pronostica que para el 2020 se ubicará entre los dos primeros lugares. La EPOC afecta la esfera psicosocial de quienes la padecen modificando la forma de vida y en estadios más avanzados es incapacitante. Los trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión frecuentemente acompañan a esta patología pulmonar interfiriendo con la adherencia terapéutica, favoreciendo las exacerbaciones y en muchas ocasiones las hospitalizaciones elevando así la morbimortalidad. El tratamiento de estos padecimientos es de tipo multidisciplinario. Gran parte de la labor de la psicóloga esta encaminada a mantener o mejorar la calidad de vida y para ello gran parte de su trabajo ha sido la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y depresión de estos pacientes, usando los métodos, técnicas y herramientas psicológicas necesarias. A la par con otros profesionales de la salud, la psicóloga de la Clínica de EPOC imparte un curso educativo como parte de intervención psicológica para disminuir los niveles de ansiedad o depresión en estos pacientes. Dicho curso fue diseñado en gran parte por el área de psicología y ha dado buenos resultados ya que los pacientes a través del conocimiento y entendimiento de la enfermedad y todos los cambios que ello implica y el aprendizaje de técnicas y métodos psicológicos para el mejor autocontrol le permiten una mejoría o buena calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como aquel estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no solo como ausencia de enfermedad.

De acuerdo con la OMS, la enfermedad se entiende como un proceso biológico que supone una alteración estructural y funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor, y un proceso social porque supone una invalidez.

Se sabe que la vida psíquica desempeña un papel importante en la salud y en la enfermedad.

Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad, que el psicólogo clínico debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en estas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia, amigos, el ambiente hospitalario, la personalidad del médico y demás profesionales de la salud, por mencionar algunos.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de acuerdo con la OMS, ocupa la cuarta causa de muerte en el mundo, es incapacitante y altera el estilo de vida de quien la padece.

La EPOC es la segunda enfermedad significativa presente en adultos de edad madura, para 1997 fue la décimo tercera causa de mortalidad general en México y la décima en adultos mayores de 55 años. Hasta ahora, la EPOC no posee un tratamiento curativo y no es posible revertir totalmente la mayoría de las alteraciones responsables de las manifestaciones clínicas de la enfermedad y, aunque se han propuesto como medidas terapéuticas prevenir o enlentecer su desarrollo, disminuir la sintomatología y mejorar las condiciones de vida del paciente afectado, el tratamiento sigue siendo casi exclusivamente farmacológico.

Una vez que se ha diagnosticado la EPOC surgen algunas variables psicosociales como son: Continuar fumando, la presencia de hábitos higiénico dietéticos inadecuados, un manejo inadecuado del estrés con sus consecuentes repercusiones sobre el sistema inmune y la presencia de infecciones respiratorias, alteraciones negativas en el estado de ánimo, que propician un deterioro del funcionamiento social o adherencia terapéutica, interfiriendo con el curso de esta enfermedad y desencadenando una progresión más acelerada de la misma. Todo lo anterior se traduce en una disminución en la calidad de vida.

El estado afectivo o emocional de un sujeto tiene importantes repercusiones sobre la salud, desde la iniciativa de seguir o no un tratamiento, hasta estados emocionales que alteran la vulnerabilidad del organismo. De la misma forma, la adaptación que un paciente tenga hacia su enfermedad determina la forma en que el paciente se conduce hacia la misma con las respectivas consecuencias

sobre su salud. Por lo tanto, se requiere de un abordaje integral (multidisciplinario), ya que es importante la participación de otros profesionales de la salud como el psicólogo, quien por medio de la aplicación de modelos y técnicas psicológicas, puede proporcionar al paciente estrategias para afrontar su padecimiento, así como habilitar o fortalecer las áreas que no se encuentran afectadas por dicha enfermedad.

El mejoramiento de la calidad de vida de personas con daño en la función pulmonar representa en la actualidad un reto para los profesionistas de la salud. Esto debido a que estos padecimientos, afectan tanto la integridad funcional del aparato respiratorio como el estado psicológico y el aspecto social de quienes la padecen.

La calidad de vida del paciente con EPOC puede estar menguada también por factores tales como diagnósticos médicos incorrectos, negligencia por parte del paciente en cuanto al tratamiento, así como prejuicios y estigmatización. Con respecto a este último punto, el desconocimiento social de la EPOC puede repercutir en la dinámica familiar, psicológica y laboral del enfermo.

Debido a la experiencia con pacientes con EPOC como psicóloga se reconoce y sabemos de la importancia de la intervención psicológica para manejar y mantener la calidad de vida de pacientes adultos y de la tercera edad con enfermedad pulmonar.

Debido a la experiencia como psicóloga con pacientes con EPOC se reconoce y sabemos de la importancia de la intervención psicológica para mejorar y mantener la calidad de vida de pacientes adultos y de la tercera edad con enfermedad pulmonar.

El psicólogo juega un papel importante en la evaluación, detección oportuna de necesidades y en el tratamiento de pacientes con EPOC, además, promueve cambios en cuanto a la autopercepción del paciente con respecto a su padecimiento, el apego al tratamiento farmacológico e indicaciones médicas, a la percepción y autocontrol en el manejo del estrés, el conocimiento y manejo familiar del padecimiento a través de la educación para la salud.

Por lo anterior se diseñó un programa educativo para pacientes con EPOC como apoyo psicológico y parte del tratamiento, el cual ha sido una de las grandes aportaciones del área de psicología en este ámbito.

El programa educativo se sustenta en el modelo cognitivo-conductual. Este enfoque parte de que la conducta de las personas es producto de sus pensamientos o cogniciones y que esta influye para que las personas permanezcan sanas o enfermen.

El programa está diseñado para que a través del conocimiento sobre la enfermedad, los síntomas, el tratamiento, etc., el paciente con EPOC logre modificar los pensamientos erróneos o irracionales con respecto a todo lo que le acontece por su padecimiento, para poder así cambiar conductas y hábitos

que le permitan, aprender a vivir con su enfermedad, adaptarse a su nuevo rol social como enfermo y por lo tanto mejore o mantenga su calidad de vida logrando el bienestar psicológico.

Este programa educativo se imparte por un equipo multidisciplinario compuesto por una psicóloga, médicos neumólogos, una trabajadora social, investigadores, técnicos inhalo terapeutas, una nutrióloga, una enfermera, a grupos conformados por personas con EPOC y los cuidadores o familiares, la finalidad de la asistencia de estos últimos es hacer sentir al paciente que no está solo y que se de cuenta del apoyo que le pueden proporcionar en situaciones difíciles que tenga que afrontar.

CAPITULO 1

CONTEXTO LABORAL

De acuerdo con el Manual de organización específico de el **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)** como a todos los Institutos Nacionales de Salud le corresponde realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y sociomédicas en el campo de las enfermedades respiratorias, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud.

El INER es la Entidad Nacional Normativa en Salud Respiratoria y el principal sitio de enseñanza, investigación, promoción y atención de alta especialidad.

Objetivos del INER

- Desarrollar y promover la investigación básica y aplicada para la prevención, diagnóstico, tratamiento de las enfermedades respiratorias.
- Impartir enseñanza de posgrado a profesionales de la medicina y contribuir a la formación de enfermeras, técnica y auxiliar en el campo de las enfermedades respiratorias.

- Proporcionar consulta externa y hospitalaria a pacientes que ameriten tratamiento especializado sobre enfermedades respiratorias.
- Asesorar unidades médicas y centros de enseñanza para la prevención, diagnóstico tratamiento de enfermedades respiratorias.
- Realizar y promover eventos y reuniones de carácter nacional e internacional para intercambios, difundir los avances que logren en su área de acción.

El INER esta estructurado en primera instancia por el Director General quien coordina a la Dirección Médica, Dirección de Investigación, Dirección de Enseñanza, Dirección de Administración y el órgano de control interno. **(Ver figura 1)**

La Dirección Médica del INER organiza las actividades de investigación y asistencia en forma de Clínicas y Servicios, los cuales cuentan con tecnología avanzada que incluye moderno equipo y personal certificado.

Ejemplos de esta forma de atención son las Clínicas de Neumología Oncológica, Tuberculosis Pulmonar, Clínica de Enfermedades de la Vía Aérea, etc. Alrededor de los Servicios Clínicos, están los servicios auxiliares de apoyo diagnóstico, tales como Imagenología, Medicina nuclear, Hemodinámica, etc.

Esta estructura se ha venido implantando a partir del cambio de dirección del INER en agosto del 2003.

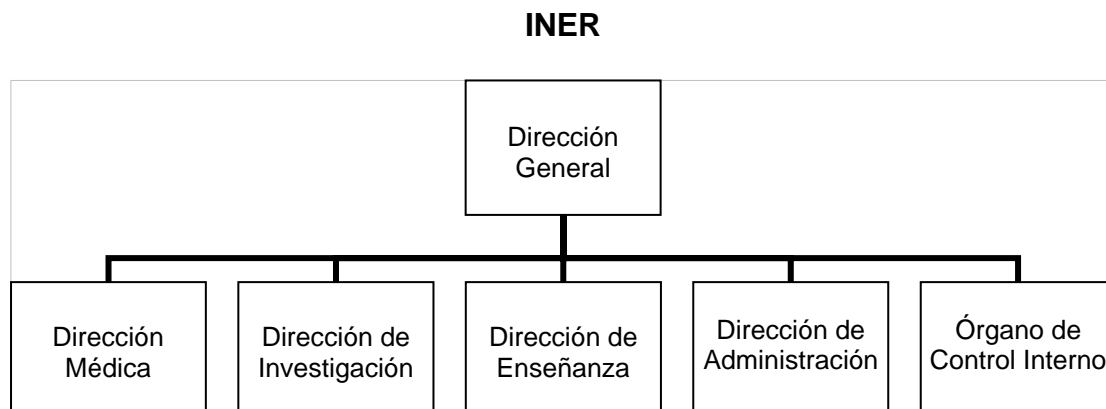


Figura 1. Direcciones del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

La Dirección Médica tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

- I. Coordinar, supervisar y evaluar las actividades de la Subdirección de Atención Médica de Neumología, de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédico, del Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística y del Servicio de Ingeniería Biomédica.
- II. Proporcionar asistencia médica a los pacientes con patología respiratoria que así lo soliciten, a través de los servicios de Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Cirugía, Rehabilitación y Auxiliares de Diagnóstico y tratamiento, conforme el perfil que se defina institucionalmente.

- III. Elaborar y actualizar las normas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos que deben seguirse con los enfermos atendidos en la Institución.
- IV. Emitir Normas para evaluar el estado de salud de los pacientes mediante la operación de laboratorios y servicios radiológicos, de medicina nuclear, de anatomía patológica y de fisiología.
- V. Apoyar las actividades de investigación básica y clínica que se realicen en el Instituto.
- VI. Fomentar el desarrollo de labores de medicina preventiva para los pacientes del Instituto y sus familiares a través de políticas, conferencias, localización de contactos y vacunación.
- VII. Dirigir la Operación del archivo clínico y la elaboración de las estadísticas médicas del Instituto.
- VIII. Colaborar con el Departamento de Planeación en la elaboración de planes y del Programa-presupuesto proporcionado información y formular los proyectos de programas y de presupuesto que correspondan.

- IX. Proporcionar información, datos o cooperación técnica a otras dependencias del Ejecutivo Federal, de acuerdo a las políticas establecidas a este respecto y con la autorización de la Dirección General.
- X. Coordinar la defensa del Instituto desde el punto de vista médico, en caso de quejas y demandas.
- XI. Promover la actualización tecnológica en el área médica y el funcionamiento informático en red.
- XII. Promover la integración de equipos multidisciplinarios de salud.**
- XIII. Mantener coordinación e intercambio técnico y de información con las demás unidades del Instituto.
- XIV. Expedir y certificar las copias de los documentos o constancias que existan en los archivos a su cargo, cuando proceda o a petición de autoridad competente.
- XV. Las demás necesarias para el cumplimiento de las anteriores.

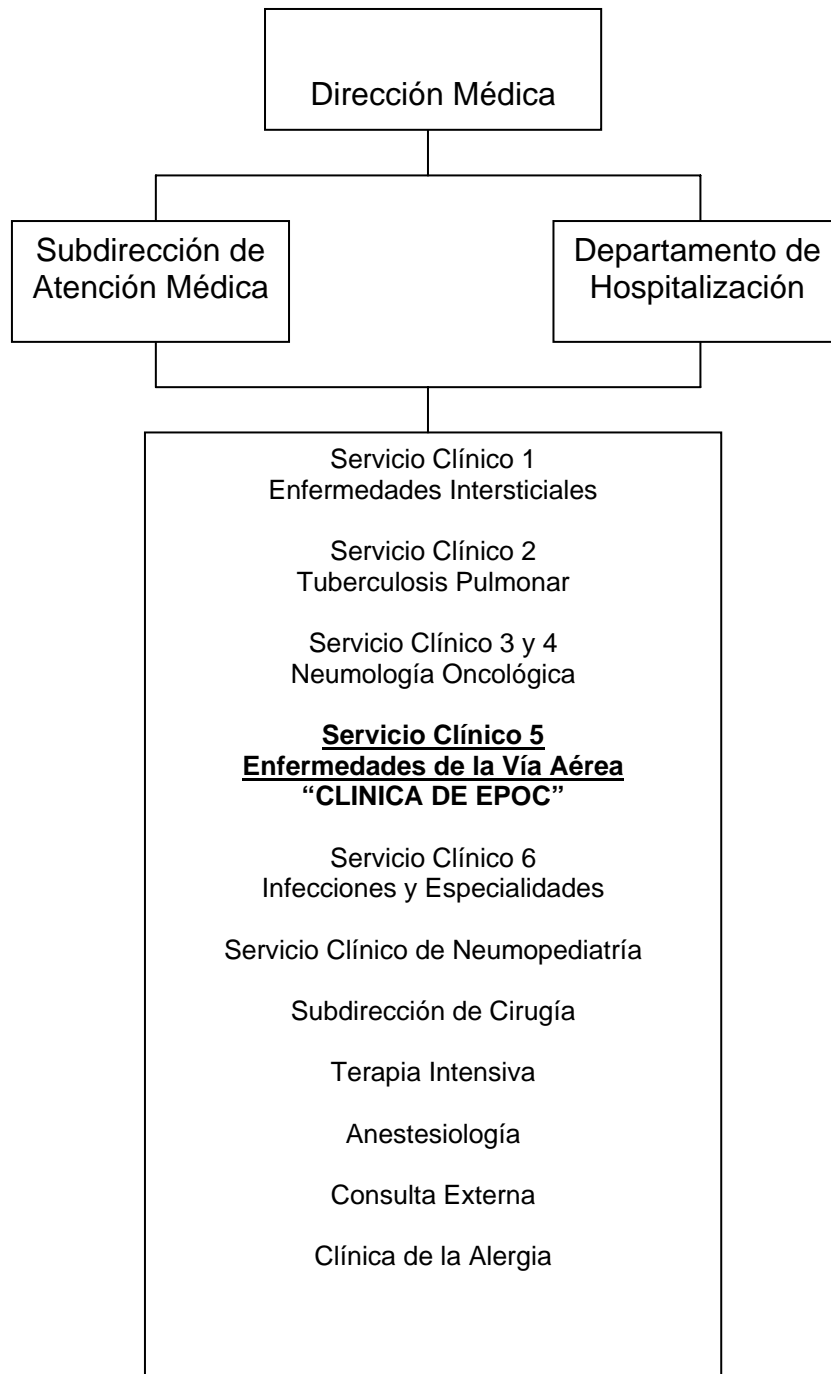


Fig. 2. Organigrama de la Dirección Médica del INER

Espacio físico

El área física del Servicio Clínico 5 de Enfermedades de la Vía Aérea esta distribuida de la siguiente forma:

- 30 camas censables: 15 ala norte (Mujeres) con su respectiva central de enfermeras y 15 ala sur (Hombres) con su respectiva central de enfermeras
- Un aula
- Una sala de juntas
- Una Oficina del Jefe del Servicio
- Jefatura de enfermería
- **Un cubículo de psicología**
- Una oficina de Trabajo Social
- Oficina de Nutrición y Administrativo
- Dos cubículos para secretarias
- Dos cubículos para Investigación Clínica
- Un cubículo para el Servicio de Inhaloterapia
- Cuatro oficinas de Médicos adscritos

El Servicio Clínico 5 “Enfermedades de la Vía Aérea” anteriormente llamada “Clínica de EPOC”, esta estructurado por un equipo multidisciplinario compuesto por:

1 Médico Jefe del Servicio

3 Médicos neumólogos Adscritos

1 Psicóloga

1 Trabajadora social

4 Enfermeras

1 Administrativo

2 Secretarias

La misión del Servicio Clínico 5 “Enfermedades de la Vía Aérea” es Mejorar la salud respiratoria y Calidad de Vida de los enfermos de EPOC, Asma y enfermedades pulmonares del trabajo dando atención profesional, humanitaria y de calidad.

En el servicio se manejan proyectos de los cuales actualmente se está trabajando en tres:

1. PROYECTO EPOC INER

Una de las muchas metas de este proyecto es la de estructurar modelos de atención integral en las áreas factibles y aplicables a nuestra población

En este servicio se atienden a los pacientes en dos áreas: A los pacientes ambulatorios en el Servicio o área de Consulta Externa y a los pacientes con EPOC que llegan al servicio de urgencias se le hospitaliza en caso de ser necesario (área de hospitalización). En ambos casos la psicóloga participa.

2. PROYECTO ASMA INER

El objetivo de este proyecto es tratar, investigar y prevenir en forma inmediata uno de los problemas respiratorios más frecuentes en el INER; el asma.

Participan en este proyecto de asma los servicios de Urgencias, Consulta Externa, Neumopediatría, Alergología, Inmunología, Otorrinolaringología, Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios (UCIR), Psicología, Investigación, Dirección Médica, Costos y Epidemiología.

3. PROYECTO ENFERMEDADES PULMONARES DEL TRABAJO

Es un proyecto nuevo en el cual se tiene poca experiencia en este ámbito (con respecto a las siguientes enfermedades respiratorias por exposición a polvos, humos, gases y sustancias químicas en el lugar de trabajo: neumoconiosis, silicosis, EPOC y asma laboral, Cáncer pulmonar) y que ha sido asignado al Servicio Clínico 5 de Enfermedades de la Vía Aérea.

En estos últimos dos años 2004-2005 se han venido realizando actividades en el área de investigación entre ellas se esta desarrollando un Modelo de Atención Integral a empresas denominado INER en su empresa. El cual contempla la detección de casos y realización de diagnóstico así como

determinación de tratamiento farmacológico. Dar seguimiento y continuidad a cada caso. Participan en este proyecto neumólogos, epidemiólogo, psicóloga, Enfermeras y Trabajadora social.

Algunos de los objetivos de este proyecto son:

Prevenir estas enfermedades mediante programas educativos a todos los sectores vulnerables.

