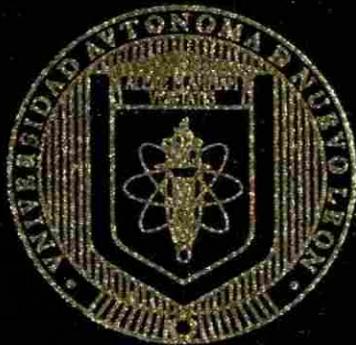


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



AFRONTAMIENTO, EMOCIONES Y CREENCIAS DE LA
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVO CRONICA
EN PACIENTES Y FAMILIARES

TESIS QUE PRESENTA

LIC. ELSIA GUADALUPE GARCIA CANTU

PARA OBTENER EL TITULO DE
MAESTRA EN CIENCIAS
CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

DR. JAVIER ALVAREZ BERMUDEZ
ASESOR

24 DE OCTUBRE DEL 2006



TM
27201
PPS
2006
.G323

AFRONTAMIENTO, EMOCIONES Y OPRESIONES DE LA
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVO CRONICA
EN PACIENTES Y FAMILIARES



1020154536



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

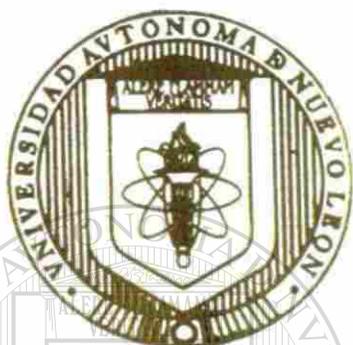


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



AFRONTAMIENTO, EMOCIONES Y CREENCIAS DE LA
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVO CRONICA
EN PACIENTES Y FAMILIARES

TESIS QUE PRESENTA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

LIC. ELSIA GUADALUPE GARCIA CANTU

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

MAESTRA EN CIENCIAS

CON OPCION EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

DR. JAVIER ALVAREZ BERMUDEZ

ASESOR

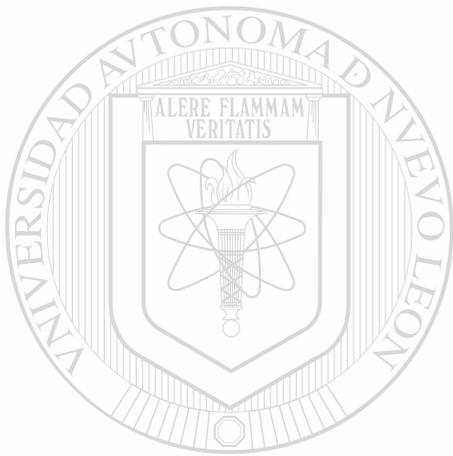
24 DE OCTUBRE DEL 2006

1021034

TM
Z7201
FPs
2006
.G323



FONDO
TESIS



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**AFRONTAMIENTO, EMOCIONES Y CREENCIAS DE LA ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVO CRÓNICA EN PACIENTES Y FAMILIARES**

TESIS QUE PRESENTA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
LIC. ELSIA GUADALUPE GARCIA CANTÚ

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRA EN CIENCIAS

CON OPCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMÚDEZ

ASESOR

DEDICATORIA

A MI MAMA, MARIA ELSIA CANTÚ DE LEÓN

A MI PAPÁ: JOSÉ JUAN GARCÍA CARRILLO

A MI HERMANITA: MARTHA PATRICIA GARCÍA CANTÚ

A MI AMIGO, MAESTRO Y ASESOR: DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMÚDEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CON MUCHO AMOR PARA USTEDES, ELSI.

AGRADECIMIENTOS

CON GRATITUD AL PERSONAL DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN PULMONAR, DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN; EN ESPECIAL AL DR. RODOLFO POSADAS VALAY, Y LIC. JULIÁN TÓRRES POR SU VALIOSA COOPERACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN CON LOS PACIENTES Y FAMILIARES DEL CENTRO.

A MI ASESOR DE TESIS, DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMÚDEZ POR GUIARME EN ESTA INVESTIGACIÓN, POR SU VALIOSA AYUDA Y PACIENCIA, POR ENSEÑARME UNA MANERA DIFERENTE DE ACERCAMIENTO A EL OBJETO DE ESTUDIO, A LAS PERSONAS DENTRO DE SUS GRUPOS.

AL MTRO. JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ ALCALÁ POR SU APOYO EN EL TRANSCURSO DE MI MAESTRÍA; Y A EL MTRO. ARNOLDO TÉLLEZ LÓPEZ.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

A MIS REVISORES DE TESIS: MTRO. ENRIQUE GARCÍA GARCÍA Y DR. JOSÉ MORAL DE LA RUBIA POR LAS APORTACIONES Y RECOMENDACIONES HACIA ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

A MIS AMIGOS QUE SIEMPRE ME ALENTARON A SEGUIR ADELANTE CON ESTE PROYECTO: ISELA SÁNCHEZ, NUBIA GARCÉS, ESTHER SANTAMARÍA, RAFAEL SAMANIEGO, JOSE ALFREDO LOPEZ, LINDA SADA, LUPITA MORALES, PABLO VALDEZ.

INDICE

TITULO	PÁGINA
Abstract	4
Objetivos	5
Preguntas de investigación	
Limitaciones	9
Antecedentes	15
Justificación	
Capítulo I	21
Psicología de la Salud	
Capítulo II	25
Afrontamiento, Emociones, Creencias	
Capítulo III	42
Enfermedades crónicas	
Capítulo IV	48
Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica (EPOC)	
Capítulo V	57
Método: Sujetos, Instrumentos, procedimiento	
Capítulo VI	62
Resultados	
Capítulo VII	74
Conclusiones y discusión	
Referencias	78

AFRONTAMIENTO, EMOCIONES Y CREENCIAS DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVO CRÓNICA EN PACIENTES Y FAMILIARES

ABSTRACT

Los objetivos de este trabajo son encontrar los tipos de afrontamiento de pacientes diagnosticados con EPOC, y su familia; además de conocer el tipo de emociones y creencias ante esta enfermedad. Los participantes fueron 20 pacientes con EPOC y 20 familiares. Se realizó un análisis factorial para observar las dimensiones de afrontamiento y posteriormente se compararon entre los pacientes y su familia para ver si estos coincidían o no. Se encontró que el tipo de afrontamiento de los pacientes fue en primer lugar con un 50% el afrontamiento de negación; los familiares emplearon el afrontamiento de negación en un 90%. El 55% de los pacientes y familiares coinciden en el tipo de afrontamiento, el 90% con afrontamiento de negación 10% afrontamiento activo. Con respecto a las emociones se encontró que en el momento del diagnóstico los pacientes tienen 70% de emociones negativas mezcladas con positivas mientras que el 75% de los familiares tienen emociones negativas. En el momento de la entrevista el 55% de los pacientes tiene emociones negativas y el 75% de los familiares tienen emociones positivas. Acerca de las creencias se encontró que el 60% de los pacientes tienen creencia de culpa respecto a su enfermedad, y esto lo atribuyen a causas externas. El 80% de los familiares tienen una creencia de culpa hacia los pacientes, y esto lo atribuyen a causas internas.

Palabras clave: Afrontamiento, Creencia, Emociones, Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica.

OBJETIVOS

1. Encontrar qué tipo de afrontamiento, tienen los pacientes diagnosticados con EPOC, y cómo lo presenta un miembro representativo de su familia.
2. Encontrar qué tipo de emociones tienen los pacientes diagnosticados con EPOC, y cómo lo presenta un miembro representativo de su familia.
3. Encontrar qué tipo de creencias tienen los pacientes diagnosticados con EPOC, y cómo lo presenta un miembro representativo de su familia.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cómo afrontan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica los pacientes y sus familiares?
2. ¿Cómo son las emociones de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica y cómo son las emociones de sus familiares?
3. ¿Cómo son las creencias de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica y cómo son las creencias de sus familiares?

LIMITACIONES

- Los resultados de esta investigación abarcan a pacientes con EPOC de diversos lugares del estado de Nuevo León.

- La medición de afrontamiento, se ha hecho dentro de un período determinado.

Se estudia únicamente a un miembro representativo de la familia (no a todos los miembros).

PROBLEMA:

Determinar cómo es el afrontamiento, las creencias y las emociones de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica; y cómo es en sus familiares.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad la enfermedad está siendo estudiada por muchas ciencias, entre ellas la psicología de la salud, la cuál enfoca sus estudios además de hacia las enfermedades, hacia la salud.

El estudio de la enfermedad desde la perspectiva de la psicología de la salud esta orientado a entender las cogniciones y reacciones de las personas enfermas. Sin embargo hay un campo en el cual es preciso profundizar mediante la investigación, y es en el de las enfermedades crónicas; no sólo centrándose en el enfermo sino también en su familia, a quienes también les concierne, puesto que también ella vive las consecuencias de enfermedad de el paciente.

La amenaza real o percibida de una enfermedad puede influenciar una variedad de procesos emocionales.

La experiencia de la emoción y las estrategias para enfrentarse a las emociones puede afectar las relaciones entre los miembros de la familia así como la relación de la familia con su contexto social (Leventhal, Leventhal, Van Nguyen, 1985).

Cada miembro de la familia desea las mejores relaciones interpersonales para la unión familiar, pero en realidad cada uno responde a las situaciones y a los otros usando comportamientos que ha aprendido en años anteriores.

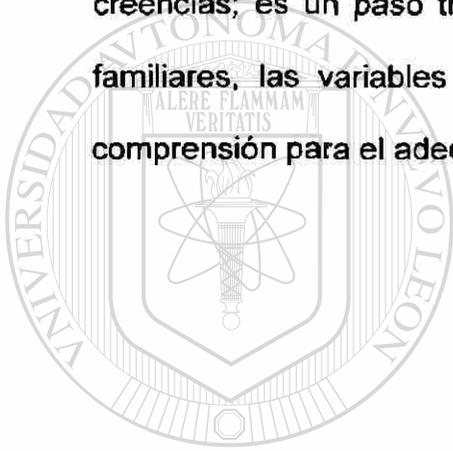
Los sistemas familiares tratan de ajustarse a las crisis y apoyarse uno en el otro para poder salir de ellas y esto dependerá de las estrategias y limitaciones que tenga la familia.

Cuando un miembro de la familia es diagnosticado con una enfermedad crónica, su comienzo, curso y expectativas seguramente afectarán las respuestas de las familias ante la enfermedad; hay que mencionar que con la presencia de una enfermedad crónica en un miembro de la familia, los roles que realizaban van a cambiar, así que esto va a depender de un sin número de variables como pudiesen ser el tipo de familia, ciclo o fase en que se encuentre la familia, por ejemplo, en la enfermedad pulmonar obstructivo crónica los pacientes son adultos que a su vez tienen hijos adultos y son ellos quienes se convierten en el cuidador principal del o la enferma y el tipo de

afrontamiento que utilicen afectará el grado en que se logre adaptar a la enfermedad.

Es por eso que hay que prestar atención en las cosas que pasan cuando una persona se entera que tiene una enfermedad crónica, para conocer lo que piensa, lo que hace, como reacciona ante ella y cómo reacciona su familia.

He aquí la relevancia de el estudio enfocado al afrontamiento, emociones y creencias; es un paso trascendental en los procesos de vida de pacientes y familiares, las variables son muchas y a pesar de eso la necesidad de comprensión para el adecuado tratamiento es perentoria.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ANTECEDENTES

Comúnmente se conoce al término de enfermedad término en inglés acuñado como "disease", como la alteración de un órgano, estructura o función del organismo, pero existe otra acepción del término enfermedad tendiente a referirse a un aspecto de la experiencia humana, a los síntomas, sufrimiento y a el modo de percepción que es motivada por el vivir con la enfermedad, y cómo responden los pacientes y familiares a ésta; término que en inglés es acuñado como "illness", mientras que en otros idiomas se le llama también enfermedad (Leventhal, Prohaska, & Hirschman, 1985).

La enfermedad, como condición humana se puede esencialmente categorizar en enfermedad aguda, en cuanto se refiere a la enfermedad que se adquiere en algún momento de la vida del individuo, manifiesta determinados síntomas y termina su ciclo después de un corto tiempo; y cómo enfermedad crónica, que denomina a aquella enfermedad que es diagnosticada médicamente con una duración de 6 meses o mas y que muestran pequeños cambios o progresiones lentas (Williams, 1997 en Sharpe D. & Rossiter, L. 2002).

Por su parte, las enfermedades crónicas, ocurren durante un proceso, ya sea que en este los síntomas de la enfermedad se presenten visiblemente o estén latentes; así mismo, otra característica de estas enfermedades son que el paciente generalmente tiene que estar ingiriendo medicamento, y regímenes relacionados con el cuidado pertinente para su estabilidad.

La enfermedad crónica por su misma naturaleza, nunca es completamente curada o prevenida. Biológicamente el cuerpo humano se desgasta, los factores culturales, económicos, emocionales, y sociales afectan la integridad del cuerpo.

Según Morof y Larsen (1998) la enfermedad crónica es la presencia irreversible, acumulación o latencia de estados de enfermedad o deterioro que envuelven el ambiente total del humano hasta necesitar cuidados externos y autocuidado, la conservación de funciones y prevención es otra discapacidad.

Aunque estas dos condiciones de la enfermedad son muy diferentes debido a que la primera aunque es padecida en determinado tiempo desaparece y la crónica no, por el contrario, avanza; por lo general los centros de salud, siguen tratando a los pacientes que padecen estas enfermedades de forma episódica, basándose en el empeoramiento de los síntomas o la exacerbación y esto lleva a que el paciente sea tratado como paciente agudo y no crónico y esto incrementa su invalidez, dolor y deterioro (Curtin, Lubkin, en Lubkin, Larsen,

1998) haciéndole acreedor de un servicio de atención canalizado erradamente al no tomar en cuenta la relevante divergencia entre una condición y otra.

Las enfermedades crónicas varían en su duración y resultado, cada tipo de enfermedad tiene su propia historia natural y su relevancia social e histórica afecta y preocupa al entorno en que éstas se presentan.

Una de las bases de estudio dentro del área de la psicología de la salud son, precisamente las enfermedades crónicas. Entre ellas la Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica; tema que se introduce ante la situación que invoca, por su relevancia, la atención a esta área de investigación pertinente a la psicología de la salud que tan tenuemente ha mostrado presencia, tomando en cuenta al paciente como a la familia.

La familia, como núcleo de nuestra sociedad esta intrínsecamente relacionada entre sí, en el caso de la ocurrencia de una enfermedad crónica en un miembro de una familia, se introduce un cúmulo de presiones que pueden conducir a cambios que van desde la disolución de la unidad familiar hasta un incremento en su cohesión y en el bienestar de sus miembros (Leventhal, Prohaska, & Hirschman, 1985).

Las diferencias en las formas en que las familias representan la causa o consecuencia y las técnicas de afrontamiento necesarias para lidiar con la amenaza de enfermedad pueden actuar en la conducta de la familia en diversos

niveles. Esto revela la importancia de investigar tanto al paciente con enfermedad crónica, como a la familia.

La presencia de una enfermedad crónica en un miembro de la familia resulta en un cambio inminente y necesario del rol de vida de todos los miembros que la conforman (Morof, Larsen, 1998).

Los individuos que padecen enfermedades crónicas van a presentar con frecuencia dificultad para enfrentar las limitaciones y síntomas causados por su enfermedad (Moser, Ries, Sassi, Ellis, Limberg, Myers, 1994) por ejemplo la dificultad para respirar tiene estrecha relación con el estado emocional que presentan debido a que puede ocasionar ansiedad y temor, los mismos que provocan una incomodidad y dificultad para respirar. Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónica, afecta todos los aspectos de su vida; esto es, afecta lo social, físico, económico y psicológico.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

La inevitable ruptura con factores culturales, emocionales, económicos y sociales afectan la integridad del cuerpo (Morof, Larsen, 1998). Por ejemplo, una persona con EPOC en etapa avanzada, no puede salir solo de compras por su condición de enfermo, y por la necesidad de cargar su tanque de oxígeno es difícil que pueda asistir a reuniones sociales, no puede viajar, no puede tomar un baño por sí mismo, sino que necesita la ayuda de alguien para hacerlo y si su familia no puede, él o la familia se encuentran en la necesidad de contratar a una persona que les ayude, lo cual impacta en la economía familiar,

y esto a la vez, puede hacer sentir mal, culpables o tristes a los pacientes y preocupados, molestos, o enojados a los familiares.

Un efecto social es el posible cambio en la relación entre el familiar y el paciente porque pueden ver el rol, en parte reversivo, de un adulto a la condición de niño, por la necesidad del cuidado, y los sentimientos negativos como el resentimiento o la culpa pueden interferir con la relación. Por otra parte, cuando el cuidado hacia el familiar es proveído por un largo periodo de tiempo la calidad de la relación paciente-familiar cuidador empieza a incrementarse de forma importante, esto es, al pasar juntos una cantidad de tiempo considerables, los lazos afectivos se vuelven mas estrechos.

El impacto de la dishabilidad física cambia el estatus psicosocial e infringe en la capacidad económica. Cada área de acción tiene por sí sola mínimamente un estresor.

El aislamiento autoimpuesto, suele llevar a los celos, al sentimiento de pérdida, la pérdida de la esperanza, la perdida de poder, y finalmente a la depresión.

El tener una enfermedad crónica afecta el estatus psicológico de la persona, y esto afecta la capacidad económica; el que el individuo se vea afectado en estos aspectos se ve reflejado como un estresor.

Los cuidados que la familia da están motivados por el sentimiento de afecto por el paciente, puede ser sentimiento de culpa, obligación o se siente forzado a convertirse en proveedor de cuidados (Morof, Lars, 1998).

No se puede ignorar el hecho de que el individuo vive en sociedad, por lo cual es importante el apoyo social que no es otra cosa mas que los actos percibidos o dados con la intención de intensificar el bienestar del receptor, este apoyo se va a recibir principalmente de familiares y amigos cercanos de la persona afectada.

En este trabajo de investigación se estudiará la Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica y a un familiar cuidador de éste debido a la importancia de la familia en el transcurso de la enfermedad tomando en cuenta que es la familia el primer pilar de la sociedad.

La enfermedad pulmonar obstructivo crónica (EPOC) se refiere a un grupo de enfermedades que comparten un hecho en común el expulsar el aire de los pulmones, son tres las enfermedades que se agrupan bajo este término y son la bronquitis crónica, enfisema y asma.

JUSTIFICACIÓN

Es extensa la lista de diferencias entre una enfermedad temporal y una crónica, la variable mas notable es aquella que indica el hecho de que una enfermedad temporal es pasajera, no causa un impacto mayor al de su breve presencia; sin embargo una enfermedad crónica afecta el rol de vida de el paciente y además el de quienes le rodean.

La definición de calidad de vida se puede prácticamente definir como la cuantificación de el impacto de la enfermedad en la vida diaria y el bienestar en una manera formal y estandarizada. Los pacientes con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas encuentran que las áreas de su vida individual pueden cambiar en un amplio rango de cosas, es decir de pronto se encuentran restringidos, caen en un estilo de vida de limitación (Jones, 1995).