Difundir alternativas de diagnóstico y tratamiento.

Disminuir la morbi-mortalidad y los costos en el INER y el país.

En estos tres proyectos que se están llevando a cabo, el área de psicología esta jugando un papel relevante, específicamente en el proyecto EPOC.

Actividades y Funciones del Área de Psicología del Servicio Clínico 5 Enfermedades de la Vía Aérea “CLINICA DE EPOC”

La psicóloga del Servicio Clínico 5 Enfermedades de la Vía Aérea “CLINICA DE EPOC” desempeña un papel como profesional de la salud muy importante, sus actividades están encaminadas en el logro de los siguientes objetivos:

ψ Realizar acciones que promuevan y fortalezcan la Calidad de Vida de los pacientes con EPOC mediante la intervención y aplicación de estrategias específicas.

ψ Sensibilizar en especial a los médicos de la importancia del servicio de psicología en el área de la salud y muy particularmente en las Enfermedades Respiratorias Crónicas

El psicólogo usa diferentes modelos y técnicas para realizar sus diferentes funciones que consisten en:

ψ Llenado de ficha de datos sociodemográficos de cada paciente a través de la entrevista psicológica

Evaluación

ψ Evaluar a través de entrevista no estructurada y cuestionarios el estado afectivo y la Calidad de Vida de los pacientes con EPOC, ambulatorios y hospitalizados

ψ Calificar e interpretar conforme a los resultados de los cuestionarios que aplica, los trastornos afectivos en el paciente con EPOC así como el grado de afectación en su calidad de vida

Diagnóstico

ψ Diagnostica la existencia de algún grado de ansiedad y depresión en los enfermos respiratorios crónicos, así como el grado de alteración en la calidad de vida del paciente con EPOC

Planeación

ψ Planea la creación de grupos de ayuda mutua trabajando para la consolidación y funcionamiento de los mismos

Selección

ψ Determina y establece los criterios para quienes ingresan a los grupos

Coordinación

ψ Coordina el programa educativo ya que asigna las fechas, los horarios, a los participantes de cada sesión y a los integrantes de cada grupo.

Intervención

ψ Terapeuta de las sesiones de manejo del estrés: Informativo; autocontrol

ψ Dirige el Taller de relajación

ψ Elabora el material didáctico que es utilizado en las sesiones que ella imparte

Investigación

Entre las actividades de investigación que la psicóloga desempeña son:

ψ Elaboración de base de datos de todos los pacientes ambulatorios (cohorte) que ingresan por primera vez

ψ Introducción de información a la base de datos de la cohorte de pacientes ambulatorios con EPOC

ψ Análisis estadísticos para algunas investigaciones propias del área de psicología y en algunas ocasiones como apoyo

ψ Elaboración de tablas y gráficos de información estadística propias del servicio

ψ Elaboración de artículos de investigación para publicaciones

Difusión

La psicóloga del Servicio Clínico 5 ha participado en actividades de difusión tales como:

ψ Colabora y apoya en algunas ocasiones en la elaboración de folletos y trípticos como material informativo sobre este tipo de problemas respiratorios, el cual ha sido utilizado como material de apoyo para el programa educativo para pacientes con EPOC.

ψ Participación y difusión en congresos de Neumología Nacionales e Internacionales de investigaciones de aspectos psicológicos de pacientes con EPOC.

Como puede observarse las funciones de quien realiza el presente Reporte

Laboral son:

- Evaluación
- Diagnóstico
- Planeación
- Selección
- Coordinación
- Intervención
- Investigación
- Difusión

Gran parte del trabajo de la psicóloga de la Clínica de EPOC ha sido la investigación y Desarrollo de programas de intervención o tratamiento psicológico todo en mejora de las condiciones de vida de estos pacientes

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

De acuerdo con Rico-Méndez (1997) en las últimas dos décadas, ha existido un incremento importante de las enfermedades crónico-degenerativas, en especial en la esfera respiratoria: el carcinoma bronco génico, la EPOC y el Asma Bronquial. Dado el incremento de las tasas de sobrevivencia es de esperarse un aumento muy importante en estas enfermedades, por lo cual deben tomarse medidas tanto preventivas como terapéuticas para abatir la problemática de las enfermedades crónico-degenerativas y muy en especial las enfermedades respiratorias.

La obstrucción del flujo de aire puede ocurrir en diferentes procesos de enfermedad que incluyen: la fibrosis quística, la fibrosis pulmonar, **el asma bronquial, la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar** y las bronquiectasias. La bronquitis crónica y el enfisema pulmonar a menudo coexisten variando en grados y puede ser difícil distinguir uno de otro en la práctica clínica, a estas dos últimas se les refiere generalmente como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o EPOC (American Thoracic Society, 1995)

Definición de EPOC

De acuerdo a la Iniciativa Global para la EPOC (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) GOLD siglas en inglés, es definida como una “enfermedad caracterizada por limitación al flujo aéreo la cual no es totalmente reversible y es usualmente progresiva. Esta limitación se asocia con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones y la vía aérea cuyos factores de riesgo más importantes son la exposición a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del consumo de tabaco y exposición a humos de leña”.

La EPOC es un proceso patológico que se caracteriza por una limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible. La limitación del flujo aéreo es, por lo general, progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o gases nocivos

El diagnóstico se debe considerar en pacientes con síntomas como tos, disnea y expectoración, y antecedente de exposición a factores de riesgo, fundamentalmente tabaquismo. Pero otros factores como el humo de leña y exposición en el trabajo a polvos y humos también pueden originarla. Se debe confirmar mediante la realización de una espirometría que demuestre limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible, con un FEV₁ (volumen espiratorio máximo en el primer segundo) post-bronco dilatación < 80% del

valor de referencia en asociación con un índice FEV₁/FVC (capacidad vital forzada) < 70%.

Clasificación de la E P O C

La iniciativa global para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC ha propuesto una clasificación de acuerdo a la gravedad en cuatro estadios en función de los síntomas de los pacientes y los valores de la espirometría post-broncodilatación, que debe considerarse como instrumento educativo y de orientación general para el tratamiento de la enfermedad:

Estadio	Características
0: En riesgo	<ul style="list-style-type: none">· Espirometría normal· Síntomas crónicos (tos, aumento de la producción de esputo)
I: EPOC leve	<ul style="list-style-type: none">· FEV₁/FVC < 70%· FEV₁³ 80% ref.· Con o sin síntomas crónicos (tos, aumento de la producción de esputo)
II: EPOC moderada	<ul style="list-style-type: none">· FEV₁/FVC < 70%· 50% £ FEV₁ < 80% ref· Con o sin síntomas crónicos (tos, aumento de la producción de esputo)

III: EPOC grave	<ul style="list-style-type: none"> · FEV1/FVC < 70% · 30% ≤ FEV1 < 50% ref · Con o sin síntomas crónicos (tos, aumento de la producción de esputo)
IV: EPOC muy grave	<ul style="list-style-type: none"> · FEV1/FVC < 70% · FEV1 < 30% ref ó FEV1 < 50% ref con insuficiencia respiratoria crónica o insuficiencia cardíaca derecha

Tabla 1. Clasificación de la EPOC de acuerdo al GOLD. FEV1: volumen espiratorio máximo en el primer segundo; ref.: valor de referencia; FVC: capacidad vital forzada; insuficiencia respiratoria crónica: presión parcial de oxígeno arterial (PaO₂) < 60 mmHg (8,0 kPa) con o sin presión parcial de CO₂ arterial (Pa CO₂) > 50 mmHg (6,7 kPa), respirando aire ambiente y al nivel del mar.

Epidemiología de la EPOC

La Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT, 2004) reporta que la prevalencia de EPOC en individuos de 50 años en la población general se estima que puede ser del 3 al 6% en países desarrollados como EE.UU., lo que implica que al menos 15 millones de personas presentarán la enfermedad en ese país. En España, el 9% de la población de entre 40 y 70 años presenta EPOC, aunque sólo el 22% de ellos están diagnosticados y reciben algún tipo de atención médica. Es importante remarcar que puede haber diferencias

importantes en la prevalencia entre diferentes áreas geográficas, incluso en un mismo país. Un estudio poblacional realizado en Brasil demostró una prevalencia de bronquitis crónica del 12.7% en mayores de 40 años, aunque no se pudo obtener la prevalencia de la EPOC al carecer de estudio espirométrico.

La EPOC es una enfermedad muy frecuente, que afecta entre un 6 y un 12% de la población mayor de 40 años.

Es difícil obtener cifras fiables sobre la prevalencia de la EPOC en Latinoamérica debido a que la definición y clasificación de esta enfermedad son controvertidas, lo cual confunde las estadísticas. Además, la carencia de infraestructuras para la captación de datos en varios países provoca una falta de información que dificulta el conocimiento de la realidad de la EPOC. Para solventar esta carencia, la ALAT a puesto en marcha el proyecto PLATINO (proyecto latinoamericano en obstrucción pulmonar), destinado a conocer la prevalencia de la EPOC en diversos países del área mediante un protocolo común. Hasta conocer los resultados de este proyecto, los datos de mortalidad siguen siendo las estadísticas más disponibles en los países del área.

Algunos países tienen cifras oficiales que permiten una aproximación al problema de la EPOC en esta región.

De acuerdo con el Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar (PLATINO) es una iniciativa de la Asociación Latinoamericana del

Tórax (ALAT), en donde participan Uruguay, Venezuela, Chile, Brasil y México. Se encontró en nuestro país una prevalencia del 7%.

En México la bronquitis crónica y el enfisema fueron la decimotercera causa de mortalidad, con una tasa de 9,6/100.000 habitantes en 1997 que ascendió en mayores de 65 años al octavo lugar con 157/100.000 habitantes. En Colombia la tasa de mortalidad por EPOC fue de 15.9/100.000 habitantes en 1994.

De acuerdo al informe de labores del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), la EPOC se ubicó en el cuarto lugar de morbilidad y mortalidad en el 2001. (SSA, INER, 2002).

Todas estas cifras dan idea de la magnitud del problema, que sitúa a la EPOC justo por detrás de las enfermedades cardiovasculares y las neoplásicas como causa de morbimortalidad. Es importante remarcar que a medida que aumenta la expectativa de vida de la población aumenta también la prevalencia de la EPOC, ya que es una enfermedad que aparece en edades avanzadas.

Factores de riesgo para la EPOC

Entre los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la EPOC se encuentra el tabaquismo y la exposición a contaminantes intramuros como es el humo de leña. Sin embargo, existen otros como la exposición ocupacional a polvos. El asma y la hiperreactividad bronquial, son factores de riesgo que se han señalado para el desarrollo de la EPOC. Otros como la deficiencia de $\alpha 1$ antitripsina no la encontramos en nuestro medio.

Las guías globales para diagnóstico y tratamiento de la EPOC (GOLD) han agrupado a los factores de riesgo en los que están directamente relacionados con el huésped y los exposicionales o ambientales.

La intensidad de la exposición y la susceptibilidad genética son factores que influyen para que el sujeto adquiera la enfermedad, ya que no todos los sujetos que fuman, o los que se exponen a la leña van a desarrollarla. Por ejemplo entre los fumadores, solo un 10 a 15% presentarán la enfermedad, en relación a humo de leña no sabemos el porcentaje de mujeres que desarrollarán la enfermedad.

La exposición al humo de leña es un factor de riesgo que debe investigarse rutinariamente a las mujeres de origen rural de los países en vías de desarrollo. Los estudios realizados en nuestro país en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias han corroborado esta asociación (Pérez Padilla et al, 1996). Se ha encontrado una asociación directa entre el número de horas de exposición al humo de leña y la presencia de bronquitis crónica en mujeres. Para las mujeres expuestas a más de 200 horas/año (índice que resulta de multiplicar el número de horas expuesta al día por los años de haber expuesta al humo de leña), el riesgo de tener EPOC es de 75 veces mayor que en las mujeres sin esta exposición.

Otra causa conocida de la EPOC es una deficiencia hereditaria relativamente rara de una proteína llamada alfa-1-antitripsina. Estos enfermos tienen una forma severa de enfisema de comienzo antes de los 30 o 40 años de edad.

La exposición frecuente o prolongada a aire contaminado o las infecciones de vías respiratorias también puede desempeñar una función en el desarrollo de la EPOC menos consistente.

Tipos de EPOC

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un desorden respiratorio crónico que comprende a la bronquitis crónica y al enfisema pulmonar

El **enfisema** es una enfermedad en la que los sacos alveolares dentro de los pulmones (denominados «alvéolos») se dilatan de manera excesiva (como un globo que se ha inflado casi hasta explotar). Esta dilatación excesiva se debe a que las paredes de los alvéolos están dañadas, lo cual provoca el colapso de las vías respiratorias.

La **bronquitis crónica** es una inflamación de los bronquios. Los bronquios comunican la tráquea a los pulmones. Cuando los bronquios se inflaman, se reduce el flujo de aire que entra y sale de los pulmones. Además se produce un exceso de mucosidad que estrecha y obstruye las vías respiratorias. Se considera que la bronquitis es crónica cuando ha durado tres meses por más de dos años seguidos.

Métodos diagnósticos de la EPOC

La valoración clínica que consiste en exploración física y elaboración de una historia clínica con datos sobre: Síntomas, signos, tabaquismo, comorbilidad, agudizaciones, ingresos hospitalarios, efectos secundarios e interacciones del tratamiento, estado nutricional, etc. Permite a la mayoría de los médicos hacer un diagnóstico provisional de EPOC a partir de los síntomas comunicados por el paciente y la realización de una exploración física. Otros estudios útiles son:

1. La radiografía de tórax, se emplea para descartar otras enfermedades que tienen los mismos síntomas que la EPOC. La radiografía de tórax debe realizarse en las visitas de seguimiento cuando se crea que es necesario valorar la existencia de posibles complicaciones (neumonía, neumotórax, etc.) o de enfermedades asociadas (cáncer de pulmón, insuficiencia cardíaca, cor pulmonale, etc.).
2. La espirometría, que es un estudio de función pulmonar que mide lo bien que el aire entra y sale de los pulmones.
3. Gasometría arterial. Es un estudio para determinar los gases sanguíneos arteriales como son la presión arterial de oxígeno (PaO_2), la presión arterial de bióxido de carbono ($PaCO_2$) y el pH. La gasometría arterial es imprescindible en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda. También es necesaria para el diagnóstico de la insuficiencia respiratoria crónica, así como para indicar y controlar la oxigenoterapia continua domiciliaria.

4. Prueba de Caminata de 6 minutos: Esta indicada para ver la de-saturación de oxígeno durante actividad física como caminar.
5. Los análisis de sangre (gasometría arterial y oximetría), que permiten determinar la cantidad de oxígeno presente en la corriente sanguínea.
6. La electrocardiografía (ECG) y la eco cardiografía, que se emplean para descartar las alteraciones cardíacas que podrían causar los mismos síntomas. El ecocardiograma permite confirmar la existencia de un cor pulmonale crónico con hipertensión pulmonar o de una insuficiencia cardíaca.

Tratamiento farmacológico de la EPOC

Ninguno de los medicamentos existentes para el tratamiento de la EPOC ha demostrado reducir la pérdida progresiva de la función pulmonar a largo plazo. Los fármacos se utilizan para prevenir y controlar los síntomas, reducir la frecuencia y severidad de las exacerbaciones, y mejorar el estado general de salud y la tolerancia al ejercicio.

Broncodilatadores

Desempeñan un papel central en el tratamiento sintomático de la EPOC. Se pueden administrar a demanda como medicación de rescate, o siguiendo un régimen regular para prevenir o reducir los síntomas. La elección entre b2-agonistas, anticolinérgicos, teofilina y combinaciones de ellos depende de la

disponibilidad, de la respuesta individual en términos de alivio de síntomas y de los efectos secundarios. La vía de administración preferida es la inhalada.

Los b₂-agonistas tienen la ventaja de tener un efecto casi inmediato, alcanzando su pico de acción en unos 15-30 minutos, y su duración es de 4 ó 5 horas. Por el contrario, el temblor, taquicardia y nerviosismo son sus efectos secundarios más limitantes.

Los anticolinérgicos tienen un comienzo de acción algo más lento, duran de 6 a 8 horas, con un efecto broncodilatador equivalente y sin los efectos secundarios antes mencionados; por ello hay autores que los indican como de primera elección. Ambas clases de broncodilatadores han demostrado disminuir los síntomas y aumentar la tolerancia al ejercicio, pero no modifican el FEV1 ni la mortalidad; además los anticolinérgicos han demostrado mejorar la calidad de vida. La combinación de ambos disminuye las exacerbaciones y pueden incrementar el grado de bronco dilatación.

Cuando el estadio de la EPOC progresa se deben indicar broncodilatadores de larga duración, anticolinérgicos o b₂-agonistas, como terapia de mantenimiento y dejar los de corta duración como medicación de rescate. El tratamiento regular con broncodilatadores de larga duración es más eficaz que los de corta duración, pero es bastante más caro. Los b₂-agonistas y anticolinérgicos de larga duración han demostrado disminuir las exacerbaciones en aproximadamente un 25%, mejorar la calidad de vida y aumentar levemente el FEV1, sin modificar la mortalidad.

Las metilxantinas son consideradas en la actualidad como fármacos de segunda línea por su débil potencia broncodilatadora y estrecho margen terapéutico. Los argumentos a favor de su uso incluyen acciones potencialmente beneficiosas (mejoría de la función diafragmática y de la capacidad de esfuerzo, efecto diurético e inotrópico positivo) y el dato de que en formulación retardada, añadida a otra medicación broncodilatadora, mejoran la función pulmonar y la calidad de vida.

Glucocorticoides

En la EPOC se recomienda evitar el tratamiento a largo plazo con corticoides orales por no existir evidencias de beneficios y por la gran evidencia de efectos secundarios, especialmente la miopatía esteroidea.

El tratamiento regular con corticoides inhalados no modifica la reducción progresiva a largo plazo del FEV1, pero en pacientes seleccionados disminuye la frecuencia de exacerbaciones en aproximadamente un 24% y mejora la calidad de vida. Cuatro grandes estudios demuestran que se deben emplear en enfermos en estadio III y IV, es decir con FEV1 < 50% del valor de referencia, y exacerbaciones repetidas (por ejemplo, 3 en los últimos tres años).

Vacunación. Está indicada la vacunación antigripal anual, mientras que, aunque utilizada, no existen datos tan favorables de la vacunación antineumocócica generalizada.

Tratamiento sustitutivo con alfa-1-antitripsina. Solo en pacientes jóvenes con déficit severo y enfisema.

Antibióticos. No se recomienda su uso más allá del tratamiento de exacerbaciones infecciosas de la EPOC y otras infecciones bacterianas.

Muco líticos. No se puede recomendar el uso extendido de estos preparados.