Las enfermedades crónicas son variables con respecto a duración y resultado. Cada tipo de enfermedad posee síntomas e implicaciones que difieren tanto en forma física como psicológica a más de las reacciones sociales, psicológicas o emocionales que provienen de ellas.

La enfermedad altera la relación de los miembros de la familia con la persona enferma y entre los miembros sanos. Los cambios en la relación pueden ocurrir en las conductas enfocadas al problema, por ejemplo, en el trabajo, en las labores domésticas o en la economía y especialmente en las respuestas emocionales tanto en las áreas problemáticas así como en las áreas interpersonales ricas en significado emocional, como son la solidaridad o pertenencia y sexualidad y amor (Leventhal, Leventhal, y Van Nguyen, 1985). Es decir, el paciente definitivamente no es el mismo después de presentarse una enfermedad crónica en su vida, se presentan obstáculos y limitaciones en todos los aspectos de su vida a los que debe hacer frente.

Los roles de afrontamiento son sumamente significativos durante el proceso de adaptación psicosocial y uno intermedio dentro de las relaciones sociodemográficas y atributos de personalidad ya sea este repentino o gradual en enfermedades crónicas y deshabilitantes; Según Livneh (2000), los esfuerzos del afrontamiento tienen un papel directo en la adaptación psicosocial. Esto nos indica que existe un amplio rango de estilos de esfuerzos de afrontamiento usualmente empleados por personas deshabilitadas para tratar con el estrés generado por estas condiciones, además los esfuerzos de afrontamiento asumen papeles diferentes y son empleados para regular diversas emociones estresantes y resolver problemas en el proceso de adaptación.

Dentro de estas situaciones de estrés se encuentra el caso de las enfermedades crónicas tales como la Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica y el cáncer.

Desafortunadamente la falta de estudios en este campo de disciplina ataja el pleno conocimiento y desarrollo para la aplicación de control o soluciones en nuestro contexto.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica es una enfermedad ampliamente presente en todo el mundo, esta enfermedad además de sus consecuencias físicas, tiene otras repercusiones, ella es una de las tres mayores causas de pérdida de empleos, es la cuarta causa más común de incomunicación por enfermedad, está después de los desordenes neuropsiquiátricos, enfermedades del corazón y cáncer (Strassels, Smith, Sullivan, Majan, 2001).

Uno de los reportes epidemiológicos de los Estados Unidos más reciente fue realizado por Strassels en el 2001; él menciona que sólo en el mencionado país, existen 14.2 millones de personas diagnosticadas con bronquitis crónica y 1.8 millones de enfisema.

La magnitud de esta enfermedad es muy alta, se sabe que en 1999 el número de personas en el mundo que padecían enfisema y bronquitis fue cerca de los 6;000,000; mientras que sufren de asma bronquial, alrededor de 275; 000, 000 de personas en el mundo. De acuerdo con las estadísticas de la OMS su frecuencia es elevada tanto en los países no desarrollados como en los de gran desarrollo, teniendo éstos un aproximado de 2,000,000 muertes (Meneses, 1999).

La enfermedad pulmonar obstructivas crónica, en el año de 1993 llevó a la muerte a cerca de 29, 000, 000 personas, que representan alrededor del 6% del total de muertes (Meneses, 1999).

Las estadísticas del INEGI (2004) indican que las enfermedades pulmonares obstructivo crónicas son padecidas de 10% a un 15% de adultos mayores a los 55 años de edad, y en su momento fue considerada como la segunda causa de muerte a nivel mundial; según estos datos estadísticos de el INEGI la Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte en México.

Por otro lado el efecto económico se presenta en varios niveles; va desde el presupuesto familiar hasta el público, obviamente, el paciente se ve afectado económicamente porque precisa cuidado y medicación constante, pero esto no corre solo por su cuenta, hay otros factores como el de los gobiernos que aplican gran parte de el presupuesto de salud a la atención de pacientes con diversas enfermedades crónicas. Por ejemplo, durante el 2003 el Hospital de Londres declaró la Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas cómo la principal causa de admisiones de emergencia, además de ser causa de 25,673 muertes en Inglaterra y Wales (Elikington, White, Addington, Edmonds, 2005).

También es importante mencionar el alto costo monetario en los servicios de salud debido a la Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica, un ejemplo en México es el encontrado por Reynales-Shigematsu, Juárez-Márquez, Valdés-

Salgado (2005) en el Instituto Mexicano del Seguro Social delegación Morelos; ellos encontraron que en el año 2002 el gasto anual en esta institución por esta enfermedad fue de \$73,303.

Como se puede observar la morbilidad y mortalidad de la Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica es muy alta, y en la actualidad se están haciendo investigaciones desde el campo médico para ayudar a prolongar la vida de estos pacientes; por ejemplo en Taiwán Yang y Chen (2005) realizaron una investigación sobre los cambios que había en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica debido a los tratamientos relacionados con el ejercicio físico y encontraron que al mantener ejercitados a este tipo de pacientes causa una baja en el deterioro de las funciones pulmonares, ayuda a mantener actividades diarias y provee una alza en la calidad de vida y concluyen que es importante animar a los miembros de la familia a participar en el plan de ejercicio para mantener el bienestar del paciente.

Es deber de los psicólogos de la salud conocer, evaluar y estudiar a estos pacientes y a sus familiares para así poder comprender en un primer momento como es que los pacientes y sus familiares están viviendo, padeciendo esta enfermedad y después poder contribuir a mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO I

LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La Psicología de la Salud es una disciplina a la cuál se encarga estudiar los procesos cognitivos y comportamentales inherentes a los estados de la salud y la enfermedad física (Bishop, 1994).

Las funciones de la Psicología de la salud se pueden identificar en cuatro puntos según este autor:

1).- Promoción y mantenimiento de la salud, lo cuál tiene que ver con fomentar los llamados hábitos para el mantenimiento de hábitos saludables para ayudar a prevenir las enfermedades; tiene que ver con promoción de hábitos saludables como son el no fumar, no beber alcohol, hacer ejercicio, los hábitos alimenticios saludables y como estos afectan la salud de las personas.

2).- Tratamiento de la enfermedad; lo cuál implica áreas como el manejo del estrés y trabajo con pacientes y médicos para ayudarlos a afrontar mejor sus enfermedades y recuperar su salud más rápidamente, o en el caso de las enfermedades crónicas que los pacientes funcionen lo mejor posible en la fase de su tratamiento.

3) Factores asociados al desarrollo de enfermedades. Esta área se basa en que el estrés es el causante principal de las enfermedades físicas de las persona.

4) Y por último está lo referente al sistema de salud y la formación de nuevas políticas de salud.

En 1978 la APA reconoce como nueva disciplina a la Psicología de la salud y varios factores influyeron para su definición. Uno de ellos era cambiar la prevalencia de infecciones, agentes causales para determinar múltiples enfermedades crónicas, muchas de ellas causadas por estilos de vida insalubres; otro factor era el elevado costo de atención en salud y el último factor es el énfasis que tomó a lo que se le llama calidad de vida (Feuerstein, Labbé, Kuczmierczyk, 1986). Esto permite a la investigación formal ocuparse de temáticas que atañen a enfermedad y salud para acercarse y producir resultados específicos que apoyen el bienestar del individuo.

Es indiscutible que las enfermedades crónicas se han incrementado alarmantemente y para muestra tenemos que entre las primeras causas de morbilidad están aquellas enfermedades crónicas, es decir, las enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y renales, neoplasmas malignos y diabetes mellitus. Todos estos problemas requieren una aproximación desde dónde estudiarlos y entenderlos, a dónde conceptualizarlos, especialmente se precisa hacer énfasis en las enfermedades que son resultado de los estilos de vida de las personas, como es el fumar, ingerir bebidas alcohólicas en

exceso, el no hacer ejercicio. Evidentemente, lo que sería ideal es el cambiar los estilos de vida inadecuados que están provocando este tipo de enfermedades crónicas, y esto hay que iniciar a hacerlo ahora para que en las generaciones futuras estas enfermedades ya no existan.

El mundo de la prevención posee un gran poder y potencial para eliminar algunas enfermedades y reducir el impacto de otras (Morof, Larsen, 1998).

La investigación de la psicología de la salud podría arrojar resultados que apoyaran, con bases firmes y dentro de un contexto adecuado, además de a un mejor tratamiento a pacientes que padecen enfermedades crónicas a reformas educativas en pro de una mejor calidad de vida y salud.

Pero se debe recordar que precisamos estar conscientes de que las enfermedades crónicas están en nuestra sociedad y en un porcentaje muy alto, y que cuando hay un diagnóstico de enfermedad crónica, hay que gestionar procedimientos que puedan emprender una intervención biológica, social y psicológica que contengan los procesos por los cuáles pasa una persona en su enfermedad, reduzcan el dolor, y faciliten la activación de conductas de afrontamiento en lo que se refiere al paciente y también a sus familiares (Feuerstein et. Al, 1986). Es aquí en donde entra la disciplina de la Psicología de la Salud.

Hay que señalar dentro de las enfermedades crónicas que la calidad de vida de los pacientes se ve disminuida debido a los síntomas físicos que

produce su enfermedad, en la enfermedad pulmonar obstructivo crónica por ejemplo, los pacientes tienen que pasar mucho tiempo en cama, tienen que inhalar oxígeno de un tanque, lo cuál es evidentemente incómodo para ellos, se les complica hasta su aseo personal y alguien de su familia tiene que ayudarlo. El problema es real, tangible, la presencia abrupta de un diagnóstico positivo a enfermedades crónicas es un parteaguas en las vidas de paciente y familiares. De pronto se debe cambiar de ritmo, planear y desarrollarse lo mejor posible dentro de las condiciones adversas en las que se encuentran.