Agentes antioxidantes. La N-acetilcisteína disminuye la frecuencia de las exacerbaciones, pero antes de recomendar su uso regular se deben evaluar los resultados de estudios que están en marcha.

Otros tratamientos

Rehabilitación Pulmonar

La rehabilitación pulmonar consigue reducir los síntomas, mejorar la calidad de vida, e incrementar la participación en las actividades de la vida diaria. Todos los pacientes con EPOC en sus diferentes estadios se benefician con los programas de entrenamiento, que mejoran tanto la tolerancia al ejercicio como la sensación de disnea y fatiga. Los programas incluyen ejercicios de entrenamiento.

Los beneficios se han demostrado en pacientes ingresados, ambulatorios y en el ámbito domiciliario. La duración mínima de un programa de rehabilitación eficaz es de 2 meses, aunque los resultados mejoran cuanto mayor sea la duración.

Oxigenoterapia.

La administración a largo plazo de oxígeno (>15 horas/día) en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica ha demostrado que aumenta la supervivencia.

También es beneficioso en la presión de la arteria pulmonar, policitemia, capacidad de ejercicio, mecánica pulmonar y capacidad intelectual.

La oxigenoterapia a largo plazo se indica generalmente en pacientes en estadio IV: EPOC muy severo, que presentan:

- a) PaO₂ \leq 55 mm Hg (7.3 kPa) o SaO₂ < 88%, con o sin hipercapnia
- b) PaO₂ >55 y <60 mm Hg (entre 7.3 y 8.0 kPa) o SaO₂ de 89%, y evidencia de hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva o policitemia (Hto > 55%).

Ventilación Mecánica

No existe evidencia convincente de que la ventilación mecánica tenga un papel relevante en el manejo de la EPOC.

Tratamiento quirúrgico.

En pacientes cuidadosamente seleccionados la bullectomía es eficaz en reducir la disnea y mejorar la función pulmonar.

La Cirugía de Reducción de Volumen Pulmonar (**CRVP**) es un procedimiento paliativo y aunque algunos estudios obtienen mejoría en la capacidad de ejercicio y en la calidad de vida de pacientes seleccionados, no se puede

recomendar para todos los casos. Su indicación se valora en pacientes en estadio IV, con enfisema predominantemente en los lóbulos superiores y baja capacidad de ejercicio.

En pacientes adecuadamente seleccionados, con EPOC muy avanzada, estadio IV, el trasplante pulmonar ha demostrado mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional. Los criterios que deben cumplir son FEV1 < 35% del valor de referencia, PaO2 < 55-60 mm Hg (7.3-8.0 kPa), PaCO2 > 50 mm Hg (6.7 kPa), e hipertensión pulmonar secundaria, entre otros.

Educación

La educación es la enseñanza de los conceptos y habilidades necesarios para que los pacientes sigan los consejos médicos. La información es necesaria pero no suficiente para cumplir estos objetivos. Por ello el proceso educativo debe tener dos partes fundamentales:

- a) Transmisión de la información y adquisición de habilidades por parte del paciente

- b) Modificación del comportamiento

La educación sanitaria no mejora la función pulmonar de los pacientes ni la tolerancia al ejercicio, pero puede optimizar la capacidad de sobrellevar la enfermedad y su estado general de salud. Además es eficaz para alcanzar ciertas metas específicas, como dejar de fumar.

De acuerdo con Taskin, D (1982) la educación del paciente debe tener como objetivo la comprensión de las características de la enfermedad por parte del

mismo así como de las posibilidades terapéuticas reales que el médico le puede ofrecer. Es importante que no se generen expectativas desmedidas que puedan redundar en una menor adhesión del paciente al tratamiento. Además se deben ofrecer al paciente y por lo menos a un familiar responsable de su cuidado, los conocimientos anatómicos y funcionales de la EPOC, la intención de cada elemento del tratamiento así como los efectos secundarios de cada medicamento.

La importancia de la educación radica en que los pacientes bien informados tienen un mayor nivel de funcionamiento físico, psíquico y social (Lacroix, Martin, Avendano y Goldstein, 1991).

La abstención del hábito de fumar es la intervención más simple y más rentable para reducir el riesgo de desarrollar EPOC y detener su progresión en cualquier estadio. El cese del tabaquismo reduce la tasa de mortalidad por cualquier causa en aproximadamente un 27%. La simple recomendación del médico consigue una abstinencia a largo plazo del 5%, pero además disponemos de distintos tratamientos farmacológicos eficaces para la dependencia del tabaco.

Numerosos estudios indican que la terapia sustitutiva de nicotina en cualquiera de sus formas (chicle, inhalador, aerosol nasal, parche transcutáneo, tableta sublingual o gragea) aumenta la tasa de abstinencia a largo plazo hasta un 16-22%. También antidepresivos como el bupropion han demostrado incrementar la tasa de abandono del hábito de fumar hasta el 30% a un año, y hasta el 35% si se asocia a parches de nicotina.

Capítulo 3. CALIDAD DE VIDA

Introducción y Definición

Definir el concepto de Calidad de vida (CV) es difícil, ya que debe de incluir varios aspectos. En este sentido es necesario mencionar que el grado de desarrollo alcanzado por una sociedad debe ser valorado atendiendo no solamente a los indicadores económicos que describen el estado general de la economía de una nación o grupo social, sino también, y de manera fundamental, del estado que guarda la existencia concreta de los individuos que conforman dicha sociedad.

El acceso real que tienen las personas a la educación, a los servicios de salud, a una vivienda digna, al trabajo no enajenante y justamente remunerado, al esparcimiento, al deporte, a un ambiente limpio, a la seguridad en sus bienes y sus personas y al ejercicio de sus derechos civiles, constituyen una parte sustancial de los elementos que deberían considerarse en el análisis del progreso social como contexto del desarrollo de los individuos.

Las condiciones objetivas de la existencia social de los individuos derivadas de sus circunstancias, económicas, políticas, culturales, laborales, ecológicas y legales, tanto como las condiciones biológicas, asociadas a su estado nutricional, a sus estados de salud - enfermedad y a sus condiciones físicas generales, constituyen el marco de referencia en el que ha de ubicarse cualquier análisis de las posibilidades que tienen los individuos de alcanzar un grado razonable de CV. (Nussbaum, C y Sen, A (1996).

Blasco (2001) menciona que de acuerdo a la OMS, la calidad de vida (CV) es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

De acuerdo a Carpio, et al., (2000) “la calidad de vida puede ser concebida como la resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas de los individuos, estado que define el modo en que éstos se ajustan a las situaciones cotidianas en que su comportamiento, como modo de existencia práctica tiene lugar, así como resultados que dicho ajuste tiene sobre el ambiente y sobre el propio organismo”.

En la actualidad en el sector salud la calidad de vida ha cobrado gran importancia, específicamente en enfermedades crónicas. El concepto de calidad de vida es más restringido, pero aun así es complejo y algunas definiciones son las siguientes:

“ La calidad de vida asociada a la salud se ha definido como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento, o política determinada. Este valor es individual y

depende de la percepción subjetiva de cada individuo y de su entorno político, social y económico ". (Blasco, S A. 2001).

" La calidad de vida relacionada con la salud es el componente de la calidad de vida global que está determinando primariamente por el estado de salud de la persona y que puede ser influenciado por intervenciones clínicas "

"La calidad de vida representa el efecto funcional de una enfermedad y de su tratamiento y como es percibido por el paciente".

En términos generales, la calidad de vida es la sensación y percepción de bienestar físico, satisfacción emocional, psíquica y social del individuo.

Esta última definición es tal vez la más sencilla y autoexplicativa. Además contiene varios puntos importantes, ya que incluye en la definición no sólo las alteraciones producidas por la enfermedad, sino también los efectos benéficos o no de un tratamiento; asimismo, incluye en la definición que el punto de vista importante es el del paciente, no el del médico ni el puramente analítico.

Dimensiones de la calidad de vida

Al considerar la Calidad de vida relacionada con la salud como concepto multidimensional (Velarde-Jurado, E y Ávila-Figueroa, C. 2002) tenemos que las dimensiones que la integran son:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de la relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Características de la calidad de vida

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

Importancia de la CV en el paciente con EPOC

Así como la salud física es importante, lo mismo es el estilo o forma de vida y las condiciones psicosociales de las personas con alguna enfermedad, en especial EPOC.

Conocer el impacto de la enfermedad y determinar la existencia de alteraciones psicosociales en estos pacientes se ha convertido en una de las finalidades del área de psicología del servicio Clínico de Enfermedades de la Vía Aérea ya que esto permite conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones y desarrollar estrategias y diseñar programas de tratamiento psicológico que promuevan la salud mental.

Así mismo es de importante conocer el impacto de intervenciones terapéuticas (tratamiento médico, programas de rehabilitación, educativos, etc.) para modificar síntomas y función física a través del tiempo. Este impacto se refleja más claramente en el mejoramiento, rehabilitación o recuperación en los aspectos psicosociales y las condiciones de vida de los enfermos (Badia, X. y Carné X. 1998).

Evaluación de la Calidad de Vida

Para medir algo tan abstracto y subjetivo como la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se emplean cuestionarios, los cuales van a proveer una medida estandarizada, cuantificada de los problemas que el paciente considera importantes; identifica rápidamente cualquier alteración específica que el paciente considera molesta o incapacitante y permite demostrar cambios en el tiempo de estos problemas.

En la actualidad, a pesar del gran desarrollo tecnológico de la medicina, no se da la importancia debida a otros aspectos tan importantes como el grado de bienestar del paciente. Sin embargo el desarrollo de la psicometría en las últimas décadas, permite a través de cuestionarios, evaluaciones más objetivas de aspectos como la calidad de vida. Estos cuestionarios pueden complementar la evaluación global del paciente.

Para estudiar la calidad de vida se han diseñado cuestionarios como instrumentos de medición y estos pueden ser generales o específicos para cada enfermedad (Badia, X. y Carné X. 1998).

Una aplicación valiosa de la medición de la calidad de vida es su contribución a una evaluación más completa de la eficacia de los tratamientos. En los últimos años, muchos ensayos clínicos en pacientes con EPOC incorporan cuestionarios de calidad de vida entre los parámetros que definen la respuesta a un tratamiento, ya sea farmacológico, rehabilitador, educativo o quirúrgico. La cuantificación de la calidad de vida mediante cuestionarios permite analizar numéricamente los cambios en el estado de salud de los pacientes. Aunque los

cuestionarios genéricos como la Encuesta SF-36 (Zuñiga, MA., et-al. 1999), han demostrado ser útiles como instrumentos discriminativos (entre pacientes) y los cuestionarios específicos son superiores a los generales como instrumentos evaluativos, por ser más sensibles a los cambios en el estado de salud. Entre los cuestionarios específicos, el Cuestionario para Enfermos Respiratorios Crónicos (CERC) y el Cuestionarios Respiratorio de Saint George (CRSG) han sido muy utilizados en ensayos clínicos en los últimos años en pacientes con EPOC. (Guyatt GH, King DR, Feeny DH, Stubbing D, Goldstein RS. 1999)

Un aspecto de la medición de la calidad de vida que ha sido objeto de gran interés por parte de los investigadores es la interpretación clínica de los cambios en el curso de la enfermedad o de las diferencias transversales entre pacientes en su estado de salud, en función de los resultados de los cuestionarios. Como ocurre con otros parámetros biológicos, como el FEV₁, las diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida pueden no ser clínicamente relevantes. El concepto de "diferencia mínima clínicamente importante" (DMCI) se ha desarrollado con el objetivo de proporcionar significación clínica a los resultados de los ensayos. La DMCI se ha definido como la diferencia más pequeña en puntuación en una dimensión de interés que los pacientes perciben como beneficiosa y que justificaría, en ausencia de efectos secundarios y/o un excesivo coste económico, un cambio en el manejo del paciente (Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH., 1989). De acuerdo con esta definición, la DMCI sería el cambio de puntuación en un cuestionario de calidad de vida de aquellos pacientes que respondan "un poco mejor" o "un poco peor" a una pregunta de estimación global de cambio en su estado de salud o

"tratamiento algo efectivo" a una pregunta sobre la respuesta a un tratamiento. De hecho, este método de obtención de la DMCI, aunque muy utilizado, no ha sido validado. Mediante este procedimiento, se ha descrito una DMCI de 0,5 puntos para el CRQ y de 4 puntos para el SGRQ (Jones PW., 2002). No obstante, se ha sugerido que la determinación de la DMCI a partir de la percepción del paciente es poco fiable y depende de la escala de opciones de respuesta a la pregunta de estimación global de cambio (Hajiro T, Nishimura K., 2002). Un procedimiento alternativo al anterior se basa, no en la percepción de cambio por los pacientes, sino en el criterio de los clínicos que habrían de decidir qué cambios de puntuación del cuestionario reflejan, según su criterio, un cambio significativo en el estado de salud de los pacientes. Con este procedimiento se ha descrito una DMCI para el CRQ y el SGRQ también de 0,5 y 4, respectivamente. Un tercer método, propuesto por Jones PW, 2002 op-cit, que tendría la ventaja de no depender de la subjetividad de los pacientes o de los clínicos, consistiría en establecer diferencias clínicamente importantes asociadas a un criterio de salud. Así, se ha descrito una diferencia de 4 puntos en el SGRQ entre los pacientes con EPOC que en el curso de un año después de una exacerbación reingresan o fallecen respecto a los que no sufren estos episodios o entre pacientes con disnea de grados 4 y 5 en la escala del Medical Research Council (siglas en inglés MRC).

La comprensión de los cambios en la calidad de vida se ve dificultada en la práctica por el escaso significado clínico que tiene un determinado cambio de puntuación de un cuestionario, a diferencia de lo que ocurre con los cambios en el FEV₁ o en una escala de disnea, cuyo significado es más evidente para el clínico. Jones PW, op-cit propone como una posible solución a este problema

trasladar los cambios de puntuación de los cuestionarios a escenarios clínicos; por ejemplo, un cambio de 4 puntos en el SGRQ se corresponde, entre otros, con un escenario en que un paciente con EPOC ha mejorado, de manera que ya no tiene que caminar más despacio que los demás y ya no le falta la respiración cuando se lava o se viste o cuando se agacha.

Instrumentos de medición de la Calidad de Vida en EPOC

Existen varios instrumentos y para diferentes enfermedades que evalúan la CV (Velarde-Jurado, E y Ávila-Figueroa C. 2002).

Los cuestionarios utilizados en el área de psicología del Servicio Clínico 5 de Enfermedades de la Vía Aérea de INER para evaluar la CV son:

** Cuestionario para Enfermos Respiratorios Crónicos (CERC)*

El Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) fue diseñado por Guyatt et al en 1987, con el objetivo de determinar el efecto del tratamiento sobre la calidad de vida de los pacientes en los ensayos clínicos.

Adaptado al español por Güell et al en 1998.

Este cuestionario ha de ser administrado por un entrevistador entrenado y precisa entre 20 y 30 minutos en el caso de que se trate de la primera

entrevista y entre 10 y 15 min en las administraciones posteriores (de seguimiento).

Se compone de 20 preguntas o ítems en escala tipo likert de 7 posibles respuestas y se divide en 4 secciones o dimensiones de la salud: disnea (5 ítems), fatiga (4 ítems), función emocional 7 (ítems) y control (4 ítems) sobre la enfermedad.

El factor disnea mide la percepción del paciente de su sensación de falta de aire al realizar actividades básicas o importantes para su vida diaria

El factor fatiga mide grado de cansancio o agotamiento físico generado por la realización de esfuerzos.

El factor emocional mide las Sensaciones o sentimientos (estados afectivos) de tristeza, desesperanza, miedos, vergüenza, tensión, depresión, preocupación y frustración; felicidad, satisfacción y ansiedad

El factor control mide la sensación o sentido de control sobre la enfermedad y sus efectos.

Las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida

** Cuestionario Respiratorio de Saint George*

El SGRQ es un cuestionario diseñado y estandarizado por Jones et al en 1992 para ser utilizado en enfermedades obstructivas de las vías aéreas, EPOC y asma.

Mide la Calidad de Vida relacionada con la salud respiratoria

Adaptado al español por Ferrer et al en 1996 y en población mexicana por Aguilar et al en 2000.

Por su formato es auto administrado

Está constituido por 76 ítems, en 3 subescalas: síntomas respiratorios, actividades (limitadas por disnea) e impacto (en el funcionamiento psicosocial).
Donner, 1997.

La subescala de síntomas nos mide la frecuencia e intensidad y el tiempo de duración de Tos, flema, silbilancias o silbidos en el pecho y disnea o falta de aire.

Las subescala de actividades mide la proporción de actividades físicas que se ven limitadas por disnea (Ejemplos: Subir escaleras, bañarse, comer)

La subescala de impacto mide la proporción de actividades sociales, laborales, de familia, pareja que se ven afectadas por la enfermedad.

El paciente necesita 10-15 minutos para contestarlo.

Algunos ítems del cuestionario se responden a partir de una escala de 5 respuestas, mientras que otros son dicotómicos (cierto/falso).

En el cálculo de la puntuación hay que tener en cuenta que se aplican pesos a las respuestas, por lo que el procedimiento resulta bastante complejo y se requiere apoyarse en el manual.

La puntuación, para cada una de las dimensiones y la puntuación total, oscilan entre 0 y 100. En este cuestionario las puntuaciones más altas indican una peor calidad de vida.

Investigaciones sobre Cambios en la calidad de vida como respuesta a tratamiento en la EPOC.

En varios ensayos clínicos se ha evidenciado una mejoría de la calidad de vida de los pacientes con EPOC en respuesta a los fármacos broncodilatadores. Así, en su estudio paralelo, (Jones PW y Bosh TK., 1997) de 16 semanas de duración, que comparaba salmeterol a dosis de 50 μ g/12 h, salmeterol 100 μ g/12 h y placebo, se observó una mejoría clínicamente significativa en la puntuación del SGRQ con salmeterol 50 μ g/12 h pero no con la dosis de 100 μ g/12 h, lo que sería atribuible a los mayores efectos secundarios de la dosis más alta; los cambios observados en el FEV₁, aunque significativos, fueron mínimos.

En otro ensayo realizado por Dahl R., et al., 2001, que comparaba formoterol, otro β_2 -agonista de larga duración, con bromuro de ipratropio durante 12 semanas, se observaron cambios significativos en el FEV₁ con ambos fármacos y una mejoría de la calidad de vida, evaluada mediante el SGRQ, con formoterol; las diferencias entre formoterol y bromuro de ipratropio fueron clínicamente relevantes para las dimensiones de actividades e impacto del SGRQ.

En dos estudios recientes, de mayor duración que los anteriores, se evalúa el efecto del tiotropio, un nuevo anticolinérgico que se administra cada 24 h, en pacientes con EPOC durante un año de tratamiento (Vincken W., et al., 2002 y Casaburi R., et al., 2002). En ambos se observó en el grupo tratado con tiotropio, respecto a bromuro de ipratropio y placebo, respectivamente, una mejoría significativa en comparación con los parámetros iniciales en el grado de disnea, en la función pulmonar y la calidad de vida, medida con el cuestionario SGRQ; en la mitad de los pacientes, aproximadamente, el cambio en la puntuación total del SGRQ alcanzó a ser clínicamente relevante.