Todos estos factores por supuesto que inciden en su calidad de vida y en la de las personas que deben cubrir el rol de proveedor de cuidados. Ellos deben enfrentarse a numerosas dificultades, pueden sentir de cierta manera un aislamiento social y se enfrentan a encontrar la manera más adecuada de combinar y balancear el rol de cuidador con sus otras actividades cotidianas, y aunque hay quien está dispuesto a cargar con ese peso también hay quien decide no hacerlo y confina a especialistas o instituciones, dejando como interno al paciente, para que el problema de el paciente no les cause un efecto negativo en la calidad de sus vidas.

También es importante recordar que las enfermedades crónicas usan un coste adicional en los servicios de salud, ya que las personas enfermas necesitan utilizar estos servicios frecuentemente y esto es un gasto para ellos, sus familiares o su seguro médico y consecuentemente para el gobierno, máximo representante de nuestra sociedad.

CAPÍTULO II

AFRONTAMIENTO, EMOCIONES, CREENCIAS

El Afrontamiento es un subconjunto de actividades adaptativas personales y situacionales que implican un esfuerzo por parte del individuo para mediatizar la realidad (Romero, Meda, 1999). Esto es, la forma en que la persona enferma "reacciona" ante la enfermedad, la conducta que tenga ante esto.

Los individuos suelen utilizar el afrontamiento cuando se presenta ante ellos un suceso que provoca estrés (Basabe, Valdoseda, Páez, 1993), como podemos referir el caso de un diagnóstico de enfermedad crónica, ya que el diagnóstico sería un evento notoriamente estresante dentro de la vida de la persona pues pasa a tener desde ese momento el rol de paciente, motivo que también sería un evento estresante para su familia, pues este tipo de

enfermedades desencadenan una serie de reacciones y cambios en distintos ámbitos.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los primeros teóricos del afrontamiento encontraron 2 dimensiones, que comprenden 2 clases separadas, estas son, el afrontamiento enfocado a la emoción que tiene que ver con la descarga de las emociones; y el afrontamiento enfocado al problema, el cuál consiste en los esfuerzos de alterar la situación problemática por parte de la persona, que incluye búsqueda de información, planear soluciones para afrontar el problema; Lazarus et al. (en Livneh, 2000) describen el proceso de afrontamiento en dos fases:

- A) **Apreciación primaria, que refiere a un juego de cogniciones acerca de la importancia o impacto del evento estresante del individuo**
- B) **Apreciación secundaria, que refiere a un juego de cogniciones con respecto a la disponibilidad de recursos u opciones (por ejemplo, habilidades del afrontamiento) por tratar la situación estresante.**

Manne (2003) menciona que en el contexto de riesgo de enfermedad, y los resultados que ella tiene, el rol del afrontamiento de la adaptación psicológica a la enfermedad ha recibido una importante atención; fue explorado por Lázarus y Folkman en su Teoría de Estrés y Afrontamiento en 1984, ellos crearon el Paradigma de Estrés y Afrontamiento, y la definición mas aceptada de afrontamiento.

Ellos definen al afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales para mejorar los eventos disruptivos que utilizan las personas para adaptarse, de acuerdo a ellos, el afrontamiento es una respuesta a una serie dinámica de transacciones entre el individuo y el medioambiente con el propósito de regular el estado interno y/o alterar las reacciones del medioambiente; su teoría postula que las emociones estresantes y el afrontamiento están asociadas con cómo las personas se perciben o perciben su relación con el medioambiente.

Por componentes del proceso de afrontamiento se pueden comprender los siguientes:

1)Apreciación de poseer ganancia o perdida por el estresor, lo cual es muy importante para determinar el afrontamiento;

2)Apreciación del grado de control sobre el estresor, es un determinante para seleccionar las estrategias de afrontamiento;

3)Evaluación de las personas del resultado de sus esfuerzos de afrontamiento y sus expectativas para afrontar sus esfuerzos futuros con el estresor.

Estos juicios de evaluación llevan a cambios en los tipos de afrontamiento empleados. En suma, estos juegan un rol determinante en la adaptación psicológica de las personas que tienen alguna enfermedad.

Para Lazarus y Folkman (1984); el afrontamiento se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que las personas desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes. Esto nos indica que el afrontamiento es un proceso que cambia de acuerdo a las demandas presentadas a la persona por el medio ambiente; y se da en condiciones de estrés psicológico que requieren la movilización de la persona, así el afrontamiento se da como un esfuerzo para manejar las demandas, esto independientemente si ellas funcionan o no.

Lazarus y Folkman proponen las siguientes dimensiones de afrontamiento (en Basabe, Valdosedá y Páez 1993):

Afrontamiento directo o confrontación: La persona describe utilizar esfuerzos agresivos para tratar de alterar la situación y tiene cierto grado de hostilidad.

Distanciamiento: La persona se esfuerza para distanciarse de su problema.

Autocontrol: La persona es capaz de autorregular sus sentimientos y acciones ante la presencia del estresor.

Búsqueda de apoyo social: Esta dimensión implica que la persona realiza esfuerzos para buscar ayuda tanto de información sobre su problema, emocional y práctica.

Aceptación de responsabilidad: La persona reconoce su rol en lo que se refiere a su problema e intenta solucionarlo.

Escape/evitación: La persona intenta evitar su problema cognitiva y conductualmente. La diferencia entre distanciamiento es que aquí trata de evitarlo pero no se despega del problema.

Resolución, planificación de problemas: La persona realiza esfuerzos deliberados sobre el problema con el propósito de resolverlo.

Reevaluación positiva: La persona trata de encontrar puntos positivos a la situación.

Ahora bien, el afrontamiento como proceso tiene tres aspectos; el primero tiene que ver con lo que la persona realmente piensa o hace contra lo que generalmente haría; el segundo; hay que recordar que lo que la persona dice o hace es analizado dentro de un contexto específico, esto es, el afrontamiento va dirigido hacia una condición en particular, es así que se debe conocer lo que la persona debe afrontar, y asociar lo que la persona debe afrontar y en que entorno se encuentra. Tercero, el afrontamiento implica un cambio en los pensamientos y acciones que son consecuencia de las evaluaciones y reevaluaciones de la relación persona - medioambiente.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
 Carver, Sehller y Weintraub en 1989 proponen y describen las siguientes[®]
 dimensiones de afrontamiento:
 DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Afrontamiento Activo: Se refiere a la forma o conducta activa que la persona tiene hacia el estresor para poder cambiarlo, evitarlo o mejorar sus efectos.

Planificación: Se refiere a la forma de pensar de la persona sobre cómo luchar contra un estresor.

Supresión de actividades competitivas; en esta dimensión lo que sucede es que la persona, se centra exclusivamente en enfrentar el estresor y deja a un lado las demás actividades de su vida para evitar distraerse en ellas.

Autocontrol y contención: en el cuál la persona se esfuerza en esperar el momento adecuada para actuar ante el problema.

Búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales: es cuando la persona busca información y ayuda para tratar de resolver su problema.

Búsqueda de apoyo social por motivos afectivos: aquí la persona busca el soporte moral de otras personas, simpatía o comprensión.

Reinterpretación positiva y crecimiento: es cuando la persona busca el lado positivo del problema.

Aceptación: la persona acepta la realidad del evento estresante.

Afrontamiento religioso: la persona se evoca a la religión ante la aparición del suceso estresante.

Focalizarse y ventilación de emociones: la persona se focaliza en el suceso estresante con el fin de posteriormente expresar sus sentimientos y emociones ante éste.

Negación: La persona niega que exista el evento estresante.

Descompromiso conductual: la persona reduce sus esfuerzos para manejar el evento estresante y disminuye las posibilidades de resolverlo.

Descompromiso mental: La persona se distrae del estresor realizando diversas actividades a la vez.

Descompromiso mental mediante alcohol y drogas: la persona ingiere estas sustancias para tratar de olvidar su problema.

El afrontamiento está conformado por procesos cognitivos; podemos referir la intelectualización, represión, supresión; y por conductas de solución de problemas, las cuáles son utilizadas para reducir la ansiedad así también diversos estados emocionales negativos.

Cada persona utilizará distintas formas de afrontar su enfermedad y esto tendrá como función ayudar al paciente a adaptarse a su enfermedad, las variables son muchas, sin embargo el afrontamiento se refiere a un proceso que debe tomarse .

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Es importante saber que cada tipo de afrontamiento está estrechamente ligado a distintos estados emocionales, Lazarus y Folkman en 1988 (en Basabe y cols. 1993) lo explican diciendo que ante la presencia de determinado tipo de emoción es mas probable que la persona utilice cierto tipo de afrontamiento y no otro; por ejemplo, encontraron que el tipo de afrontamiento de resolución de problemas tenía un efecto positivo ante la respuesta emocional y que el

afrontamiento directo y el distanciamiento tenían efecto negativo en las respuestas emocionales de los jóvenes.

Otro factor que incide en el afrontamiento es el tipo de estresor que tiene que enfrentar la persona, así, el afrontamiento de evitación es más efectivo ante los eventos que no se pueden modificar que el afrontamiento activo.

El tipo de afrontamiento activo es una variable que interviene en los procesos de adaptación del paciente y juega un papel importante en el tiempo de su supervivencia (Ibañes, Rosbundo, 1993).

Otro factor importante en lo que se refiere al afrontamiento son sus funciones y estas están dadas de acuerdo al tipo de afrontamiento; las funciones del afrontamiento son solucionar el problema, regular las emociones, proteger la autoestima, y manejar la interacción social (Basabe y cols. 1993).

Ahora bien, en cuanto a la efectividad del afrontamiento, se ha encontrado en algunas investigaciones como en la de Suls y Fletcher (en Basabe y cols. 1993) que el afrontamiento activo tiene efecto positivo a largo plazo; que el afrontamiento de evitación, tiene un efecto positivo a corto plazo y que además es efectivo cuando el evento estresante no puede ser modificado por la persona.

Variables que inciden dentro del Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1984), describen como es que dependiendo cuantos recursos tengan las personas y las formas en que los utilicen es la forma en que se dará el afrontamiento; así que ellos describen algunas categorías principales de los recursos para el afrontamiento, los cuales son: a) la salud y la energía, b) las creencias positivas, c) técnicas para la resolución de problemas, d) habilidades sociales, e) apoyo social, f) recursos materiales y económicos.

La salud y la energía tiene que ver con el estado de salud físico o bienestar de la persona, se piensa que es más sencillo actuar rápidamente ante una situación estresante cuando la persona se encuentra sana que cuando se encuentra enferma.

Las creencias positivas tiene que ver con la forma en la que la persona se ve a si mismo de forma positiva, esto tiene que ver con las creencias positivas y la esperanza, que ayudan a las personas a afrontar sus problemas en las condiciones más adversas.

Las técnicas para la resolución de problemas tiene que ver con las habilidades que tiene la persona para conseguir información, analizar las situaciones, examinar diversas alternativas, predecir opciones para encontrar los resultados que se desean, y elegir un plan apropiado para resolver el problema.

Las habilidades sociales, son un importante recurso en el afrontamiento ya que la actividad social juega un rol muy importante dentro de la sociedad; las habilidades sociales son la capacidad que tiene una persona para comunicarse, de actuar con las demás personas de forma adecuada, aumentar la capacidad de atraer apoyo.

El apoyo social, tiene que ver con las interacciones que ocurren en las relaciones sociales y la forma en que las personas evalúan su calidad. (Schafer y Rossiter, 2002). Lazarus y Folkman, (1984) distinguen tres tipos de apoyo social, el primero es el apoyo emocional y este incluye el contar con alguien y poder confiar en ella, lo cuál ayuda a la persona a sentirse cuidado y amado por alguien; el apoyo tangible abarca la ayuda tangible, monetaria, facilitar un empleo, prestamos de dinero, ayudar a cuidar al enfermo; y el apoyo informacional, incluye lo que es proporcionar información, avisar de algo, revisar y facilitar el conocimiento de los resultados de las conductas de la persona.

Los recursos materiales y económicos aumentan las opciones de afrontamiento ya que ayudan a conseguir ayuda médica o de cualquier otro tipo; sin embargo, el estilo de afrontamiento es relativo a la percepción de estrés y las consecuencias. Las características de personalidad afectan el proceso de afrontamiento por influenciar cómo la situación es apreciada y por la influencia a las capacidades y estrategias de afrontamiento de las personas (Pruchno y Resch 1989).

La manera en la que el paciente afronta las enfermedades y sus implicaciones juega la mayor parte un ajuste a la enfermedad; Sidell (1997) menciona que la última meta para una persona que ha sido afectada por enfermedades crónicas es (de hecho) ajustarse y adaptarse a la enfermedad, esto para poder vivir con la mejor calidad de vida posible a pesar de su enfermedad, esto es, la persona debe de aceptar su condición, cambiar sus hábitos diarios para mejorar su calidad de vida y seguir todas las recomendaciones de su médico tanto en lo referente a sus conductas como a la ingesta del medicamento prescrito por él.

La calidad de los síntomas e interpretación de síntomas son los mayores determinantes del tipo de afrontamiento. Cuando los síntomas son severos, incluso si ellos son de duración corta, las personas esperan sentir diestres emocional más intenso, y se anticipa entrando en una gama más amplia de conductas de afrontamiento informal y formal (Prohaska, Keller, Leventhal, Leventhal, 1987).

Los familiares se pueden sentir socialmente aislados y encuentran difícil combinar el rol de cuidador con otras responsabilidades como ver a los demás familiares. El brindar cuidados puede tener grandes implicaciones financieras, en especial para familias de bajos recursos.

Las parejas de los pacientes encuentran en la dependencia física y cognitiva un bajo déficit de comunicación. Los esposos tienen la idea de que su pareja está bajo el supuesto "ya no es la misma persona", lo que los hace actuar diferente a ellos también (Ress, Boyle, McDonagh, 2001).

Lazarus y Folkman (1984) piensan que una persona nace en un lugar teniendo ya un escenario lleno de valores, creencias, compromisos y objetivos y son estos los que fundan una base para crear una emoción, determinada y hacen que la persona responda a ciertas facetas de la situación particular en la que se encuentra.

Pero cabe señalar que lo anterior por si mismo no crea la emoción automáticamente, sino que estas variables deben hallarse comprometidas en la interacción que establece el sujeto con su medio ambiente, de tal manera que la emoción consiguiente depende de la forma en que la persona construya la situación particular.

Para Lazarus y Folkman existen requisitos fundamentales que debe tener una teoría cognitiva de la emoción y estos coinciden con aquellos que son apropiados para una teoría cognitiva del estrés, el afrontamiento y la emoción, tales aspectos incluyen dos tareas principales que son especificar las

actividades cognitivas y de afrontamiento que hacen posible la traducción emocional de la interacción con el medio para incorporar los cambios que ha habido en tal interacción y las posteriores, la otra tarea es pasar de la descripción a la determinación de las causas y consecuencias, especificando las variables bajo las cuáles se efectúa la evaluación y la forma en que se encuentran relacionadas funcionalmente con la persona, los antecedentes causales de la situación, los procesos por los que se tienen o se está pasando y los resultados de estos; además hay que considerar cómo son, cómo se desarrollan y cambian a lo largo de la vida las características individuales de las

personas ya que estas son importantes en la forma en que las personas van a reaccionar ante las diferentes situaciones.

Las cogniciones y las emociones no están separadas, sino que mas bien se encuentran vinculadas, así, la cognición es una condición necesaria para la emoción, estas tienen una causalidad bidireccional; esto indica que la emoción afecta a la cognición y la cognición a las emociones; la dirección va a depender de el punto en que entre la condición que se esté desarrollando; Lazarus y cols. (1984) apoyan el modelo de la relación cognición – emoción, ellos indican que la relación de estas variables parece empezar con el pensamiento, continuar con la emoción y seguir de nuevo con el pensamiento, así en cierto sentido la cognición determina la emoción; sin embargo en algunas ocasiones la secuencia comienza por la emoción, y le sigue por la cognición y así la emoción determina la forma de pensamiento que se va a dar en la persona.

Se sabe que los procesos de afrontamiento cognitivo dirigidos a regular los sentimientos como el aislamiento, la intelectualización y el distanciamiento ocasionan una disociación entre el pensamiento y los sentimientos; la evitación y la negación ayudan a las personas a evitar las implicaciones emocionales de un evento determinado.

Creencias

Las creencias son emociones preexistentes de la realidad y sirven como lente perceptual para percibir la realidad del individuo dentro de la sociedad y estas sirven como impulso a las personas para realizar determinada conducta (Lazarus, Folkman, 1984). Las creencias determinan la realidad de cómo son las cosas en el entorno o medio ambiente del individuo y modelan el entendimiento de su significado.

Las creencias actúan generalmente en un nivel implícito y así determinan la percepción de la persona en la relación con su medio, por esto generalmente no se toma conciencia de su influencia sobre la evaluación de los eventos o conductas a realizar, pero su efecto sí se logra hacer tangible cuando se da la circunstancia para que determinada creencia se pierda súbitamente o cuando la creencia preexistente es reemplazada por una nueva creencia muy distinta o

contraria a la anterior; cuánto más difiere el nuevo sistema de creencias del antiguo más se pondrán de manifiesto los elementos por los que influye la evaluación (Lazarus, Folkman, 1984).

Existen dos categorías relevantes en el proceso de evaluación, estas son las creencias que tienen que ver con el control que la persona cree tener sobre los acontecimientos y las creencias existenciales como por ejemplo la creencia en Dios; las creencias sobre el control personal tienen que ver con que las personas confíen en su poder de dominio sobre el entorno o al contrario, temen

resultar dañados y así las evaluaciones sobre el contexto serán de amenaza o desafío.

Entonces, las creencias de control personal se refieren a la sensación de dominio y confianza y estas pueden ser formas generalizadas de pensamiento o expectativas específicas de una situación; las creencias generales se refieren al grado en que la persona asume que puede controlar los acontecimientos y situaciones importantes, a esto es a lo que le llaman locus de control interno cuando la persona cree que los acontecimientos son resultado de su propia conducta y locus de control externo cuando cree que depende de otro factor que no es él mismo como la suerte, casualidad, destino (Lazarus, Folkman, 1984).

Por otra parte, las creencias existenciales funcionan como ayuda a las personas a mantener la esperanza y a buscar significado a la vida, estas creencias se refieren a aquello que la persona piensa que es real o verdadero.

Pasando al campo de el estudio de las creencias de la salud y la enfermedad se puede decir que estas se dan bajo algunos aspectos los cuáles se enumeran a continuación:

1. Actitud ante la enfermedad la cuál podemos comprender cuál tendencia valorativa - evaluativa adoptada por los individuos ante este tipo de hechos.
2. Respuesta emocional ante la enfermedad o las diversas emociones que le puede suscitar el proceso entre las que están, desesperanza, miedo, ira, tristeza.