McSweeney AJ (1982). En su estudio sobre CV en EPOC concluye que los pacientes pueden experimentar problemas severos en todos los aspectos de su vida. La enfermedad altera o impacta la esfera psicosocial de los pacientes experimentando cambios en el estado de ánimo y conducta social que incluyen ansiedad, depresión, irritabilidad, paranoia, etc. Los síntomas pueden deberse a una multitud de factores relacionados con su padecimiento como problemas del sueño, disnea, hipoxia o hipercapnia, algunos medicamentos de su tratamiento, etc. La EPOC impacta otras esferas como la social, en especial

actividades recreativas, las propias de su hogar y otras en forma moderada como comer, hablar. De acuerdo a su análisis ellos sugieren que la severidad de la enfermedad no determina el como los pacientes se las arreglan para disminuir los efectos de la enfermedad.

En los últimos años se ha acumulado una gran evidencia acerca de la mejoría que la rehabilitación respiratoria produce en la disnea y la capacidad de ejercicio de los pacientes con EPOC. La evaluación de la calidad de vida es, por tanto, una de las medidas del resultado más importantes al evaluar la rehabilitación. Los resultados de un meta análisis publicado en 1996, que incluía 14 ensayos controlados, pusieron de manifiesto una mejoría clínicamente importante en las dimensiones de disnea y control sobre la enfermedad del CRQ (Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH, King D, Cook DJ, Goldstein RS., 1996). Un buen número de estudios posteriores han confirmado el beneficio de la rehabilitación respiratoria en la EPOC, tanto en pacientes ingresados como ambulatorios o realizada en el domicilio del paciente. En uno de ellos, que incluyó a 200 pacientes ambulatorios, seguidos durante un año, se evidenció con la rehabilitación una mejoría significativa y clínicamente importante en la puntuación de ambos cuestionarios, CRQ y SGRQ(Griffiths TL., et al., 2000). Por otra parte, el efecto positivo de la rehabilitación parece perdurar a largo plazo. En un ensayo, con un período de seguimiento de 2 años, en pacientes ambulatorios, se mantuvo la mejoría significativa obtenida con la rehabilitación respiratoria sobre la disnea, la capacidad de esfuerzo y las dimensiones disnea, fatiga y función emocional del CRQ (Güell R., et al.,2000).

Si bien el papel de la cirugía de reducción de volumen pulmonar en el tratamiento del enfisema grave está aún por definir debido a la falta de resultados de los estudios controlados y aleatorizados actualmente en curso, a corto plazo se ha descrito una mejoría significativa del estado de salud de los pacientes sometidos a cirugía, que se asocia a la disminución de la hiperinsuflación pulmonar (Güell R., et al., 2000).

Factores que influyen en la reacción del paciente frente a la enfermedad

El sufrimiento físico y la cronicidad de la enfermedad alteran el carácter, pensamiento y comportamiento de los seres humanos (López-Ibor, JJ., Ortiz Alonso, T. y López-Ibor, MI. 1999).

Hay que tener en cuenta que la EPOC impacta en todos los ámbitos relacionados con la persona: el ámbito familiar, laboral, social y personal. Todo ello dependiendo de la gravedad, sintomatología, tratamiento, intervenciones quirúrgicas, etc. (López-Ibor, JJ., Ortiz Alonso, T. y López-Ibor, MI. 1999).

Entre los Factores que intervienen en la forma de reaccionar del enfermo se encuentran:

- **Personalidad**

La personalidad del paciente influye a través de los mecanismos de defensa que utiliza. Así, por ejemplo, las personas dependientes utilizarán la regresión a estadios precoces del desarrollo, mientras que los que son muy independientes correrán el riesgo de negar la gravedad de la enfermedad (negación).

Existen tipos de trastornos de la personalidad, que interfieren en un grado importante con la actividad clínica. Varios estudios han demostrado que un 10 % de los enfermos de servicios médicos y quirúrgicos tiene algún tipo de trastorno de la personalidad. En estos casos suele prolongarse la estancia media o surgen conflictos por demandas en excesivo exigentes o extemporáneas y se deteriora la relación médico-enfermo. Según el tipo de trastorno de la personalidad aparecen problemas más específicos. Personalidades inseguras tendrán miedo a perder el control sobre sus vidas; los que padecen, por ejemplo, un trastorno límite tenderán a dividir al personal en buenos y malos, haciendo más difícil su tratamiento; los pasivo agresivos tenderán a ser irritables y demandantes cuando se enferman.

- Edad del paciente

Los adultos jóvenes tienen más riesgo de reaccionar ante una enfermedad con resentimiento o incredulidad, y de buscar diferentes opiniones con la esperanza de que el diagnóstico original fuese una equivocación. Los pacientes ancianos en general aceptan mejor sus problemas médicos.

- Tipo de enfermedad

Las enfermedades del corazón, como las arritmias o las enfermedades de las arterias coronarias, producen mucha ansiedad y el miedo ante la muerte y es constante. La insuficiencia respiratoria o la dificultad para respirar producen un

estado de ansiedad agudo que se resuelve cuando la situación revierte. El diagnóstico de cáncer produce miedo y las enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA, producen, con frecuencia, además de miedo, sentimientos de culpa. Las enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal, artritis reumatoide o diabetes mellitus, producen diversas respuestas que van desde su aceptación hasta su negación, rechazando el tratamiento.

- Familia y amigos

La complejidad de la dinámica familiar afectará el comportamiento del paciente. Así, por ejemplo, la ansiedad del esposo será transmitida al paciente; otras veces, en caso de ganancias secundarias, la curación y el alta se retrasarán.

Aspectos psicológicos del paciente crónico

Hablar de un paciente crónico indica que una persona sufre una enfermedad de larga evolución, la mejoría de los síntomas es lenta, pasajera y casi nunca está asintomático. El término crónico tiene un efecto negativo en el propio paciente y en los familiares ya que origina tensiones, confusiones, desánimo, miedo y sentimientos de culpa (Ridrurejo, A.; 1996).

La EPOC es una enfermedad crónica que repercute en el estado general del paciente crónico originando:

1. **Necesidad de seguridad.** Su prolongada enfermedad produce necesidad de dependencia hacia sus familiares y su enfermedad; insatisfacción general que no hace esfuerzos para colaborar en sus

cuidados, mostrando así que su enfermedad requiere de mejores atenciones.

2. **Angustia de ser rechazado.** Su actitud y su estado de ánimo pesimista determinan que el paciente crónico experimente angustia a ser rechazado no solo por sus familiares, sino también por otras personas por lo tedioso que resulta su cuidado no solo desde el punto de vista económico, sino por el tiempo que tienen que dedicar en su atención y cuidado.

3. **Temor al abandono y soledad.** Su larga enfermedad debilita su estado físico, su función social y sus aspiraciones de recuperación, por lo que experimenta temor de que sus familiares le abandonen y se encuentre a merced de su soledad.

4. **Miedo a la Invalidez.** Las experiencias y las vivencias que tiene el paciente crónico en el transcurso de su enfermedad, el desgaste de sus energías físicas y psíquicas, su necesidad de dependencia pueden originar miedo a perder capacidades y habilidades que lo conduzcan a incapacidad o invalidez y esta se haga permanente, además el paciente puede abandonarse a todos los cuidados de los demás, de tal forma que esto refuerza y posibilita su invalidez.

5. **Desconfianza en el Médico.** El paciente crónico en su relación con su(s) médico(s) tratante(s) puede percibir poco interés por su enfermedad, generándole desconfianza e interferir en su rehabilitación o recuperación.

Aspectos psicossomáticos del enfermo

Las enfermedades somáticas generalmente tienen un tiempo de incubación que varía de una enfermedad a otra (8-15 días) los síntomas se van instaurando paulatina y progresivamente, las manifestaciones clínicas son agudas y el enfermo experimenta una serie de reacciones físicas y psicoemocionales como:

1. Disminución de la energía física. La disminución de energía física en el paciente limita la elaboración de sus actividades y lo obliga adoptar una posición auto defensiva: se encorva o postra en cama deseando que este estado sea lo mas pasajero posible.

2. Sufrimiento físico localizado. La molestia principal se localiza en alguna parte del organismo, dependiendo del tipo de enfermedad somática, y por el desconocimiento de la función real de sus órganos y sistemas determina que el paciente exagere la magnitud de su preocupación por su enfermedad.

3. Angustia. La angustia que origina la enfermedad depende de las vivencias desagradables que haya tenido anteriormente y de las molestias que

experimente así como de las peculiaridades de su personalidad, mostrando intranquilidad, desesperación que repercute en la disminución de su apetito, en el sueño, etc.

Ansiedad es la emoción más común, está presente de manera distinta de la infancia hasta la muerte. Se presenta cuando el individuo se enfrenta a la amenaza aún indefinida. Cuando la amenaza se ha definido en algo concreto la ansiedad deja paso al miedo (miedo a algo concreto). La ansiedad se puede expresar de manera diferente, como, por ejemplo, inquietud, insomnio, hiperactividad, irritabilidad y miedo. Muchas veces los síntomas son tan intensos como para provocar hiperventilación, palpitaciones, calambres y hasta una serie de quejas gastrointestinales, cardiológicas o genitourinarias.

Depresión: La depresión surge ante vivencias de pérdida, incluyendo la pérdida de la salud. De ahí que la asociación entre depresión y enfermedad médica sea común.

Los signos y síntomas de depresión de los pacientes que padecen una enfermedad médica son los mismos que los que padecen una depresión clínica no asociada a enfermedad física. El principal problema es que es diagnosticada con muy poca frecuencia y si no se trata, la calidad de vida del individuo disminuirá, se retrasará la curación y aumentará el riesgo de suicidio. En el diagnóstico de una depresión asociada a una enfermedad médica son más importantes los síntomas psicológicos que los físicos. Así, por ejemplo, la pérdida de peso, fatiga o cambios en el ritmo intestinal no serán útiles para diagnosticar una depresión clínica en el caso de colitis ulcerosa.

Algunas enfermedades, como, por ejemplo, el cáncer de estómago, pueden comenzar como una depresión, mientras que en otras son comunes los síntomas depresivos, como en el caso de la artritis reumatoide, la enfermedad de Parkinson o la esclerosis múltiple. En estos casos se postula la presencia de mecanismos neurobiológicos comunes.

4. Temor a la soledad La evolución de la enfermedad, las molestias somáticas, su estado de ánimo deprimido determina que en algún momento el paciente sienta amenazada su existencia, presente temor a la soledad cuando se encuentre solo en un estado crítico, sufre su enfermedad y experimenta inseguridad ante la posibilidad de no poder recuperarse o quedar con alguna invalidez y surgen temores, incluso miedo a la muerte.

5. Significado de la enfermedad. Cada Individuo cuando pierde su estado de bienestar que le proporciona su salud trata de encontrar un significado a su enfermedad de acuerdo a sus vivencias anteriores y a las sensaciones que experimenta durante el proceso de enfermedad, según sus conceptos sociales, morales, religiosos, según su edad, el sexo, la raza, así como su personalidad.

Algunos pacientes consideran su enfermedad como una prueba para valorar su resistencia y como una prueba para soportar el sufrimiento.

Otros pacientes la consideran como un castigo a su actitud y comportamiento, no muy adecuado para que les permita reflexionar y adoptar una nueva actitud frente a su familia y demás personas.

En otros casos es considerada como un hecho natural ya que cualquier individuo está propenso a sufrir alguna enfermedad en su convivencia con los riesgos de la naturaleza y el medio ambiente en el cual vive.

Para algunas personas la enfermedad es una necesidad para obtener un beneficio, ya sea como una solución a su angustia y sensación de incapacidad frente a una responsabilidad o como una necesidad de dependencia para obtener el cuidado y la atención que creen merecer.

Reacciones inadecuadas del paciente ante la enfermedad

La reacción psicológica de los pacientes ante la enfermedad, debe entenderse por las conductas frustradoras generadas por su propio estado de salud. Mediante la movilización de sus mecanismos defensivos el yo trata de luchar contra la angustia y los temores ligados a la enfermedad y se enfrenta con las frustraciones inminentes a la misma, estableciendo nuevos modos de relación con el mundo y consigo mismo.

Agresión: La movilización del acto agresivo más frecuente consiste en proyectar sobre el médico o el personal sanitario algunos incidentes desfavorables: el origen de la enfermedad y las posibles complicaciones. La lentitud con que se produce el proceso de curación a cualquier otra circunstancia frustrante. No están satisfechos nunca con los cuidados que se les proporciona, tienen la impresión de que no reciben el mismo trato que los demás enfermos. Estos sujetos suelen desplegar una conducta verbal muy agresiva y llena de notas de desconfianza, especialmente en las clínicas, las sanitarias y los hospitales. Los trabajadores encargados de atender a estos

enfermos deberían recibir una preparación psicológica especial para detectar desde un inicio estas conductas violentas y agresivas.

Culpa: La liberación de mecanismo auto punitivos hace, que el enfermo se sienta culpable de su enfermedad y los consiguientes trastornos y trata de aislarse. Los escrúpulos le asedian, El psicólogo ha de saber dar el cauce adecuado a la comunicación de estos enfermos. Una apertura de comunicación amplia y precoz es la medida más idónea para solucionar la culpa reactiva de estos enfermos y evitar que la misma culmine como muchas veces ocurre en un serio cuadro depresivo o en un acto de suicidio.

Mecanismos de defensa del enfermo

La enfermedad es uno de los acontecimientos amenazantes, angustiantes, más importantes. Por eso, el individuo cuando enferma pone en marcha los mismos mecanismos de defensa que puede poner ante otras situaciones estresantes. De ellos los más importantes son los siguientes:

Regresión

Mecanismo de defensa por el cual un individuo retrocede ante una etapa anterior, actuando según pautas y conductas propias de aquella época, con objeto de adaptarse a un conflicto actual que no puede resolver.

Toda enfermedad que implica reposo en cama, hospitalización o cuidados, terapias de rehabilitación y readaptación, e incluso el requerir cuidados de especialistas (personal de enfermería) favorece el desarrollo de regresión. Se trata de una respuesta emocional en la que el individuo abandona su

independencia y determinación y retrocede a estadios más precoces del desarrollo, cuando eran pasivos y dependientes de otros. La regresión es un mecanismo adaptativo cuando el individuo coopera y confía en el médico, pero se convierte en negativo si se vuelve demasiado dependiente y se niega a cooperar.

Evasión

Se presenta como un rechazo de la realidad actual por la creación de un mundo de fantasías y sueños, donde el sujeto vive la realización de los deseos, las motivaciones y los impulsos que no ha podido satisfacer.

La evasión puede manifestarse a través del abuso en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, constituyendo la senda preferida por aquellos sujetos, seguramente con una enfermedad que consideran como una situación improbable. Esto ocurre con especial frecuencia a los enfermos tuberculosos pulmonares, De aquí que entre los tuberculosos haya una gran morbilidad para el alcoholismo. El impacto producido por la absorción de una bebida alcohólica o cualquier clase de droga, constituye una experiencia psíquica de evasión sumamente grata, es decir, el descubrimiento de un nuevo mundo. A partir de la primera experiencia, vienen otras análogas. El impulso al alcohol, tabaco o las drogas se vuelve incontrolable. La libertad frente a estas sustancias se volatiliza y gradualmente, el verdadero mundo del sujeto va quedando oculto por el mundo de la evasión constituido sobre el mundo de vivenciar los efectos de las drogas o el alcohol. Después, como consecuencia de las alteraciones del organismo, particularmente de las lesiones orgánicas cerebrales, se inicia la

progresiva desorganización del mundo y de la personalidad, muchas veces con un carácter irreversible.

Negación. El individuo trata de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. Un individuo puede negar un acontecimiento como una enfermedad negando que la padezca, ocultando sus efectos o actuando como si no tuviese ningún efecto. Se trata de una respuesta emocional común ante la enfermedad. Existen evidencias para afirmar que se trata de una respuesta más común en los ancianos que en los jóvenes. Se hace normalmente patente cuando no existe una relación entre la condición física del paciente y como lo cuentan, algunos pacientes al insistir que se encuentran bien o que su padecimiento es mínimo o nulo. **La negación** a la enfermedad se produce especialmente por tres vías:

Vía masoquista: Donde se considera a la presencia de una enfermedad como un castigo justo y merecido.

Vía ganancial: La alimentada por el propósito de obtener beneficios con el estado del enfermo, sobre todo estos dos: la liberación de responsabilidades y el derecho a la ayuda ajena.

Vía hipocondríaca: Caracterizada por la escrupulosa observación del organismo propio y la proliferación de temores a las enfermedades.

Represión y supresión: Aquí el individuo trata también de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. La supresión es un proceso mediante el cual el individuo realiza un esfuerzo más o menos consciente para desviar del pensamiento todo aquello que es desagradable. La

represión es utilizada para rechazar o no identificar de forma consciente aquellas sensaciones desagradables.

Características Psicológicas del Paciente con EPOC

Las anormalidades fisiológicas asociadas a la EPOC son conocidas y generalmente son el foco primario de atención para los médicos que atienden a estos pacientes. Sin embargo, aunque es incuestionable la necesidad de mejorar los parámetros fisiológicos, no se deben ignorar los problemas psicológicos y neuropsicológicos concomitantes.

Los síntomas psicológicos presentes en el paciente con EPOC son similares a los de otras enfermedades crónico degenerativas, sin embargo poseen un síntoma que por sí mismo puede conducir a un trastorno psicológico: La disnea o falta de aire.

El incremento en la disnea puede estar asociado a cualquier desviación de un estado neutral (relajado), es decir, puede provocar tanto emociones de activación (ansiedad/enojo) como emociones de no activación (depresión/aislamiento). Así, la disnea exagera reacciones psicológicas y estas a su vez promueven la aparición de la misma, por lo que el paciente queda encerrado en un círculo vicioso difícil de romper.

El estado funcional del paciente, es parte fundamental al considerar las consecuencias psicosociales de la enfermedad. Dado que, aunque haya algunas similitudes en la composición del panorama clínico, hay también considerables variaciones de acuerdo a la personalidad, estado de enfermedad, grado de deterioro y recursos económicos, culturales y educativos. Dudley et al. (1980a), proponen una clasificación del EPOC de acuerdo a su nivel de funcionamiento:

- I. Pacientes con enfermedad sin restricción capaces de hacer lo que hace alguien similar puede continuar con su patrón de vida
- II. Pacientes que poseen una restricción mínima o moderada en su actividad son capaces de realizar un trabajo productivo tienen alguna dificultad al compararse con sus similares ha empezado a modificar su patrón de vida
- III. Pacientes con una severa restricción en su actividad no son capaces de realizar un trabajo productivo está esencialmente encerrado en casa pero son capaces de cuidar de sí mismos
- IV. Pacientes con una severa restricción en su actividad no son capaces de realizar un trabajo productivo está generalmente encerrado en casa pero son capaces de cuidar de sí mismos

- V. Pacientes con una restricción muy severa en su actividad está en casa (en cama) o en una institución no son capaces de cuidar de sí mismos

Algunos autores han encontrado una alta prevalencia de síntomas depresivos en los pacientes con EPOC.

Gift, AG y McCrone SH., 1993, mencionan que la depresión complica muchas enfermedades crónicas y se ha estimado que la depresión afecta al 12.6 % de los pacientes vistos en medicina general.

En el estudio de Light RW y Merrill EJ, 1985 se reporta una prevalencia de 42 % de depresión y del 2% de ansiedad en pacientes con EPOC.

Los pacientes con enfermedad pulmonar, particularmente con EPOC, presentan una tasa alta de síntomas de ansiedad y desordenes de pánico. La enfermedad constituye un factor de riesgo para desarrollar este tipo de desordenes ya que frecuentemente experimentan disnea (Smoller et-al, 1996)

Kim et al., 2000 concluye que una de las explicaciones más aceptada acerca de la depresión es la experiencia de pérdida. Para el paciente con EPOC, las pérdidas se incrementan conforme la enfermedad progresa. El paciente puede primero experimentar un cambio en su rutina diaria hasta llevarlo a perder el trabajo o verse forzado a modificarlo, incapacidad para mantenerse tranquilo,

deterioro en sus relaciones interpersonales, evitación del contacto sexual por miedo a la disnea y la fatiga, y el simple hecho de reconocer que el proceso de enfermedad es progresivo e irreversible (Dudley, Glaser, Jorgenson y Logan, 1980b).

Si a lo anterior sumamos que al menos tres cuartas partes de los pacientes con depresión primaria se quejan de sentirse ansiosos, preocupados o temerosos y que la ansiedad primaria puede ser depresiva por sí sola (si la ansiedad persiste e interfiere en el funcionamiento, la depresión secundaria es la regla más que la excepción) (Reus, 1997), entonces sería difícil encontrar pacientes sin estas dos alteraciones del estado ánimo. De tal forma que los grados de disnea influyen sobre los estados de depresión y ansiedad y éstos se asocian a su vez a un mayor deterioro físico y consecuentemente a una disminución en la calidad de vida (Isoano, Keistinen, Laippala y Kivel, 1995; Keele, Foxall, y Baron, 1993; Kim et al., 2000; Mishima et al., 1996; Ortiz-Zabala, Abad-Mateo, y Morales-Ortíz, 1993; Pérez-Poza, Pérez-Echeverría y Dia-Sahun, 1996; Veloso-Pérez, 1987).

Por otra parte, Dudley, Glaser, Jorgenson y Logan (1980a), observaron que muchos pacientes con EPOC severo tendían a vivir en un estado al que llamaron “asfixia emocional”, en la cual no podían ir más allá de cierto grado de enojo, depresión o aún felicidad, dado que cualquier cambio emocional significativo les conducía a síntomas estresantes y a menudo a una descompensación fisiológica en un estado avanzado de la enfermedad. Así, los pacientes en una etapa avanzada y en su esfuerzo por ajustarse a las

nuevas condiciones de vida que la enfermedad les impone, empiezan a reprimir sus emociones y evitan tratar conflictos interpersonales para no arriesgarse a una exacerbación de la disnea. Esta evitación de algunos estados afectivos solamente sirve para perpetuar y empeorar el problema causando gran frustración, enojo y desesperanza. Evitan también situaciones para ellos fóbicas, incluyendo tomar un baño, rasurarse, subirse a un elevador o cualquier situación en donde puedan quedarse solos o encerrados y no disponer de medicación o asistencia. Generalmente no salen sin compañía y desarrollan miedos, hiperventilación y pánico en situaciones asociadas al empeoramiento de la obstrucción del flujo de aire. Además, pueden exhibir conductas autodestructivas tales como continuar fumando, no cumplir con su medicación o evitar la realización de actividades físicas que podrían ser satisfactorias y sobre todo benéficas para su salud (Griffith y Kronenberg, 1991).

Weaver, Richmond y Narsavage (1996) presentaron un modelo explicativo de cómo las variables psicológicas influían sobre la capacidad funcional de la EPOC, las variables de mayor importancia que encontraron fueron: la capacidad para hacer ejercicio, la disnea y el humor depresivo; mientras que la ansiedad y la autoestima influyeron de forma indirecta sobre la capacidad funcional a través del humor depresivo. Su investigación sugiere que los esfuerzos para mejorar el estado funcional de los individuos con EPOC deben dirigirse a intervenciones que influyan sobre la capacidad para ejercitarse, la disnea, la ansiedad y el humor depresivo.

Cabe mencionar que algunos síntomas psicológicos pueden confundirse con aquellos propios del padecimiento como son pérdida del apetito, problemas de sueño, decaimiento físico, fatiga y pérdida de peso, por lo que se hace necesario una valoración adecuada de dicho trastorno.

Capítulo 4. TRATAMIENTO

Terapia cognitivo-conductual

Según Mahoney (1974) y Meichenbaum (1977), la mayor parte de los problemas clínicos, se pueden describir mejor como trastornos del pensamiento y sentimiento; dado que la conducta está controlada en gran medida por la forma en que se piensa, la manera más efectiva de tratar de cambiar la conducta desadaptativa consiste en cambiar el pensamiento desadaptativo que reside detrás de ella. Beck (1993) define la terapia cognitivo-conductual como: "... la aplicación del modelo cognitivo para un trastorno específico con el uso de una variedad de técnicas diseñadas para modificar las creencias disfuncionales y el procesamiento de información deficiente que caracterizan a cada trastorno ...".

La terapia cognitiva-conductual (TCC) se deriva de una variedad de fuentes, incluyendo terapia conductual y psicoanálisis, que definen y operacionalizan la cognición de diferentes maneras. Sin embargo, se destaca que el intento por cambiar la cognición (**reestructuración cognitiva**) siempre es un medio para lograr un fin, donde el fin es obtener "cambios duraderos en emociones y conductas blanco" (Wessler, 1986). (En Gross RD, 2001)

La TCC parte de la modificación de conducta y la importancia de los procesos de aprendizaje humano. La conducta humana es aprendida, pero ese aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas o

respuestas-consecuencias (conductismo) sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización ideosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el si mismo.

Estas estructuras de significado regulan los procesos de pensamiento, emoción y conducta, y su interrelación. Básicamente, los humanos tenemos dos grandes sistemas estructurales de significados personales: un sistema racional o reflexivo (constituido por procedimientos reflexivos y de análisis de problemas, y también por sus preferencias personales) y un sistema primitivo o irracional (constituido por significados tácitos adquiridos en otras etapas psicoevolutivas anteriores, y que ahora se muestran rígidos y disfuncionales). Cuando los significados tácitos se activan por diversas circunstancias pueden competir con el sistema reflexivo y ganarle en preponderancia, produciendo "círculos viciosos" rígidos y repetitivos de interacciones pensamiento-afecto-conducta, de psicopatología. La terapia consiste en que el paciente toma conciencia de como sus significados disfuncionales o irracionales están sesgando su experiencia y produciéndole trastorno emocional. El siguiente paso (a veces paralelo y progresivo) consistiría en poner a prueba esos significados disfuncionales para comprobar su validez actual o su ajuste funcional. Esto se hace básicamente mediante procedimientos cognitivos (análisis de distorsiones cognitivas y significados asociados y generación de alternativas) y

conductuales (ensayo real de alternativas o puesta a prueba de las predicciones derivadas de los significados disfuncionales).

Podemos distinguir dos enfoques generales dentro de la orientación cognitiva-conductual:

1. Terapias cognitivas semánticas: Representadas fundamentalmente por la Terapia Racional Emotiva (R.E.T) de Ellis y la Terapia cognitiva (C.T) de Beck.

2. Teoría del aprendizaje social (Teoría sociocognitiva): Representada sobre todo por Bandura (1984, 1990). Su teoría trata de conjugar la importancia de los factores ambientales (conductismo) y personales (cognitivismo) en la determinación de la conducta en el contexto del aprendizaje social. Los principales conceptos de la teoría del aprendizaje social son:

Determinismo recíproco triádico: La conducta, los factores cognitivos y las influencias ambientales operan como determinantes unidos y recíprocos que determinan el comportamiento (pensamiento, afecto o sentimiento, acción y/o conducta) de la persona.

El peso de cada factor varía para cada comportamiento y persona dada, así como para cada circunstancia.

Los humanos aprenden su comportamiento en un contexto social mediante tres tipos de experiencias de aprendizaje: condicionamiento clásico (relación de acontecimientos entre si; predicciones); condicionamiento operante (relación de

un modelo observado y los resultados). Estas formas de aprendizaje están mediadas cognitivamente, las personas aprenden relaciones entre eventos y resultados, y esas relaciones son representadas mentalmente mediante reglas o creencias personales. Igualmente esas experiencias de aprendizaje pueden ser "distorsionadas" por reglas previas, de modo que las representaciones no se correspondan con la "realidad". Los aprendizajes humanos más complejos y significativos dependerían del aprendizaje mediante modelos; ese aprendizaje estaría regulado cognitivamente (atención, memoria, codificación, etc) en su adquisición, aunque su ejecución dependería más de claves ambientales (refuerzo, castigo, etc).

La terapia consiste básicamente en proporcionar un aprendizaje correctivo. Ese aprendizaje correctivo está mediado cognitivamente; pero la modificación cognitiva se facilita mucho más cuando se proporciona al paciente experiencias de habilidad como resultado de dominio de actividades, que cuando la terapia se queda solo a nivel de intercambio verbal. Cualquier procedimiento psicoterapéutico trata de modificar las expectativas del sujeto respecto a su propia eficacia personal (expectativas de auto-eficacia: creencia del sujeto de que puede efectuar cambios con éxito mediante determinadas conductas). Bandura (1984) clasifica los procedimientos terapéuticos en función del grado en que pueden lograr modificaciones en las expectativas de auto-eficacia: los menos potentes para producir estas modificaciones serían los procedimientos de persuasión verbal (interpretativos, sugerencias, debate verbal, etc), algo más eficaces serían los procedimientos basados en producir activación emocional (exposición, desensibilización); y los más eficaces serían los

procedimientos basados en el aprendizaje vicario (modelado), y sobretodo los basados en el logro de ejecución (modelado participante, exposición en vivo, ensayo real de conducta, etc). Mediante el modelado y la participación activa del sujeto se logran los cambios cognitivos más rápidos y eficaces. Desde este punto de vista no se rechazan los otros procedimientos (que suelen ser complementarios de la terapia), pero si se matizan su contribución real al cambio.

La terapia cognitivo-conductual se centra en los aspectos del aprendizaje y de cómo las personas organizan sus cogniciones y las interpretan. Según esta escuela, el origen de los trastornos sería la utilización de mecanismos adaptativos inadecuados debidos a un aprendizaje erróneo y a una percepción e interpretación distorsionada de la realidad. Estos mecanismos se perpetuarían a sí mismos en un círculo viciosos que sería la causa de los trastornos.

La terapia cognitiva está basada en teorías que enfatizan la importancia del procesamiento patológico de la información, donde el cambio de este procesamiento se lleva a cabo a través de la modificación (cambio) en la estructura de los esquemas y pensamientos automáticos disfuncionales, en que tanto terapeuta como paciente discuten y cuestionan activamente la validez de las cogniciones y contenidos del pensamiento.

Originalmente la terapia cognitiva fue diseñada como un tratamiento breve, a corto plazo y enfocado básicamente al manejo de la depresión. Sin embargo, se ha demostrado que este abordaje terapéutico también ha sido exitosamente utilizado en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

La terapia cognitivo-conductual está centrada en problemas actuales convenidos entre paciente y terapeuta. Un análisis de esos problemas define los antecedentes, consecuencias y pensamientos o creencias mediadoras y este análisis se discute con el paciente

Tres métodos básicos son utilizados para mejorar el enfrentamiento a los problemas

- Modificación de respuestas emocionales
- Modificación de conducta
- Modificación del pensamiento

Los abordajes de modificación cognitiva frecuentemente están combinados con tratamientos conductuales. Por esto es por lo que se utiliza el término Terapia Cognitiva Conductual. (Ruiz, 1996)

Modificación de conducta cognitiva

La palabra cognición significa creencia, pensamiento, expectativa, actitud o percepción. De acuerdo con ello, los terapeutas cognitivos tratan principalmente de que su enfoque ayude al cliente a superar las dificultades, liberándolo de creencias o de pensamientos debilitadores o improductivos, para que adopte otros más constructivos.

Los terapeutas cognitivos, han adoptado algunos métodos de la modificación de conducta. (Martin, G. y Pear, J. 1999)

Métodos de modificación de conducta

Método de reestructuración cognitiva

Este enfoque terapéutico consiste en ayudar a la gente a identificar las creencias o pensamientos irracionales que nos pueden causar ansiedad, tristeza, ira u otras emociones problemáticas, reemplazándolas con juicios realistas sobre el mundo. Este método se centra en sustituir los pensamientos irracionales o disfuncionales por pensamientos racionales y valoraciones basadas en la información.

La Terapia (comportamental) racional-emotiva de Ellis:

La modificación de conducta ha recibido un gran ímpetu del conocido terapeuta cognitivo Albert Ellis. El nombre original de este enfoque, Terapia Racional Emotiva (TRE) se basaba en la premisa de que la mayor parte de los problemas emocionales cotidianos (y las conductas relacionadas) provienen de las afirmaciones irracionales que la gente hace sobre si misma, cuando los acontecimientos de su vida no van por donde les gustaría que fuesen. La gente tiende a “dramatizar”: Se dicen a si mismo que las cosas son tan horribles que no lo pueden soportar bajo ningún concepto. Ellis considera que tales afirmaciones irracionales sobre si mismo, son la raíz de los problemas emocionales (frustración y enfado). Básicamente, el enfoque de Ellis desafía directamente Las ideas irracionales sobre sí mismos, con “afirmaciones positivas y realistas”. Para hacerlo, Ellis desafía directamente las ideas irracionales del cliente y modela reinterpretaciones racionales sobre los acontecimientos perturbadores. Se puede enseñar al sujeto que hay cosas peores que las que le están sucediendo, además, aunque su situación puede

ser molesta o inconveniente, no es catastrófica, y más aún, normalmente hay cosas que se pueden hacer para mejorarla.

Ellis, incorporó recientemente el término "comportamental" al nombre de su terapia llamándola "Terapia comportamental racional-emotiva TCRE". Considera que los pensamientos irracionales son la causa principal de todo tipo de angustia emocional y trastornos de conducta y concluye que "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Sintética y gráficamente Ellis resumió su teoría en lo que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B".

"A" (por "Activating Event ") representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

"B" (por "Belief System") representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.

"C" (por "Consequence") representa la (s) consecuencia (s) o reacción (es) ante "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (*emociones*), cognitivo (*pensamientos*) o conductual (*acciones*).

El modelo A-B-C de la TREC se completa al agregarle los elementos D y E.

El elemento "D" se refiere a las técnicas o estrategias utilizadas durante el proceso de cambiar las emociones y conductas perturbadas.

La técnica fundamental para cambiar los pensamientos, creencias, interpretaciones o filosofías irracionales por unas más racionales, es la de **disputar, contradecir, argumentar y/ o desafiar las creencias o ideas irracionales.**

El elemento “E” que completa el **Modelo A-B-C-D**, se refiere al "efecto" de haber atacado nuestras ideas irracionales, y comenzar a actuar en base a nuestro nuevo pensar y sentir. Se espera que en el punto **E** la persona experimente un cambio emocional conductual.

La Terapia cognitiva de Beck:

Aaron T. Beck desarrolló un procedimiento de terapia cognitiva similar a la TCRE. Esta terapia cognitiva se desarrollo originalmente para el tratamiento de la depresión. Su enfoque se ha aplicado también a una amplia variedad de problemas, incluidos estados maniáticos, trastornos de ansiedad, histeria, trastornos obsesivos, trastornos psicossomáticos y fobias. Además Beck ha escrito un manual de autoayuda para parejas, texto que les muestra como pueden usar la terapia cognitiva para mejorar su relación (Beck 1988). Kingdom y Turkington (1994) han extendido este acercamiento al tratamiento de casos de esquizofrenia.

De acuerdo a Beck (1976), las personas con trastornos emocionales padecen un exceso de pensamientos aberrantes, falaces o disfuncionales, y eso es lo que causa (o agudiza) sus problemas. Entre los distintos tipos de pensamiento disfuncional están los siguientes:

1. Pensamiento dicotómico; Que es pensar en términos absolutos, por ejemplo pensar que uno es un desastre si obtiene una nota inferior a una matrícula de honor.
2. Inferencia arbitraria; Que consiste en extraer una conclusión a partir de una evidencia inadecuada; por ejemplo malinterpretar el ceño de un transeúnte, pensando que expresa desaprobación hacia él o ella.
3. Sobregeneralización: Que consiste en extraer una conclusión general a partir de unos pocos casos. Por ejemplo, suponer que un simple fallo significa que uno no puede resolver nada con éxito.
4. Magnificación: Que es exagerar el sentido o el significado de un acontecimiento particular; por ejemplo, creer que no tener algo que uno quiere mucho es terrible o catastrófico.

El primer paso del procedimiento de Beck consiste de identificar los pensamientos disfuncionales que pueden estar causando las emociones desagradables. Una forma para lograr esto es alentar al paciente a que se imagine situaciones que le provocan estas emociones, y que se concentrara en los pensamientos expresados en dichas situaciones. A continuación, una vez que se ha identificado el pensamiento inadecuado o el supuesto disfuncional, hay diversos métodos para contrarrestarlos. Uno de los usados por Beck es "la prueba de realidad o comprobación de hipótesis". Una vez que el cliente a identificado la creencia o el pensamiento inadecuado, y que a aprendido a considerarlo más como una hipótesis que como una realidad, está en disposición de ponerlo a prueba experimentalmente. El terapeuta mediante ciertas técnicas puede ayudarle al cliente a determinar objetivamente si los pensamientos que hay tras su problema son realmente exactos. En tercer

lugar, al igual que Ellis, Beck hace un uso frecuente de tareas para casa, que contienen dosis variables de procedimientos de modificación de conducta. Los individuos depresivos, por ejemplo, rehúsan frecuentemente algunas tareas rutinarias como ducharse, bañarse, hacer la cama o limpiar la casa. El trabajo en casa podría dirigirse al reestablecimiento de estas conductas. Veamos por ejemplo, se podrían orientar a los clientes que participasen en sesiones de juegos de roles. Una cliente que creía que los dependientes pensaban que era una inepta, cambio su concepto negativo sobre si misma cuando represento el papel de una cajera que la atendía.