3. Atribución causal de la salud y la enfermedad; esto es la forma en que la persona enferma ha dado significado a la enfermedad y por la cual explica su causa.
4. Estereotipos de la persona enferma; son las características que las personas, la sociedad, la familia, imputan a el enfermo.
5. Forma de control de la enfermedad; son los métodos elegidos y realizados por el enfermo con la finalidad de evitar y en su caso resolver o sobrellevar la enfermedad.
6. Forma de afrontar la enfermedad; estrategias específicas o métodos predeterminados que los enfermos emplean para remediar la enfermedad (Álvarez, 2002).

Además hay que agregar que las creencias de la salud y la enfermedad tienen un origen social desde el punto de vista en que surgen de las relaciones sociales y de la información que circula en el contexto, su función es social.

Las creencias se van formando en el curso de la vida de las personas como resultado de las experiencias vividas directamente por ella o por observación de los fenómenos, (Rodríguez, 1995) en este caso podría ser una enfermedad crónica como la Enfermedad pulmonar obstructivo crónica; o también pueden ser aprendidas de forma indirecta dando por verdadero la información de fuentes que considera confiables, además de las inferencias que se hacen a partir de el repertorio de creencias, por ejemplo, en el caso del cáncer, las

personas creen que el ser diagnosticados con esta enfermedad es sinónimo de muerte debido a lo aprendido en la sociedad en general sobre este tema.

Las creencias tienen un papel importante para llevar a cabo una conducta, esto tiene que ver con la medida en que la persona pueda controlar o no las consecuencias que la conducta llevada a cabo produzca y la creencia sobre su capacidad de ejecutar o no el comportamiento (Rodríguez, 1995).

Como un ejemplo de creencias de enfermedades crónicas se puede mencionar un estudio realizado por Camacho y Anarte en el 2003, realizado con 214 pacientes con dolor crónico en donde encontraron que las creencias que los pacientes tienen con respecto a el control sobre el dolor influye en la percepción de intensidad del mismo, a mayor creencia de control del dolor menor es su intensidad y a mayor creencia de indefensión, mayor es el uso de autoafirmaciones de catastrofismo; también encontraron que dependiendo de las creencias que tenían los pacientes sobre el dolor, era el tipo de estrategia cognitiva que usaban para afrontar; así ellos concluyen que la intensidad del dolor se determina por las creencias que tiene el paciente sobre el dolor.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPÍTULO III

ENFERMEDADES CRÓNICAS.

La cronicidad es un estado de malestar a largo plazo producida por enfermedad o deshabilidad y requiere intervención médico social después de un largo periodo de tiempo esto afecta muchos aspectos de la vida individual.

La sociedad suele ser indiferente de los esfuerzos que una persona con enfermedad crónica realiza para sobrevivir (Morof, Larsen, 1998) .

Idealmente la vida es activa, llena y prolongada y termina a una velocidad decreciente con la muerte, pero la mayor contribución en los Estados Unidos de América concierne a estados de enfermedad crónica (arterosclerosis, y cáncer)

esto causa condiciones de enfermedad a largo plazo y ocasiona que los estilos de vida sean modificados.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Una enfermedad crónica en la que se ha estado investigando es el cáncer y se puede mencionar las primeras investigaciones realizadas con enfermos de Cáncer son en los años setentas, Livhne, (2000) menciona como ejemplo la investigaciones realizadas por Weisman que se enfocó en documentar la frecuencia del uso y el rol jugado de los mecanismos de defensa en la adaptación de la enfermedad; estas investigaciones se enfocaban en el

mecanismo de defensa de reducción del estrés, contener el temor a la muerte, al dolor y a la desfiguración; las investigaciones mas recientes sobre afrontamiento se han hecho en personas sanas con vida estresante en general. Existen dos líneas de investigación en cuanto a esta área: a) Jerarquías de estilos de afrontamiento b) Estrategias de afrontamiento intermedio.

Las necesidades de el paciente aumentan notoriamente al paso de el tiempo, las enfermedades crónicas causan estragos irrevocables en el estado físico, dañan las relaciones sociales y familiares hasta el punto de convertirse en el foco de una problemática social dado la alta inferencia en la vida de las personas.

Ante la situación de las enfermedades crónicas como el EPOC el paciente suele responder con diversos mecanismos de defensa como el aislamiento social algunas veces es involuntario, es consecuencia de la necesidad de reposo u hospitalización.

La pérdida de independencia es potencialmente devastaste para cualquier persona. La confusión, retraimiento y desorientación son resultados sumamente comunes (Morof, Larsen, 1998).

El uso de servicios médicos varía dependiendo del sexo, edad, clase social o recursos económicos, pero sobre todo depende de los niveles de avance de la enfermedad. Así en la EPOC avanzado los pacientes tienen que recurrir a la hospitalización en grado de urgencia de manera continua.

La sociedad ve a la enfermedad larga como debilidad, coloca a los individuos con enfermedades crónicas en desventaja en comparación con los

pacientes con enfermedad aguda y las personas sin enfermedad, los estereotipan como una persona que ya no puede tener habilidades para trabajar, la consideran una persona improductiva.

Las enfermedades crónicas son vistas por la sociedad con cierta discriminación e incluso con miedo. La sociedad suele ver al paciente con EPOC como una carga, lo que provoca un bajo estado de ánimo en el individuo, aunado a la conciencia de tener una enfermedad crónica y lo que esto implica (dolor, cansancio, dificultad para respirar, etc.) la presencia de el rechazo social se convierte en un obstáculo más en la ya difícil situación.

La dirección exitosa de enfermedades crónicas requiere un nivel alto de responsabilidad del paciente y su familia, las actitudes individuales dirigidas a la terapia específica pueden tener profundos efectos en los resultados. A forma de muy personal salida el paciente debe de afrontar, es determinante en el tratamiento que ofrece el deseo por el bienestar a un nivel de riesgo aceptable.

El retraso en el reconocimiento del impacto verdadero de la EPOC puede ocurrir porque la enfermedad se descubre en la época de la vida en que la gente comienza generalmente a modificar su ocio y actividades de recreación en la búsqueda de menos estrés.

Esta claro que hay un cierto numero de procesos de trabajo en los pacientes con EPOC que puede contribuir a la falta de el paciente para reconocer el verdadero impacto de la enfermedad hasta que está ya muy avanzada.

La mayor consecuencia de esto puede retrasar tentativas vigorosas en la cesación de el hábito de fumar. Esto es importante porque el fumar esta asociado a la pérdida en las funciones de los pulmones, ocurre además de la perdida normal relacionada a la edad.

Aunque se termine o concrete el cese de fumar las funciones de los pulmones continúan decreciendo en un cierto plazo y puede llegar al punto en el cual la restricción significativa de la actividad diaria ocurre, aunque el paciente haya parado de fumar años antes (Jones, 1995).

La investigación en las enfermedades crónicas es la llave para la evidencia cerrada que clarifica etiológicamente, tratamiento y prevención. La búsqueda sobre preguntas sobre cronicidad es causa y efecto, tiene que ser parte integral de la práctica médica (Morof, Larse, 1998).

Whitman, Merluzzi y White (1999), sugieren las siguientes fases de quien brinda cuidados a un enfermo crónico.

1) Antecedente preexistentes: dinámicas familiares y la historia personal [®] como portal al tipo de respuesta que se obtiene del cuidado.

2) Fase de crisis: es cuando una persona, repentina o gradualmente es necesitada para brindar cuidados porque existe un diagnostico médico o psiquiátrico.

Las decisiones acerca de qué se debe hacer se precisan tomar en un breve tiempo, así que de ser requerido brindar cuidados, los miembros de la familia deben hacerse cargo.

Muchos factores influyen en esta decisión: las relaciones familiares, los recursos personales de el cuidador potencial y el paciente, factores situacionales como la distancia de el paciente o la ocupación del familiar.

3) Desesperación / cansancio: La condición requiere un aumento enérgico del familiar y este puede experimentar sentimientos negativos sobre el costo personal, físico y social de la tarea.

4) Fase de aceptación: Cuando los familiares realizan completamente natural el rol de cuidador a largo plazo y cargan con los costos posibles. Ellos pueden cambiar su perspectiva de la situación y deciden pasar la responsabilidad de el cuidado a alguien mas o a una institución.

5) Gran tirón: el familiar afronta satisfactoriamente el cuidar a el paciente.

Esta fase se caracteriza por tener buenos recursos personales y sociales como las dependencias hacia la trascendencia espiritual o filosofía de vida.

En muchas de las familias con enfermos, la enfermedad tiende a dominar la vida de la familia y sobrepasa la identidad familiar. La meta de los grupos de apoyo familiar es ayudar a las familias a balancear las necesidades del enfermo con las necesidades de la familia, colocando la enfermedad en el lugar apropiado dentro de la vida de la familia.

El apoyo social y familiar ha sido dividido en diferentes tipos: Instrumental, informacional, emocional y un sentido de correspondencia (Cohen y Syme, 1985). El apoyo instrumental es la provisión actual de servicios o cuidados proveídos por miembros de la familia, el apoyo informacional envuelve usualmente dar información relacionada a la salud o avisar noticias para el cuidado médico, el apoyo emocional es el mas importante e influyente en el tipo de apoyo proveído por la familia.

El apoyo emocional, es proveído por un buen escucha, empático, y hace sentir que se es amado y protegido. Obviamente hay diferencia entre las categorías. La investigación sugiere que el apoyo emocional es la mas importante influencia en los resultado para la salud (Kiecolt, Glaser, Newton, 2001,). Esto sugiere que no es posible reemplazar el apoyo familiar por servicios que proveen sólo apoyo instrumental o informacional.

Las relaciones familiares negativas u hostiles tienen una fuerte influencia en la salud; tanto como el apoyo de relaciones positivas.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPÍTULO IV

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVO CRÓNICA

Se entiende por Enfermedad Pulmonar obstructivo Crónica a un grupo de enfermedades que tienen como sintoma común una dificultad para expulsar el aire de los pulmones, a lo cuál se le llama Obstrucción Espiratoria (Posadas, Mateos, 1994).

Las enfermedades que se agrupan en esta denominación son las siguientes:

Bronquitis Crónica: Esta enfermedad es resultado de la inflamación e hinchazón crónica de las células que revisten los bronquios, esta inflamación causa un exceso de moco y al hincharse disminuye la capacidad de los

bronquios, lo cuál hace que sea difícil respirar. También puede suceder que los pulmones se infecten con mas facilidad, y en caso de que las infecciones se den a menudo, pudiera ocurrir un daño pulmonar; las vías respiratorias se podrían dilatar permanentemente, esto es, se daría una bronquiectasis, o también podrí ser que los alvéolos se cicatrizaran, lo cual sería una fibrosis.

Enfisema Pulmonar. En esta enfermedad los alvéolos se van rompiendo y un gran saco reemplaza a estos, así, la cantidad de alvéolos disminuye y los demás se agrandan y quedan menos elásticos, por lo tanto el paciente tendrá elasticidad reducida en sus pulmones.

Asma: En esta enfermedad, los músculos de los bronquios se contraen, por eso los bronquios se estrechan, esto es debido a un irritante que puede ser bien un alérgeno o sustancia a la cuál es alérgico el paciente (Moser, Et al. 1994).

Estas enfermedades se desarrollan en forma diferente, pero sus síntomas y algunos tratamientos son los mismos para ellas, además de ser un grupo de enfermedades que se caracterizan por tener obstrucción del aire.

Datos de la Secretaría de Salud (2001), muestran que la Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica fue la Sexta causa de muerte en dicho año a nivel Nacional, con un total de 15,944 fallecimientos. En las mujeres, es la quinta causa de muerte, muriendo en el año 2001 6,861; 96 mujeres en Nuevo León, 99 mujeres en Tamaulipas, y 90 mujeres en Coahuila. En cuanto a los hombres, es la séptima causa de muerte; en Nuevo León murieron 279, en Tamaulipas 192 y en Coahuila 184.

En Estados Unidos, la Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica afecta a millones de personas, causó el 5.6% de las muertes en este país y fue responsable de la muerte de 3 millones de personas en el mundo.

Además, las enfermedades respiratorias, en especial la enfermedad pulmonar obstructivo crónica, fue en E.U. la tercera causa de faltas al trabajo y fue la cuarta causa de deshabilitación, desordenes neuropsiquiátricos, enfermedades cardiovasculares y cáncer. En el año de 1996 hubo 14.2 millones de personas afectadas por bronquitis y 1.8 millones de personas afectadas por enfisema, la prevalencia de personas afectadas en ese año con bronquitis fue de 53.5 personas por cada 1000 y 6.9 personas por cada 1000 con enfisema y esto sólo en Estados Unidos; esto indica un aumento en esta enfermedad en un 57% del año 1979-1981(Strassels, Smith, Sollivan, Mahajan, 2001).

En Inglaterra se estima que cada año 25,000 personas mueren de Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica (Seamark,. Blake, Halpin, 2004).

La alta prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructivo crónica es más

alta en mujeres que en hombres, siendo más común en mujeres la bronquitis crónica y en los hombres el enfisema.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

De lo anterior se denota que es un grave problema que afecta no sólo al enfermo, sino también a su familia y a la sociedad ya que esto incide en los recursos medios, en la vida diaria de la persona, productividad en el trabajo, estado de salud percibido y actividades personales del enfermo como bañarse por sí mismo.

Así, el tener enfermedad pulmonar obstructivo crónica, afecta la estabilidad económica de la familia, sobre todo si este no tiene gastos de servicios médicos. Strassels et. al, en el 2001 hicieron un estimado de los gastos de estos enfermos en un año (1987), y encontraron que gastaban aproximadamente \$226,415,000dls. entre admisiones al hospital, medicamentos, visitas clínicas y visitas de emergencia; este estudio lo hicieron con personas no institucionalizadas, esto es, personas que no tienen gastos médicos, y no contaron los gastos que producía una persona institucionalizada como son por ejemplo los veteranos y personas pertenecientes a otras instituciones quienes aumentarían considerablemente esta suma en su caso.

La enfermedad pulmonar obstructivo crónica es una causa frecuente de morbilidad, en esta enfermedad, las personas se vuelven muy débiles, sobre todo en los estados mas avanzados (Miravitalles, Álvarez, Lamarca, Ferrer, Masa, Vereza, Ralacain, 2002).

La enfermedad Pulmonar obstructivo crónica (EPOC) es una condición progresiva; es caracterizada por una obstrucción de las vías respiratorias y discapacidad irreversible de las funciones pulmonares. No existe una cura para el EPOC y los efectos del EPOC de la vida diaria y las funciones día a día pueden ser profundas cuando el EPOC es grave, regularmente la autoadministración de terapia de oxígeno puede ser requerida.

154536

El diestrés psicológico y morbilidad psiquiátrica frecuentemente se encuentra en la EPOC y otras enfermedades respiratorias. El desorden de pánico es particularmente común, los niveles de ansiedad suelen ser altos en la EPOC y los diagnósticos de desorden de ansiedad como lo es el pánico pueden ser frecuentes (Smith, Cooper, Wallace, 2002); por ejemplo, en una investigación realizada por Blake y cols en el 2004, encontraron que los pacientes con Enfermedad pulmonar obstructivo crónica refieren tener disnea progresiva asociada a fatiga, miedo y ansiedad hacia la disnea y además la disnea la asocian a la pérdida de peso y a anorexia, por otra parte, estos pacientes también reportan pérdidas a actividades previas como el trabajo, tareas en el hogar y el jardín, deportes, vida social, sentimiento de pérdida de oportunidad de convivencia familiar e interacción con hijos y nietos; ellos también relatan las dificultades adaptativas relacionadas con problemas económicos, iniciando con la incapacidad para adaptarse a una vida sedentaria o a compañía aburrida; por si esto fuera poco describen otros síntomas como depresión, frustración de las múltiples terapias médicas, las normas de medicación y de la influencia dominante de las largas terapias de oxígeno que tienen que tener.

Otro problema que tienen los pacientes con enfermedad pulmonar obstructivo crónica es la mala alimentación, la cuál es muy común en ellos, y algunas veces la mala alimentación es muy severa, sobretodo cuando la enfermedad está muy avanzada.

Es posible que la mala alimentación sea causa de un mayor deterioro en los pacientes debido a la relación que existe entre la nutrición y la inflamación (Ferreira, Brooks, Lacasse, Goldstein, 2002). Esto es debido a que el paciente al no estar bien alimentado tiene una baja capacidad para realizar ejercicio, además la mala alimentación disminuye la masa diafragmática asociada al endurecimiento de los músculos respiratorios. Algunos investigadores como Ferreira et al. sugieren que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructivo crónica deben llevar además de su medicamento un suplemento calórico y sustancias anabólicas como por ejemplo esteroides, y así ellos puedan tener una mejor capacidad de realizar ejercicio la cuál pueda reflejarse en su calidad de vida.

Los pacientes con EPOC no solamente viven con una función pulmonar permanentemente reducida, ellos también pueden esperar un aumento en la inhabilidad a través del tiempo y una reducción de su vida.

Durante el último año de vida los pacientes presentan dificultad para respirar, debilidad o fatiga durante la mayoría del tiempo o casi todo el tiempo. El insomnio, ansiedad, mal humor, ataques de pánico y dolor son síntomas prominentes reportados según experiencias de los pacientes (Elkington, White, Higgs, Edmonds, 2005).

Se ha encontrado que a menor afrontamiento emocional parece haber influencias positivas en el bienestar físico y social en pacientes con enfermedad pulmonar obstructivo crónica (Scharloo, 2000; en Hesselink, Pennix, Schlösser, Wijnhoven, Windt, 2004).

En un estudio realizado por Hesselink et al en el 2004, encontraron que los pacientes con EPOC los recursos de afrontamiento psicosocial de estos pacientes, no se asocian independientemente con la calidad, pero si existe una asociación entre autoestima y calidad de vida.

Su estudio sugiere que los pacientes con EPOC con estilo de afrontamientos de evitación se relaciona con una calidad de vida pobre.

Sacarlo et al. (en Hesselink et al 2004) sugieren que los programas de intervención de estimulación directa de afrontamiento enfocado al problema podría mejorar la rehabilitación de los pacientes con EPOC por la reducción de ansiedad, y preocupación de la enfermedad; también se ha encontrado que la terapia cognitivo conductual como método de intervención puede mejorar el diestrés emocional y el estilo de afrontamiento en las enfermedades crónico pulmonares.

Tratamiento Médico de la Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica

El enfoque del tratamiento de la EPOC debe ser individualizado para cada paciente y cubrir los siguientes objetivos:

- a) Frenar la progresión de la enfermedad,
- b) Aliviar los síntomas, sobre todo la disnea,
- c) Prevenir o corregir las posibles complicaciones. Abandonar el tabaco constituye la medida más eficaz para frenar la evolución de la enfermedad.