Métodos de afrontamiento autoinstruccionales

Los métodos de Ellis y Beck tratan de cambiar directamente los pensamientos erróneos que son considerados la cusa de los problemas emocionales.

Este enfoque se centra más en ayudar a las personas a desarrollar habilidades de afrontamiento para tratar situaciones estresantes, que en gran medida están fuera de su control. A menudo, el énfasis en este enfoque descansa más en **enseñar** al cliente a afrontar las emociones negativas, que eliminarlas por completo.

Uno de estos enfoques es el de Donald Meichenbaum. Al igual que ellis y Beck, Meichenbaum usa también técnicas de modificación de conducta en adultos, como el entrenamiento en relajación y diversas tareas para casa. El primer paso es identificar ciertos estímulos internos producidos por la situación estresante y las afirmaciones negativas que el cliente se hace a sí mismo. El

cliente aprende a utilizar estos estímulos internos para luego implicarse en la autoinstrucción apropiada. Después, mediante el modelado y el ensayo comportamental, el cliente aprende el autohabla para contrarrestar las afirmaciones negativas que, sobre sí mismo, realiza en situaciones de mucho estrés. En tercer lugar se le enseña al cliente a darse instrucciones sobre los pasos necesarios para llevar a cabo la acción apropiada, mientras imagina que lleva a cabo esas acciones. Finalmente, se dan instrucciones al cliente para que haga afirmaciones autorreforzadoras inmediatamente después de enfrentarse con éxito a la situación estresante. Para ayudar más al cliente a desarrollar habilidades de afrontamiento en situaciones de mucho estrés, el terapeuta puede aplicar “inoculaciones de estrés”. Se trata de estímulos estresantes, como introducir las manos en agua helada, ver una película de terror, o recordar una visita estresante al dentista, a los que se expone al cliente en el ámbito de la terapia. Justo antes y durante la exposición a dichas situaciones de estrés, el cliente practica habilidades de afrontamiento apropiadas.

Método de solución de problemas

Los métodos de reestructuración cognitiva y autoinstruccionales se centran en contrarrestar el pensamiento disfuncional y el autohabla negativa. Los métodos de solución de problemas se dedican a corregir el razonamiento erróneo, enseñando a la gente como actuar usando razonamientos lógicos para solucionar satisfactoriamente los problemas personales. D’Zurilla y Goldfried iniciaron proponiendo los siguientes cinco pasos generales para solucionar racionalmente problemas:

1. **Orientación general.** Se anima al cliente a que reconozca los problemas y a que se dé cuenta de que es posible tratar con ellos actuando de forma sistemática en lugar de forma impulsiva.
2. **Definición del problema.** Cuando se pide a los clientes que especifiquen el problema, la mayor parte de ellos responden en términos muy vagos. Especificando el problema y las variables que parecen controlarlo, generalmente es posible definir el problema con mayor precisión.
3. **Generación de alternativas.** Después de definir el problema con precisión, el cliente recibe instrucciones para “dar rienda suelta a su mente” y pensar en posibles soluciones sin importar lo descabelladas que sean.
4. **Toma de decisiones.** En este paso hay que examinar las alternativas cuidadosamente, eliminando aquellas que son claramente inaceptables. Se ha demostrado que analizar lo positivo y negativo mejora la satisfacción a la hora de tomar decisiones, incrementar la probabilidad de mantener las decisiones y permite elecciones más positivas. Posteriormente se selecciona la alternativa que probablemente proporcione soluciones más óptimas.
5. **Verificación.** Cuando el plan se lleva a efecto, se alienta al cliente a mantener el registro de los progresos para asegurar que se soluciona el problema. (Martin, G. y Pear , J. 1999)

El modelo cognitivo conductual frecuentemente se aplica en psicología en el tratamiento de trastornos de ansiedad (agorafobia), trastornos obsesivos compulsivos, afrontamiento del estrés, depresión, alcoholismo, obesidad o

trastornos alimenticios, problemas de pareja, disfunciones sexuales: Nivel bajo de deseo, trastornos de la personalidad.

Capítulo 5. PROCEDIMIENTO

El paciente con EPOC es canalizado con el psicólogo por los médicos neumólogos adscritos al servicio cuando ya ha sido diagnosticado.

Control de agenda y citas: La psicóloga maneja una agenda de citas para poder hacer sus actividades en forma ordenada y organizada.

Una vez que el paciente con EPOC llega al servicio de psicología se procede a darle una cita próxima a ese día y que sea paralela a su cita para valoración de su función respiratoria.

Entrevista inicial : En la primer entrevista se elabora una ficha de identificación del paciente que contiene datos como: Fecha, nombre, edad, sexo, domicilio, teléfono, ocupación, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, lugar de residencia, diagnóstico, médico tratante, antecedentes exposicionales, familiares y personales psicopatológicos, visitas a urgencias, hospitalizaciones, etc. Y se establece un rapport con el paciente, esto se logra a través de una actitud empática y cálida hacia el paciente con el fin de crear un ambiente de confianza en donde el paciente tiene la oportunidad de expresar el problema desde su propia perspectiva vivencial permitiéndole a la psicóloga un conocimiento general del problema y sobre el paciente.

Evaluación: Después de la entrevista se continúa con la aplicación de instrumentos psicológicos, siguiendo los procedimientos e instrucciones establecidas. A esta parte inicial de la evaluación se le ha denominado “Tiempo 0” o Basal, por ser las condiciones iniciales en que llega el paciente por primera vez. Se evalúa el estado afectivo de cada uno de los pacientes y su calidad de vida usando los siguientes cuestionarios:

Inventario de Depresión de Beck (IDB)

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

Cuestionarios para Enfermos Respiratorios Crónicos (CERC)

Cuestionario Respiratorio de St George (CRSG)

Una vez que los pacientes han contestado los cuestionarios de psicología, se les indica fecha y hora para su evaluación posterior de 6 meses al programa educativo (esto se hace en coordinación con la técnica inhaloterapeuta que les realiza sus pruebas de función respiratoria)

Posteriormente la psicóloga se da a la tarea de calificar dichos cuestionarios que son considerados como uno de los parámetros para diagnosticar la presencia o no de ansiedad o depresión en los pacientes y el nivel de calidad de vida de cada uno de ellos.

Reclutamiento y selección.

Con base a los siguientes criterios que la psicóloga determina, se planea la formación de grupos.

- De acuerdo a la evaluación, presentar ansiedad y/o depresión.

- Los pacientes con EPOC no deberán padecer de algún trastorno psiquiátrico ya que esto no favorece a la intervención en grupo.

- Tener escolaridad como mínimo la primaria, ya que el saber leer y escribir les permite tener una participación más activa y sin límites dentro del grupo.

- Vivir en el D. F. o municipios del Estado de México cercanos al D. F.

- Los pacientes con EPOC deben estar estables, es decir, que no estén con algún proceso infeccioso, que no tengan aumento de sus síntomas, que sobrelleven su enfermedad, que estén bien.

- Si el paciente requiere de uso de oxígeno suplementario mínimo 16 horas al día, contar con tanque de oxígeno portátil para poder desplazarse al Instituto sin que esto implique un riesgo.

- El paciente debe ser acompañado por un familiar o la persona responsable, encargada de su cuidado. Ya que también serán incluidos en el grupo con la finalidad de que ellos funcionen como apoyo

- Otro punto importante para incluirlos a grupo es que el paciente tenga el deseo o quiera participar.

- Confirmar asistencia.

Formación de grupos.

Una vez que la psicóloga recluta o selecciona a los pacientes, procede a llamar por teléfono a los pacientes para hacerles la invitación, informándoles sobre los objetivos, fechas y horarios.

Forma los grupos de máximo 20 (10 pacientes con EPOC y su familiar) y mínimo de 8 (4 enfermos con su familiar).

La duración del programa educativo es de 16 horas. Se lleva a cabo en cuatro días por 4 horas al día.

Los integrantes de cada grupo comparten algo en común, la enfermedad. El apoyo mutuo entre los pacientes afectados es esencial para la fijación y puesta en marcha de nuevos hábitos y actitudes, por lo que se considera que la formación en grupo es más efectiva. Como la calidad de vida se ve afectada por la

EPOC, las personas que viven con la enfermedad, necesitan sentirse respaldados y tranquilos en el sentido de que no están solos. Por lo anterior Unir a los pacientes eliminará los sentimientos de aislamiento y estimulará la interacción. Así mismo con sus familiares.

El manejo de los pacientes con EPOC se da de forma multidisciplinaria.

La **intervención o tratamiento psicológico** para mejorar la calidad de vida del paciente con EPOC se da en forma de un programa educativo en el que participan los médicos neumólogos, nutriólogos, trabajadora social, enfermeras, técnico inhaloterapeuta, rehabilitador pulmonar y por supuesto la psicóloga clínica, quién intervendrá al inicio de cada sesión en la presentación del ponente esto con fines de establecer el rapport y favorecer la empatía.

En la **(primera sesión). Día 1**. La psicóloga recibe a los pacientes con su familiar u acompañante, y hace entrega de un gafete con su nombre realizado previamente, y los invita pasar a la aula en donde, la trabajadora social y una enfermera les proporcionaran unos cuestionarios con preguntas sobre los temas que se trataran en el programa y que deberán de contestar, esto es para evaluar los conocimientos sobre su enfermedad antes de el programa, esto se realiza mientras esperamos que lleguen todos los participantes. Una vez que la mayoría se encuentra en la sala, el médico neumólogo Jefe del Servicio Clínico 5 presenta a su equipo de trabajo dando la bienvenida a los participantes y una breve introducción del programa. Enseguida se les hace entrega de folletos informativos sobre cada uno de los temas que se tratan en todo el programa.

Posteriormente la psicóloga usando la dinámica de grupo denominada "Presentación" (Fritzen SJ, 1999) procede a la presentación entre cada uno de los pacientes. Los objetivos de esta dinámica son:

- a) Comenzar la integración del grupo, partiendo de algo fundamental: conocerse mutuamente, iniciando la relación interpersonal.

- b) Romper el hielo desde un inicio, a fin de deshacer tensiones.

- c) Demostrar que ningún miembro del equipo puede pasar desapercibido.

- d) Dar una primera idea sobre los valores de los miembros participantes.

La psicóloga inicia explicando que el ejercicio que se realizará exige que todos se sientan a gusto, no se llegará al conocimiento grupal, a no ser que se conozcan entre ellos. Esto se puede conseguir de varias maneras. Lo que se pretende con este ejercicio es la presentación de dos.

1. Se solicita a los miembros participantes formen subgrupos de dos.

2. Durante unos cinco a siete minutos, los dos se entrevistan mutuamente.
Preguntas sobre su nombre, edad, ocupación, estado civil

3. Volviendo al grupo, cada miembro hará la presentación del compañero entrevistado.
4. Cada miembro participante debe permanecer atento y verificar que la presentación, hecha por el compañero, sea correcta y corresponda a los datos proporcionados.
5. La psicóloga finaliza pidiendo a los participantes que se expresen sobre la presentación hecha por el compañero y sobre el valor del ejercicio.

Al terminar con la dinámica de grupo se procede a la presentación del médico neumólogo que dará el tema que sigue cuyo objetivo es proporcionar al paciente toda la información necesaria relacionada con su padecimiento. Aquí el objetivo primordial es, desde el punto de vista emocional, que el paciente conciba que su problema es más común de lo que piensa, informarle que su problema respiratorio manejado adecuadamente, tiene grandes posibilidades de mejoría, lo cual contribuye a reducir considerablemente la angustia y el temor. Desde el punto de vista cognitivo es necesario explicar al paciente detalladamente los aspectos clínicos de su padecimiento con la intención de que lo ubique claramente en su realidad actual.

Al final de cada tema, el ponente correspondiente contesta a preguntas o dudas formuladas verbalmente por el paciente.

La psicóloga cierra la sesión solicitando a los pacientes que lean y revisen los folletos informativos que les fueron entregados a su llegada.

En la **segunda sesión. Día 2.** La psicóloga recibe a los pacientes y aplica la dinámica: “Ejercicio de confianza” (Fritzen SJ, 1999. Op cit) con los siguientes objetivos:

- a) Acelerar el proceso de conocimiento mutuo en el grupo.
- b) Estudiar las experiencias del propio descubrimiento personal.
- c) Desarrollar la autenticidad en el grupo.
- d) Dar a todos la oportunidad de hablar y escuchar

Seguidamente se hace una breve introducción del ejercicio, hablando sobre su importancia y sobre el descubrimiento personal.

Distribuye, a continuación, a cada participante una hoja con las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se describe (rasgos de personalidad)?
2. ¿Cuál es su pasatiempo favorito o que hace en su tiempo libre?

3. ¿Que es lo que más aborrece o lo que más le disgusta?
4. ¿Cuál es la emoción que le es más difícil controlar?
5. ¿Cuál es en este momento su mayor problema?
6. ¿Cómo se siente en el grupo y que opina del grupo?

Las preguntas serán contestadas con toda sinceridad.

Enseguida cada uno de los participantes leerá cada una de las preguntas y su respuesta

Se termina con un debate sobre el ejercicio hecho.

Posteriormente se presenta a la enfermera o la técnica en inhaloterapia para explicar e informar sobre el tratamiento con broncodilatadores. Se realiza un pequeño taller de uso adecuado de los espaciadores y broncodilatadores. Esto se hace con la finalidad de que el paciente aplique bien sus medicamentos ya que una mala técnica en su aplicación repercute negativamente en la salud y bienestar del paciente.

La participación de la trabajadora social es dar información sobre tipos de oxígeno, costos y apoyos para pacientes de bajos recursos económicos.

Explica la importancia de la altitud, viajes y uso de oxígeno en situaciones especiales.

Para cerrar la sesión la psicóloga da una platica informativa sobre estrés retomando parte de las sugerencias de Domínguez TB, Valderrama IP, Olvera LY, Pérez RSL, Cruz MA Gonzalez SLM, 2002, en esta sesión se abordan temas como: Definición del estrés ó ¿Qué es el estrés?, ¿Qué factores o situaciones pueden generar estrés?, Trastornos físicos que pueden ser generados por estrés prolongado. ¿La EPOC genera estrés?, síntomas físicos, psicológicos y conductuales del estrés, Tratamiento para el estrés. La relajación como método para su control. Algunos tipos de relajación: Muscular, por respiración, con imagen placentera y visualizaciones guiadas. Otras Actividades para autocontrol del estrés por el paciente con EPOC (descanso, baño, escuchar música, juegos, lectura, ejercicio, viajes, etc). El objetivo es que el paciente conozca el significado de estrés, identifique los factores o situaciones que le pueden generar estrés y considere que la enfermedad es uno de ellos, cuáles son los síntomas, su impacto en la salud y que el método para el tratamiento es la relajación.

Al terminar se les informa a los pacientes que para la última sesión deberán venir vestidos comodamente para poder realizar ejercicios de relajación.

Tercera sesión. Día 3.

La psicóloga recibe a los pacientes, una vez que se encuentra la mayoría da inicio explicando que se realizará un ejercicio con los siguientes objetivos:

- a) Promover un clima de confianza personal, de valorización personal, y un estímulo positivo, en el seno del grupo.

- b) Dar y recibir retroalimentación positiva en el ambiente grupal.

Aplica la dinámica “El regalo de la alegría”. (Fritzen SJ, 1999. Op cit)

Inicia formando subgrupos de acuerdo a la cantidad de participantes, y les proporciona a cada uno lápiz y papel. A continuación les dice “ Muchas veces apreciamos más un regalo pequeño que uno grande. Muchas veces nos quedamos preocupados por no ser capaces de realizar cosas grandes y nos despreocupamos de hacer cosas pequeñas o menores, aunque de gran significado. En la experiencia que sigue seremos capaces de dar un pequeño regalo de alegría para cada miembro del grupo”.

Prosiguiendo la psicóloga invita a los miembros de cada subgrupo a que escriban un mensaje para cada miembro del subgrupo. El mensaje deberá apuntar a provocar en cada persona sentimientos positivos sobre sí mismo.

-- La psicóloga presentara sugerencias, procurando que cada uno envíe mensajes a todos los miembros del subgrupo, incluso a aquellas personas por las cuales no sientan gran simpatía. Sus indicaciones son:

1.- Procure ser específico, diciendo por ejemplo: “Me gusta tu modo de reír, cada vez que te diriges a alguien”, en vez de: “Me gusta tu actitud”, que es muy general.

2.- Procure escribir un mensaje que se encuadre bien en la persona, en vez de un comentario que se aplique a varias.

3.- Incluya a todos, aunque no los conozca lo suficiente. Busque algo positivo en todos.

4.- Procure decir a cada uno lo que observó dentro del grupo, sus puntos altos, sus éxitos, y hágalo siempre en primera persona , o sea: “A mí me gusta”, o “Yo siento”, etc.

5.- Dígale a la otra persona lo que encuentra en ella, que lo vuelve a usted más feliz.

-- Los participantes podrán, en caso de que así lo quieran, firmar el mensaje.

-- Una vez escritos los mensajes se doblarán, se pondrá en el lado de afuera el nombre de la persona a la que se dirige y serán colocados en una caja para ser recogidos.

--Luego de que todos los hayan leído, se continúa con los comentarios sobre las reacciones de los miembros.

Al terminar la psicóloga presenta al médico especialista en rehabilitación respiratoria.

El médico especialista en rehabilitación respiratoria da una sesión informativa sobre tratamiento no farmacológico para la EPOC este programa aborda temas como: ¿Quiénes requieren o pueden ingresar a un programa de rehabilitación respiratoria?, respiración con labios fruncidos y diafragmática, drenaje postural, ejercicio en pacientes con EPOC como bicicleta fija, caminadora de banda y fija, ergonómetro. Esta platica es importante para el trabajo de la psicóloga ya que aquí se les enseña a los pacientes a realizar actividades físicas ahorrando energía a través de una adecuada respiración.

Posteriormente la psicóloga presenta a la nutrióloga que imparte temas cómo tipos de nutrientes y su función en el organismo, la importancia de una alimentación balanceada en el paciente con EPOC, tipos de alimentos que se deben de consumir por parte de los enfermos con EPOC.

Cuarta sesión. Día 4.

Taller de relajación.

El objetivos es el entrenamiento en las funciones básicas de la relajación, a fin de que los pacientes conozcan los elementos básicos que contribuyen al logro

de una relajación profunda y la técnica adecuada de llevarlos a cabo, con el objeto de facilitarle el aprendizaje y la mejoría en etapas posteriores

La psicóloga recibe a los pacientes, una vez que se encuentra la mayoría da inicio explicando que se realizará un ejercicio. Seguidamente procede a dar un pequeño recordatorio de las técnicas de relajación cómo método para controlar el estrés y explica en que consiste el ejercicio de relajación que se llevará enseguida.

Se inicia con entrenamiento utilizando el método de Edmundo Jacobson (En Goldfried MR, 1996) denominado “relajación progresiva” que supone el entrenamiento de los sujetos para que logren detectar y reconocer niveles de tensión muscular cada vez más sutiles, poniendo énfasis de la postura corporal ya que es importante que el paciente conozca la importancia que la postura del cuerpo tiene en el espacio, para evitar o reducir la tensión muscular. Algunas de las instrucciones son:

Si algunas partes de nuestro cuerpo están tensas el proceso de la respiración se dificulta.

Una postura rígida del cuerpo indica que la persona esta tensa, una postura suelta y relajada contribuye a evitar o eliminar niveles de tensión interna.

Un problema característico de las personas estresadas es la tensión muscular, por lo que eliminar o disminuir la tensión muscular permitirá eliminar o disminuir el estrés.

Se hace énfasis en la importancia de la postura corporal en situaciones cotidianas como en la práctica de ejercicios de relajación, ya que ésta última no es posible si la postura corporal es tensa, además de incomoda.

Se menciona que cuando el cuerpo permanece tenso por tiempo prolongado o con posturas incómodas, que reflejan tensión, principalmente los músculos de cara, cuello, espalda, se produce una vasoconstricción que puede generar dolor de cabeza (cefalea) o dolores musculares.

En seguida se re entrena al paciente en los ejercicios de respiración cuya técnica fué desarrollada por Lamace (En Goldfried MR, 1996. Op- cit), como un intento para reducir el dolor durante el parto.

El objetivo es observar cómo es el proceso de la respiración normal y profunda del paciente, y sobre esa observación se hacen correcciones pertinentes o necesarias. Las indicaciones son:

Le enseñaremos la respiración diafragmática ya que esta favorece el proceso de relajación.

Inhalar y exhalar en forma adecuada. Al inhalar por la nariz se infla el abdomen y al exhalar por la nariz se desinfla el abdomen.

Respirar en forma suave y profunda favorece la relajación muscular.

Se le recuerda al paciente que en momentos de tensión, ansiedad o estrés, después de lograr una postura adecuada se debe respirar profunda o pausadamente, ya que una respiración rápida y acelerada (hiperventilación) no sólo es producto de ansiedad, sino que respirar en esta forma puede precipitar una crisis.

Se le menciona al paciente que es muy importante disponer de un momento en el lugar donde se encuentre, si le es posible colóquese en la posición más cómoda y, de preferencia aíslese de los ruidos intensos. Comience cerrando los ojos (si usa lentes quíteselos), así como cualquier otro artículo o prenda que le apriete o incomode.

Se inicia la práctica de relajación tensión-distensión (tensión-relajación) muscular alternando y ejercitando la respiración profunda.

Se le indica al paciente no practicar la técnica si existe luxación en articulación, desgarre o inflamación en tendón. La psicóloga los va guiando

* Cierre los ojos.

* Inhale aire por nariz, ensanchando abdomen y exhale por la nariz.

* Ejercite la mano derecha, cerrando puño, tense los músculos, concéntrese en esa tensión por 10 segundos.

* Disminuya la tensión de su puño poco a poco relájese aflojando la mano y abriendo los dedos.

* Inhale aire por nariz, ensanchando abdomen y exhale por la nariz.

* Ejercite la mano izquierda cerrando puño, tense los músculos, concéntrese en esa tensión por 10 segundos

* Disminuya la tensión de su puño poco a poco relájese aflojando la mano y abriendo los dedos. (Se continua el mismo procedimiento de tensión-relajación por diversas partes del cuerpo):

* Inhale aire por nariz, ensanchando abdomen y exhale por la nariz.

b).-Tense los bíceps y tríceps doble sus brazos.

c).-Fruncir fuertemente el ceño (frente-cejas)

d).-Tense los párpados, al cerrar fuerte los ojos

e).-Tense los músculos maxilares, apretando losdientes y pegue la barbilla sobre el pecho.

f).-Eleve hombros hacia orejas, aplique fuerza en sus músculos

g).-Tense músculos pectorales.

h).-Contraiga fuerte los músculos abdominales.

i).-Tense fuerte los glúteos.

j).-Las piernas, jale la punta de los dedos de los pies hacia adentro y luego afuera.

k).-Finalmente tense todo el cuerpo como una sola pieza.

* Inhale aire por nariz, ensanchando abdomen y exhale por la nariz.

Ahora, sugeriéndose dirigiéndose frases como: **“Mi mente se siente bien, mi cuerpo tranquilo.”** **“Controlo mi organismo y me puedo relajar.”** Aleje cualquier pensamiento que le pueda incomodar o preocupar y centre su atención en su propio cuerpo.

Sienta su respiración y dirija su atención a ésta. Percátese y goce al sentir cómo entra el aire a su organismo y cómo lentamente usted controla su salida.

Respire por la nariz muy suave y pausadamente: Realizará inhalaciones profundas llenando primero el vientre, después el tórax y finalmente el pecho. Sienta como sus pulmones se llenan de aire, ya que lleno su pecho de aire, reténgalo por cuatro segundos y exhale lentamente por la nariz.

En el caso de que se le dificulte retenerlo por cuatro segundos disminuya el tiempo de retención y recuerde se trata de relajarse y no de preocuparse por retener el aire. Conforme vaya pudiendo retener el aire, vaya aumentando progresivamente el tiempo de retención. Piense en lo agradable de su situación

en ese momento y disfrútela. La psicóloga cambia la técnica introduciendo la imaginaria (En Goldfried MR, 1996. Op- cit). Piense es una sensación agradable. imaginando su cuerpo totalmente relajado al realizar la respiración. Permita que cuerpo descansa y se relaje. *(En este momento la psicóloga introduce música con sonidos de la naturaleza)* y continua diciendo: Ahora, Requiere que se imagine una escena placentera que para usted resulte muy relajante, eche a volar su imaginación, ¿Donde estará?, ¿Qué Verá?, ¿Qué escuchará? ¿Qué sentirá? ¿Qué aromas podrá percibir? Entre más estimule esta escena con sus sentidos será más profunda la relajación. piense en todos esos detalles, disfrutando la sensación de encontrarse en un lugar tan agradable. Imagínelo y relájese. Sienta que cada detalle que imagine le resulta muy relajante; todo lo que ve, escucha, toca (siente), saborea, y los aromas que percibe. Sienta como su cuerpo descansa cada vez más y cuando se sienta completamente relajado piense en abrir poco a poco los ojos y que al abrirlos su cuerpo se quedará con una sensación de descanso y estará completamente relajado. ahora abra los ojos lentamente y por unos dos minutos quédese en la misma posición y siéntase relajado.

La psicóloga termina preguntando si alguien desea comentar cómo se sienten en ese momento o cómo se sintieron durante el ejercicio. Se recomienda practicar en su casa por lo menos un tipo de relajación diario por 10 minutos.

Se les pregunta a los participantes si tienen alguna sugerencia, comentario o pregunta y si pueden hacerlo por escrito. Con esto concluimos el programa educativo.

Instrumentos para evaluar trastornos afectivos

*** Inventario de Depresión de Beck (IDB)**

Autores: Aaron T. Beck, Gregory K. Brown, and Robert A. Steer

Conocido como Beck Depresión Inventory (BDI)

Es una escala para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas

Por su administración es autoaplicable

Tiempo requerido para su contestación de 5 a 10 minutos

La prueba consta de 21 ítems. En escala tipo likert de 0 a 3 en donde el valor de 0 indica la ausencia del síntoma, 1 existencia del síntoma leve, 2 síntoma moderado, 3 síntoma de severidad máxima.

Las categorías evaluadas son: 1. ánimo (tristeza) 2. Pesimismo. 3. Sensación de fracaso 4. Insatisfacción 5. Sentimientos de culpa 6. Sensación de castigo 7. Autoaceptación 8. Autoacusación 9. Ideación suicida 10. Llanto 11. Irritabilidad 12. Aislamiento 13. indecisión 14. Imagen corporal 15. Rendimiento laboral 16. Trastornos del sueño 17. Fatigabilidad 18. Apetito 19. Pérdida de peso 20. Preocupación somática (hipocondriasis) 21. Pérdida de la libido. Las primeras 14 categorías se refieren a síntomas afectivo-cognitivos, y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos (Beck, AT, Steer, RA, and Garbin, MG.1998).

Torres (1991) menciona que la probabilidad de que un sujeto con resultado positivo en la prueba (tomando un punto de corte de 14 puntos) tenga la enfermedad es del 86%. La versión en español del IDB posee una sensibilidad de 0.86 y una especificidad igual a 0.86. Estos datos indican que el IDB es un instrumento confiable y útil para evaluar la sintomatología depresiva.

Las normas de calificación para del IDB para México son: Puntaje crudo de 0 a 9 Depresión mínima, de 10 a 16 depresión leve, 17 a 29 depresión moderada y de 30 a 63 depresión severa (Jurado et al. 1998)

*** Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)**

Autores: C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González- Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Diseñado par medir ansiedad.

Está constituido por dos escalas de autoevaluación para medir dos dimensiones de la ansiedad: Ansiedad Rasgos (AR) y Ansiedad Estado (AE). Cada escala consta de 20 afirmaciones. La ansiedad Rasgo permite que los sujetos describan como se sienten “generalmente”, mientras que la escala ansiedad estado permite que los sujetos expresen como se sienten en un “momento dado”.

La ansiedad estado se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, 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.

La ansiedad rasgo se refiere a las 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.

Por su administración es autoaplicable

Requiere de 15 a 20 min para contestarlo

Consta de 40 reactivos 20 para medir AR y 2 para medir AE, con formato escala tipo likert con 4 posibles respuestas

Se retomaron las puntuaciones para la clasificación de la severidad de la ansiedad de la Escala de Zung (En Rojas E, 2001) que es la siguiente:

20 - 35 puntos: Normal o ausente

36 - 51 puntos: Reacción de ansiedad

52 – 67 puntos: Ansiedad moderada

68 – 80 puntos: Ansiedad Severa

El punto de corte que se considero para considerar la presencia de ansiedad fue de 35.

CAPITULO 6

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

ANÁLISIS DE TODOS LOS PACIENTES CON EPOC VALORADOS EN EL PERIODO 2002-2005

En los últimos tres años se han ingresado aproximadamente 310 pacientes con diagnóstico de EPOC con edad promedio de 68 años, de los cuales, el 52.6% fueron mujeres (163) y 36% (147) por ciento fueron hombres (figura 1), el 49 por ciento de ellos tenía como antecedente tabaquismo con un índice tabáquico de 48 paquetes/año, el 33% exposición a humo de leña con un índice de 181 horas/año y el 15 % ambos factores de riesgo (Figura 2). La escolaridad promedio en años de los pacientes con EPOC es de 3 ± 5 . Un 64% radicaba en el DF y el 36% en otros estados de la República Mexicana (figura 3). **Anexos.**

De acuerdo con las normas de calificación para el IDB para México los pacientes con EPOC del Servicio Clínico No. 5 “Enfermedades de la Vía Aérea” del INER el 60 % tenía depresión. De acuerdo a el nivel de la depresión el 24% fue leve, el 22% moderada y el 14% severa. (Figura 4).

De acuerdo a los resultados del IDARE y aplicando los criterios de Zung (Rojas E, 2001 Op cit) para la escala de **Ansiedad Rasgo** el 39.7 tenía ansiedad normal como rasgo, el 23 % reacción de ansiedad, 33 ansiedad moderada y el 2% ansiedad severa; para **Ansiedad Estado** normal 47.9, reacción de ansiedad 30.9, Ansiedad moderada 18.6 y no se encontró ningún caso de ansiedad estado severo. (figura 5)

Los porcentajes promedio para el total del CRSG y cada uno de sus factores y del CERC se observan en la tabla 1.

ANALISIS DE PACIENTES QUE RECIBIERON EL PROGRAMA EDUCATIVO COMO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

De los 310 pacientes incluidos en el período de los años 2002-2005 solo 124 han recibido el programa educativo. De los que se incluyeron a tratamiento el 61% eran hombres y el 39% mujeres. El 52 % con factor de riesgo de tabaquismo con un índice tabaquico de 56 paquetes/año y 31% por humo de leña con un índice de humo de leña de 201 horas/año y el 17% ambos factores. La escolaridad promedio en años escolares completos cursados fue de 6 ± 5 .

El puntaje promedio del IDB fue de 29, para la escala de ansiedad rasgo del IDARE de 46 y ansiedad estado de 40. De acuerdo con las normas de calificación para el IDB en México los pacientes con EPOC que fueron incluidos para recibir el programa educativo el 40 % tenía depresión leve, el 39 % depresión moderada y el 21% depresión severa. (Figura 6)

De acuerdo a las puntuaciones de los cuestionarios los cambios en la calidad de vida fueron estadísticamente significativos tanto en el CRSG como el CERC y la comparación del promedio de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo del IDARE previo al tratamiento y posterior al tratamiento fueron significativos, al

igual que para los puntajes del Beck antes y después del tratamiento. (Ver tabla 2)

CAPITULO 7. CONCLUSIONES

La EPOC ha aumentado en los últimos años, es una enfermedad respiratoria de tipo crónica que ocupa la cuarta causa de muerte en el mundo.

Esta enfermedad, persiste durante largo tiempo y es incurable además modifica el modo de vida normal de quien la padece.

Las personas que padecen algún tipo de enfermedad crónica o de larga duración precisan, en la mayoría de los casos, de asistencia y apoyo psicológico.

La EPOC por ser una enfermedad respiratoria de larga duración, progresiva e incapacitante, requiere de tratamiento y abordaje multidisciplinario, esto incluye apoyo psicológico que facilite y favorezca al paciente adaptarse a su nueva condición de salud para vivir mejor.

La EPOC en la mayoría de los casos es causa de una conducta no saludable como es el fumar, la intervención psicológica en este ámbito es fundamental como prevención primaria y como parte del tratamiento psicológico.

Queda claro que la EPOC no es causada por factores psicológicos, pero es muy probable que ante la enfermedad el individuo tenga reacciones psicológicas que favorezcan a la evolución general de la enfermedad, hospitalizaciones más frecuentes, recuperación más lenta, incluso que

condicionen la aparición de conductas que no permitan la adherencia a los tratamientos.

La calidad de vida se ha convertido el tema central y el objetivo primordial de los profesionales de la salud y la educación. La calidad de vida no esta restringida o limitada a una sola ciencia o área, tiene que ver con aspectos antropológicos, sociales, económicos, psicológicos biológicos, etc.

La CV desde la perspectiva de la salud es estudiada y esta determinada por factores biospiciosociales es decir que el estado general de salud es resultado de las condiciones optimas o no de la existencia de cada individuo.

Ser diagnosticado con EPOC se asocia con una serie de temores, miedos, incertidumbre, entre otros aspectos. Esto genera sufrimiento en mayor o menor grado, en el paciente.

La intervención psicológica y psicoterapéutica, en el campo de la neumología no está aun extensamente difundida y disponible para los pacientes emocionalmente afectados por la EPOC.

Los pacientes con EPOC padecen de ansiedad o depresión, probablemente asociado a la disnea, limitaciones físicas y psicosociales que acompañan a la enfermedad.

Como resultado de la EPOC el paciente no solo tiene perdida de la capacidad funcional, sino en otros aspectos de su vida como lo son el tipo de trabajo que realizaban, actividades recreativas, familiares, personales, incluso su relación y potencia sexual. El papel que juega o representa el paciente en su trabajo o

casa también puede cambiar, como resulta en pacientes que se tornan cada vez más pasivos, dependientes y eventualmente ansiosos o deprimidos. Así mismo pueden presentar falta de motivación, sensación de ser inútiles, alteraciones en el sueño y apetito e incluso los pensamientos sobre la muerte son más frecuentes.

disminución de la energía física y mental (rinden menos y son mucho más lentos), pérdida de la independencia y confianza en sí mismos, alteración del sueño y del apetito, así como problemas en las relaciones interpersonales (pareja, familia, amigos) que no favorecen su pronta recuperación e impactan su calidad de vida.

La depresión que acompaña a la EPOC se caracteriza por una baja autoestima, estados de ira y resentimiento. Los pacientes pueden presentar problema para aceptar su enfermedad, pueden abrigar ideas irreales, tales como la desaparición de la enfermedad con el retorno a un estado de salud normal. Algunos pacientes se sienten incómodos por haber fumado anteriormente y otros una sensación de derrota o frustración porque no han podido dejar el hábito de fumar.

En base a todo lo anterior cabe mencionar de la gran importancia del trabajo como psicóloga en el problema de salud mundial como lo es la EPOC. Todas las alteraciones psicológicas por las que cursan estos pacientes deben conocerse, identificarse y tratarse, además de mejorar o generar intervenciones de tipo psicológico que permitan un mejor bienestar a los mismos.

Considerando la experiencia de quien elabora el presente trabajo sabemos que existen cambios significativos en la CV de los pacientes con EPOC por intervención a través de un programa educativo.

El paciente toma conciencia de como lo que el piensa, siente y actúa es determinado por los significados disfuncionales o irracionales a causa del desconocimiento sobre su enfermedad y lo que ello implica y están sesgando su experiencia y produciéndole trastorno emocional y esta adquisición de conciencia a través del conocimiento produce el cambio.

Algunos de estos cambios son:

El paciente percibe su falta de aire en menor intensidad,

En el factor emocional los pacientes reportan mejoría, con más frecuencia se sienten mejor, menos tristes, deprimidos, con más aliento, se sienten menos fatigados.

Son capaces de realizar actividades básicas o más importantes para su vida diaria, con menor dificultad y el cansancio o agotamiento físico generado por la realización de esfuerzos fue menor

Las Sensaciones o sentimientos (estados afectivos) de tristeza, desesperanza, miedos, vergüenza, tensión, depresión, preocupación y frustración; y ansiedad son menos frecuentes e intensos

Los pacientes reportan una mejor calidad de vida que antes del tratamiento.

La percepción de la intensidad y frecuencia de los síntomas respiratorios como son la tos, flema, silbilancias o silbidos en el pecho y disnea o falta de aire disminuye.

Los pacientes tienen menos dificultades para realizar las actividades sociales como visitar a la familia, amigos, regresar a sus actividades de trabajo o en el mejor de los casos sin dificultades para desempeñarse, las relaciones más cercanas como lo son con la pareja o la personas cercanas a los pacientes mejoraron.

Por todo lo anterior concluimos que la educación como parte del tratamiento psicológico del paciente con EPOC donde participa un equipo multidisciplinario mejora la calidad de vida de los mismos.

Los cambios favorables observados se dieron en una buena proporción de la población pero no sabemos que tanto. Así mismo es recomendable hacer un estudio comparando la calidad de vida de acuerdo a la severidad de la enfermedad.

Cabe mencionar que a pesar de encontrar cambios significativos y favorables en la calidad de vida por tratamiento por una intervención multidisciplinaria, no sabemos en que medida estos se deban a la intervención psicológica, por lo que se considera necesario investigar el impacto el tratamiento puramente psicológico sobre la calidad de vida del paciente con EPOC.

Se debe ser preciso y valorar los síntomas físicos y psicológicos del paciente, puesto que una buena valoración posibilitará que atendamos todas sus necesidades, disminuyendo los sentimientos de desesperanza y desamparo que pudieran presentarse.

La educación como parte del tratamiento psicológico en el paciente con EPOC es funcional y efectiva. Produce bienestar psicológico (felicidad) y eleva la calidad de vida de los mismos.

A pesar de los beneficios de este programa educativo en la Calidad de Vida de los pacientes con EPOC se considera necesario que el tiempo de la duración del tratamiento sea mayor. Así mismo se busquen las estrategias adecuadas para un seguimiento.

Se considera necesaria una sesión introductoria sobre el programa para que al paciente le quede bien claro y se sienta motivado para ingresar a tratamiento psicológico, ya que por vía telefónica es más complicado.

El programa por ser funcional se considera como una propuesta para ser aplicado a otras patologías pulmonares como el asma.

El programa educativo ha sido creado, diseñado y planeado por el médico neumólogo y el psicólogo.

BIBLIOGRAFIA

1. Acuña KM et-al. INER (2003). Guías para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Derivadas del Segundo Consenso Mexicano para el Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. Edición Especial. México D. F.
2. Aguilar, MG., Sotelo MC., Lara, AG, García A, Sansores R, Ramírez A. (2000). Reproducibilidad del Cuestionario Respiratorio Saint George en la versión al español en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Revista Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Vol 13 No. 2. pp 85-95
3. American Thoracic Society. (1995). Definitions, epidemiology, pathophysiology, diagnosis and staging. Am J Respir Crit Care Med. 152, S78-S121.
4. Badia, X y Carné X. (1998). La Evaluación de la Calidad de Vida en el Contexto del Ensayo Clínico. Medicina Clínica. 110 (14), 550-56.

5. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J. y Erbaugh J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*. 4. 561-571
6. Beck, AT., Steer, RA., and Garbin, MG.(1998). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 8, 77-100.
7. Blasco, S A. (2001). Punto de Encuentro. XX Reunión de Alergonorte. *Alergol Inmunol Clin*. 16: 239-263.
8. Carpio C, Pacheco V, Flores C, y Canales C. (2000) Calidad de Vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista sonoreense de psicología*. Vol. 14, No.1 y 2. Pag. 3-15
9. Casaburi R, Mahler DA, Jones PW, Wanner A, San Pedro G, ZuWallack RL, et al. A long term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2002;19:217-24.
10. Celli BR. Pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 861-864.
11. Dahl R, Greefhorst LAPM, Nowak D, Nonikov V, Byrne AM, Thomson MH, et al. Inhaled formoterol dry powder versus ipratropium bromide in

- chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;164:778-84.
12. Domínguez TB, Valderrama IP, Olvera LY, Pérez RSL, Cruz MA Gonzalez SLM, (2002). Manual para el Taller Teórico-Práctico de Manejo del Estrés. Primera edición. Plaza y Valdés, México. 15-44
13. Donner, C. F. Carone, M. Bertolotti, G. y Zotti, A. M. Methods of assessment of quality of life. (1997). *Eur Respir Rev.* 7 : 42. 43-45
14. Dudley, D.L., Glaser, E.M., Jorgenson, B.N., y Logan, D.L. (1980a). Psychological concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Part 1: Psychosocial and psychological considerations. *Chest.* 77 (3), 413-420.
15. Dudley, D.L., Glaser, E.M., Jorgenson, B.N., y Logan, D.L. (1980b). Psychological concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Part 2: Psychosocial treatment. *Chest.* 77 (4), 544-551.
16. Ferrer, M. Alonso, J. Prieto, L. Plaza, V. Monsó, E. y Marrades, R. et al. (1996). Validity and reliability of the St. George's Respiratory

- Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J.* 9.1160-6.
17. Fritzen SJ. (1999). 70 juegos para dinámica de grupos. Editorial Lumen. Argentina.
18. Gift AG y Mc Crone SH. (1993). Depression in patients with COPD. *Heart Lung.* 22. 289-97
19. Goldfried MR, (1996). De la Terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración. Biblioteca de Psicología. España. 94-101
20. Griffiths TL, Burr ML, Campbell IA, Lewis-Jenkins V, Mullins J, Shiels K, et al. Results of a year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355:362-8.
21. Griffith, D.E., y Kronenberg, R.S. (1991). Psychologic, neuropsychologic and social aspects of COPD. En: N.S. Cherniack (Ed.). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Philadelphia: WB Sanders Company.
22. Gross RD, (2001). *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta*. Editorial Manual Moderno, 3ª. Edición. México D. F.

23. Güell R, Casan P, Sangenis M, Morante F, Belda J, Guyatt GH.. Quality of life in patients with chronic respiratory disease: the Spanish version of the Chronic Respiratory Questionnaire. *Eur Respir J* 1998;11:55-60.
24. Güell R, Casan P, Belda J, Sangenis M, Morante F, Guyatt GH, et al. Long-term effects of outpatient rehabilitation of COPD: a randomized trial. *Chest* 2000;117:976-83.
25. Güell R, Casan P, Belda J, Sangenis M, Morante F, Guyatt GH, et al. Correlation of changes in quality of life after lung volume reduction surgery with changes in lung function, exercise, and gas exchange. *Chest* 2000;118:728-35
26. Guyatt GH, King DR, Feeny DH, Stubbing D, Goldstein R S. (1999). Generic and specific measurement of health-related quality of life in a clinical trial of respiratory rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 52:187-92.
27. Hairo T, Nishimura K. Minimal clinically significant difference in health status: the thorny path of health status measures? [editorial]. *Eur Respir J* 2002; 19: 390-1.
28. Isoano, R., Keistinen, T., Laippala, P., y Kivel, O. (1995). Chronic obstructive pulmonary disease and symptoms related to depression in elderly persons. *Psychological Reports*. 76 (1), 287-297.

29. Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH. Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference. *Control Clin Trials* 1989;10:407-15.
30. Jones, P. W. Quality of life measurement: the value of standardization. *Eur Respir Rev.* 7: 42. 46-49
31. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM, Littlejohns P. (1992). A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. *Am Rev Respir Dis* 145:1321-7.
32. Jones PW, Bosh TK. (1997) Quality of life changes in COPD patients treated with salmeterol. *Am J Respir Crit Care Med* .155: 1283-9.
33. Jones PW. Interpreting thresholds for a clinically significant change in health status in asthma and COPD. *Eur Respir J* 2002; 19:398-404.
34. Jurado, S. Villegas, M. E. Méndez, L. Rodríguez, F. Loperena V y Varela, R. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* Vol.21 No. 3. 26-31

35. Keele, C., Foxall, M. y Baron, J. (1993). Loneliness, depression and social support of patients with COPD and their spouse. *Public Health Nursing*. 10 (4), 245-251.
36. Kim, H.F., Kunik, M.E., Molinari, V.A., Hillman, S.L., Lalani, S., Orengo, C.A., Petersen, N.J., Nahas, Z., y Goodninght-White, S. (2000). Functional impairments in COPD patients: the impact of anxiety and depression. *Psychosomatics*. 41 (6), 465-471.
37. López-Ibor, J.J., Ortiz Alonso, T. y López-Ibor, M.I. (1999). *Lecciones de Psicología Médica*. Masson. Barcelona.
38. Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH, King D, Cook DJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 1996;348:1115-9.
39. Lacroix, J., Martin, B., Avendaño, M., y Goldsteins, R. (1991). Symptom schemata in chronic respiratory patients. *Health Psychology*. 10 (4), 268-273.
40. Light Rw, Merrill EJ, Despars JA, Gordon GH, Mutalipassi LR. (1985). Prevalence of depression and anxiety in patients with COPD. *Chest*. 87, 35-8
41. Mishima, M., Oku, Y., Muro, S., Hirai, T., Chin, K., Ohi, M., Nakagawa, M., Fujita, M., Sato, K., Shimada, K., Yamaoka, S., Oda, Y., Asai, N., Sagawa, Y. y Kuno, K. (1996). Relationship between dyspnea in daily life and psycho-physiologic state in patients with chronic obstructive

- pulmonary disease during long-term domiciliary oxygen therapy. *Internal Medicine*. 35 (6), 453-458.
42. Nussbaum, C y Sen, A (1996). *Economía contemporánea. La calidad de vida*. Editorial, Fondo de Cultura Económica, México D. F.
43. Pauwels RA, Buist S, Calvey PMA, Jenkins C, Hurd S. (2002) *Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).
44. Ortiz-Zabala, M., Abad-Mateo, A., y Morales-Ortiz, A. (1993). Aspectos psicológicos del enfermo respiratorio: conductas de enfermedad y calidad de vida. *Psiquis Rev Psiq Psic y Psicosom*. 15 (4), 32-38.
45. Ridruejo A. (1996). *Psicología Médica*. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana, Madrid.
46. Pérez Padilla JR, et al. 1996). Exposure to Biomasa Smoke and Chronic Airway Disease in Mexican Woman. A case-control study. *Am J Respir Crit Care Med* 701-6.
47. Pérez-Poza, A., Pérez-Echeverría, M.J., Dia-Sahun. J.L. (1996). Malestar psiquiátrico en pacientes con patología respiratoria crónica. *Psiquis Rev Psiq Psic y Psicosom*. 17 (7), 52-57.
48. Rico-Méndez, F.G. (1997). Algunas consideraciones epidemiológicas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en México. En: RH

Sansores y JR Pérez-Padilla. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: EPOC un Problema Mundial - un Enfoque en México. México: Piensa.

49. Reus, VI. (1997). Trastornos del estado de ánimo. En: H.H. Goldman (Ed.). Psiquiatría General. México: Manual Moderno.

50. Ruiz PMI, Tratamiento Cognitivo Conductual en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Universidad Anahuac. México, D. F. Reporte Laboral. 1996. pp 25-27

51. Martin G., Pear J. Modificación de Conducta. ¿Qué es y cómo aplicarla? Prince Hall. Madrid. 5ª. edición. 1999. pp 371-382

52. Rojas E, 2001. La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y la obsesiones. Editorial Planeta Mexicana. 209-212

53. Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. Guías Para el Diagnóstico y el tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Derivadas del Segundo Consenso Mexicano para el Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC. Revista Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2003. pp 9.

54. Smoller JW, Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF y Kradin RL. (1996).
Panic Anxiety, Dyspnea, and Respiratory Disease. Theoretical and
Clinical Considerations. 154. pp 6-17
55. Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos
del inventario para la depresión de Beck. Psicothema, Vol. 10, No. 2, pp.
303-318.
56. SSA, INER. (2002). Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
Informe de Labores 2001. México, D. F. INER.
57. Tashkin, D. (1982). Chronic obstructive pulmonary disease: Management
after diagnosis. En: P. Selecky (Ed.). Pulmonary Disease. New York:
John Wiley & Sons.
58. Torres-Castillo, M. Hernández, M. E. y Ortega-Soto, H. A. (1991).
Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un
hospital de Cardiología. Salud Mental. V.14.No. 2. pp 1-6
59. Vincken W, Van Noord JA, Greefhorst APM, Bantje TA, Kesten S,
Korducki L, et al. Improved health outcomes in patients with COPD
during 1 yr's treatment with tiotropium. Eur Respir J 2002;19:209-16.

60. Velarde-Jurado, E y Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Publica de México*. 44(5), 349-361.
61. Velarde-Jurado, E y Avila-Figueroa C. (2002). Consideraciones Metodológicas para evaluar la Calidad de Vida. *Salud Publica de México*. 44(5), 451-458.
62. Veloso-Pérez, E. (1987). Estudio del cuadro interno de la enfermedad mental en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Boletín de Psicología de Cuba*. 10 (3), 138-154.
63. Weaver, T., Richmond, T., y Narsavage, G. (1997). An explanatory model of functional status in chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Research*. 46 (1), 26-31.
64. Zuñiga, MA., Carrillo-Jiménez GT., Fos, PJ., Gandek, B., Medina-Moreno, M. (1999). Evaluación del Estado de Salud con la Encuesta SF-36: Resultados Preeliminares en México. *Salud Pública de México*. 41 (2),

ANEXOS

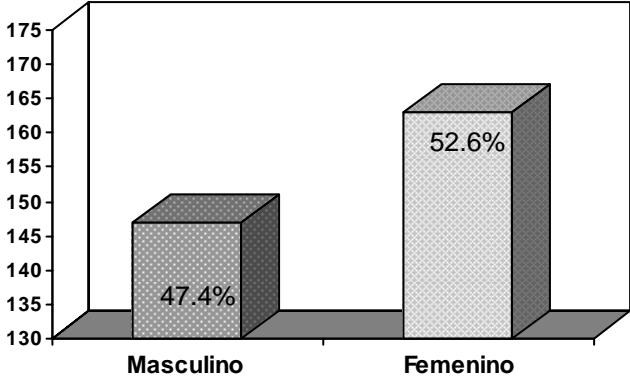


Figura 1. Porcentaje por sexo de pacientes con EPOC incluidos en el período 2002-2005.

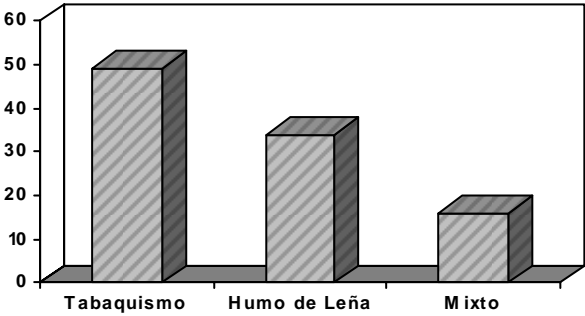


Figura 2. Porcentaje por factor de riesgo para desarrollo de EPOC

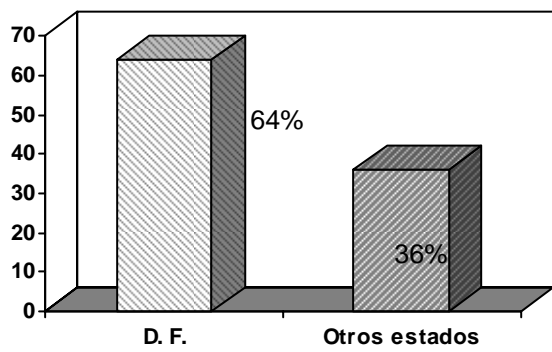


Figura 3. Porcentaje por lugar de residencia de los pacientes de la cohorte de EPOC incluidos en el período de los años 2002-2005

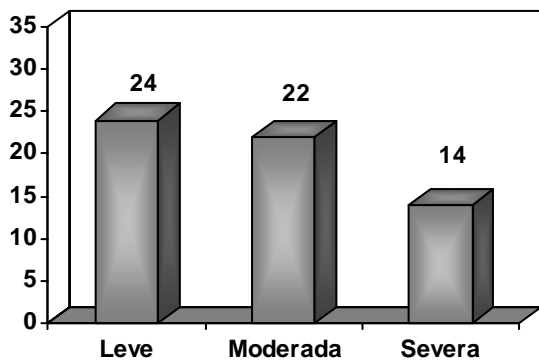


Figura 4. Porcentaje por nivel de depresión en pacientes con EPOC incluidos en el período de los años 2002-200

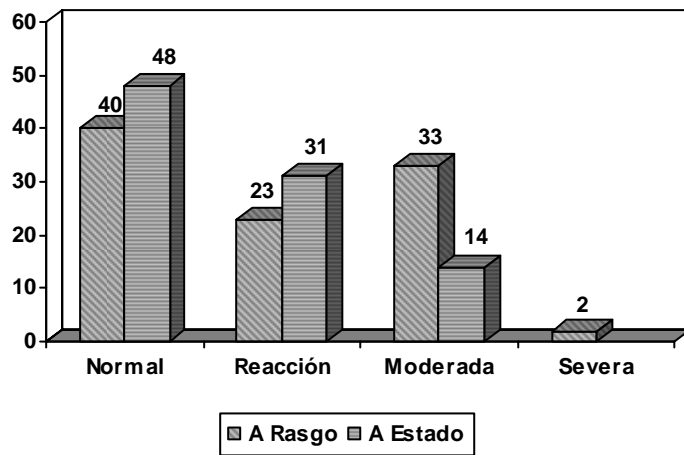


Figura 5. Porcentaje por nivel de ansiedad en pacientes con EPOC incluidos en el período de los años 2002-2005

Variable	Promedio	DS
CRSG:		
Síntomas	46	18
Actividades	57	21
Impacto	34	18
Total	43	17
CERC:		
Disnea	22	7
Fatiga	18	5
Emocional	35	8
Control	22	4
Total	99	19

Tabla 1. Promedio y Desviación Estándar para componentes de los cuestionarios CRSG y CERC de pacientes con EPOC incluidos en el período de los años 2002-2005

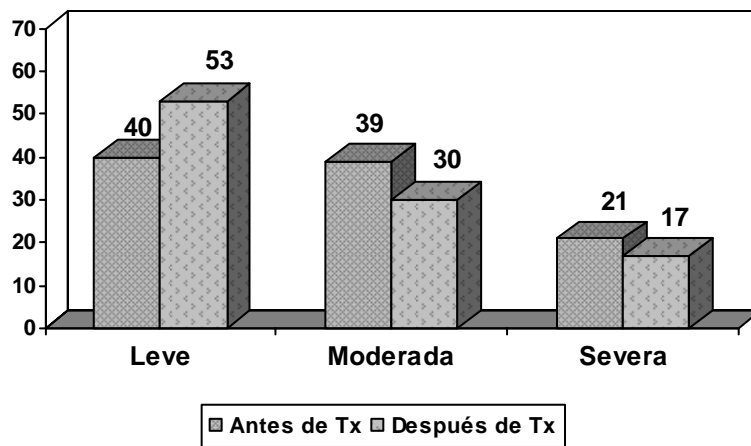


Figura 6. Porcentajes por nivel de depresión en EPOC antes y después de tratamiento

Tabla 2. Cambios en CV, ansiedad y depresión post tratamiento.

Variable	Basal	Post	p
CRSG:			
Síntomas	60 ± 27	49 ± 27	0.000
Actividades	71 ± 17	67 ± 14	0.049
Impacto	43 ± 17	34 ± 14	0.042
Total	56 ± 15	50 ± 17	0.001
CERC:			
Disnea	19 ± 7	22 ± 7	0.010
Fatiga	12 ± 6	14 ± 6	0.067
Emocional	20 ± 4	23 ± 7	0.002
Control	17 ± 5	18 ± 4	0.053
Total	69 ± 13	73 ± 19	0.026
IDARE			
AE	52 ± 14	37 ± 11	0.015
AR	53 ± 13	39 ± 10	0.017
Beck	29 ± 19	22 ± 13	0.012