Cuándo la EPOC es grave, con insuficiencia respiratoria crónica, la administración de oxígeno de forma prolongada aumenta la supervivencia de los enfermos, frenando, por tanto, la evolución de la enfermedad.

El alivio de los síntomas se consigue fundamentalmente con tratamiento farmacológico, induciendo broncodilatación, reduciendo la reacción inflamatoria

y facilitando la expectoración. Para prevenir complicaciones infecciosas se utilizan las vacunas antigripal y antineumocócica, y para tratarlas se emplea [®]

antibióterapia. Tratamientos especiales incluyen: a) oxigenoterapia respiratoria, bien en las reagudizaciones o de forma crónica en el domicilio en casos de EPOC grave; a) cirugía de reducción del volumen pulmonar; b) ventilación no invasiva la cuál se refiere al uso de técnicas que permiten aumentar la ventilación sin necesidad de intubación endotraqueal.

Esta técnica puede ser aplicada en dos situaciones clínicas que son las exacerbaciones o en la fase estable (Rodríguez, Ordóñez, Navarrete, Gómez, Castillo, 2002).

Se ha demostrado que el ejercitarse puede ayudar a los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica en su resistencia, disminuir la disnea mejorar su calidad de vida, y problemas psicosociales (Berrey et al, 2003 en Yang y Chen 2005).

Por otra parte podemos mencionar que también se sabe que los síntomas en el último año de vida del enfermo pulmonar obstructivo crónico son una pérdida o disminución de la respiración, o aliento además de síntomas psicológicos tales como depresión, y síntomas asociados a cáncer como es el dolor; en esta última etapa de la enfermedad, según estudios realizados con 399 pacientes con esta enfermedad (Elinkton, Addington, Higgs, Edmonds, 2005), la mayoría (95%) reciben ayuda de su familia y amigos, pero menos de la mitad reciben cuidados por la noche.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPÍTULO V

MÉTODO

SUJETOS

20 pacientes (adultos) con EPOC y 20 familiares de pacientes con EPOC (Uno por cada paciente).

Los pacientes fueron únicamente 20 debido a que los grupos de trabajo del Centro de prevención y rehabilitación pulmonar en donde se realizó el estudio, eran entre 4 y 5 pacientes por grupo los cuales duraban 4 meses aproximadamente, y había un período intermedio de tiempo mientras se reunía un nuevo grupo de pacientes, los pacientes de este centro de rehabilitación tienen como característica el ser pacientes que ya han sido tratados en sus clínicas o centros de salud correspondientes y es en este

lugar en donde buscan su última esperanza de rehabilitación; cabe mencionar que el Centro de Prevención y Rehabilitación Pulmonar del Hospital

Universitario, es único en su género en nuestro país, y a él acuden pacientes tanto de Nuevo León, como de Tamaulipas y Coahuila. Por otra parte se puede mencionar acerca de los familiares de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica a los cuáles se les aplicaron los cuestionarios en forma de entrevista, que son los cuidadores principales de los pacientes y es debido a ello que son los que acompañan a la rehabilitación médica a el paciente, es debido a esto que es a ellos a quienes se les aplicó la entrevista.

INSTRUMENTO

1. Escala de Afrontamiento de Carver, Scheier y Weintraub (1989), el cuál fue recopilado por Basabe, Valdosedá y Páez (1993) los cuáles lo sometieron a un análisis factorial con una varianza explicada por 4 factores de 51.2% con una fiabilidad de alpha de .73 para el primer factor, .47 para el segundo factor, .61 para el tercer factor y .66 para el cuarto factor; dicho cuestionario consta de 27 reactivos medidos en una escala de tipo Liker; donde 0=Nada, 1=Algo, 2=Bastante y 3=Mucho. Las preguntas son las siguientes:

Intenté informarme sobre la enfermedad para superarla mejor; concentré mis esfuerzos en hacer algo, intenté luchar contra la enfermedad; me volqué en el trabajo (labores) para olvidarme de todo, actué como si no pasara nada; acepté lo que había sucedido y me dije que no se podía hacer nada; intenté guardar para mí mis sentimientos; manifesté mi enojo a las personas que yo creo que son responsables de la enfermedad; revaloré lo que es importante en la vida; evité estar con la gente (en general); oculté a los demás lo mal que me iban las cosas; me negué a creer lo que había ocurrido; acepté la realidad de lo ocurrido; fantaseé e imaginé el momento en que podían cambiar las cosas; me sentí muy conmovida(o) afectivamente (sentimentalmente), expresé y descargué mucho mis sentimientos ante los otros; recé (más de lo habitual); aprendí

algo de la experiencia, crecí y mejoré como persona; meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evité precipitarme; hablé con alguien sobre cómo me sentía, conversé sobre mis sentimientos; traté de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión; expresé y descargue mis sentimientos y emociones; desarrollé un plan de acción (qué hacer) sobre la enfermedad y lo seguí; tomé alcohol para olvidar la enfermedad y/o pensar menos en ella; tomé tranquilizantes para olvidarme de la enfermedad y/o pensar menos en ella; hablé con alguien que tenía una enfermedad similar para saber qué hacía o hizo ella o él; dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en la enfermedad; hablé y contacté con alguien que podía hacer algo concreto sobre la enfermedad, busqué ayuda profesional; analicé mi responsabilidad en la enfermedad y me criticqué a mi misma(o) por lo ocurrido; admití que no era capaz de enfrentar o de hacer, nada ante la enfermedad y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo.

2. Listado de emociones (Álvarez 2002). El cuál fue sometido a análisis factorial por su autor y tiene una varianza explicada de 54.2% con 4 factores llamados: emociones positivas en donde se encuentran esperanza, confianza, optimismo, alegría; factor 2 denominado tristeza y miedo el cuál está integrado por tristeza y miedo; factor 3 llamado emociones negativas rabia, culpa, ansiedad; y factor cuatro nombrado resignación activa conformado por resignación y negativamente pasividad.

4. Listado de Creencias sobre la enfermedad (Álvarez 2002) el cuál tiene una varianza explicada del 56.5%

Las creencias enlistadas son: Algo que hizo; algo que dejó de hacer; simplemente una cuestión de mala suerte; no logra explicar por qué pasó lo ocurrido; cuestión de dinero; por alguna circunstancia externa a su persona.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

PROCEDIMIENTO

Los participantes del grupo de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica serán todos los pacientes que ingresen a un grupo de rehabilitación pulmonar en el Centro de Rehabilitación Pulmonar del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León (CEPREP).

Se le aplicará la escala de Afrontamiento de Carver, Séller y Weintraub (1989) a los pacientes y a un familiar.

Variables.

1. Afrontamiento
2. Emociones
3. Creencias

DISEÑO: Transversal

TIPO DE ESTUDIO: Exploratorio

MUESTRA

Debido a que los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica en una etapa avanzada están en el Centro de Prevención y Rehabilitación Pulmonar del Hospital Universitario, la muestra fue elegida incidentalmente a conveniencia.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Análisis descriptivo de la Media de edad de los pacientes y familiares

Media de edad de los pacientes

Media de Edad de los Pacientes	Desviación Estándar
63.60	16.8660

Media de edad de los familiares

Media de Edad de los familiares	Desviación Estándar
47.95	12.9146

Se realizó un análisis de frecuencia para conocer el sexo de los pacientes y los familiares.

SEXO DE LOS PACIENTES	FRECUENCIA
Masculino	11
Femenino	9
Total	20

SEXO DE LOS FAMILIARES	FRECUENCIA
Masculino	3
Femenino	17
Total	20

Se realizó un análisis factorial para observar las dimensiones de afrontamiento y posteriormente se compararon entre los pacientes y su familiar para ver si estos coincidían o no.

ANÁLISIS FACTORIAL DE PACIENTES Y FAMILIARES CON EPOC

ITEM	Factor			
	1	2	3	4
Expresé y descargué mis sentimientos y emociones	-.646			
Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas	.613			
Evité estar con la gente (en general)	.587			
Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en la enfermedad	.557			
Tomé tranquilizantes para olvidarme de la enfermedad y/o pensar menos en él.	.505			
Traté de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión	-.453			
Hablé y contacté con alguien que podía hacer algo concreto sobre la enfermedad, busqué ayuda profesional.				
Aprendí algo de la experiencia, crecí y mejoré como persona	.705			
Me volqué en el trabajo(labores) para olvidarme de todo, actúe como si no pasara nada	.628			
Analice mi responsabilidad en la enfermedad y me critiqué a mi misma(o) por lo ocurrido.	.576			
Me forcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evité precipitarme	.518			.503
Fantaseé e imaginé el momento en que podían cambiar las cosas	.493			
Redescubrí lo que es importante en la vida	.493		-.406	
Desarrollé un plan de acción (qué hacer) sobre la enfermedad y lo seguí	.466			
Acepté la realidad de lo ocurrido				
Acepté lo que había sucedido y me dije que no se podía hacer nada				-.597
Tomé alcohol para olvidar la enfermedad y/o pensar menos en él.				-.584
Intenté guardar para mí mis sentimientos				.532
Resé (más de lo habitual)	.498		.518	
Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer, nada ante la enfermedad y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo	.441		-.502	
Intenté informarme sobre el problema para superarlo mejor.			.478	
Me sentí muy conmovida (o) afectivamente (sentimentalmente) expresé y descargué mucho mis sentimientos ante lo otros				.706
Hablé con alguien sobre cómo me sentía, conversé sobre mis sentimientos	-.401			.604
Manifesté mi enojo a las personas responsables de la enfermedad				.456
Me negué a creer lo que había ocurrido				
Hablé con alguien que tenía una enfermedad similar para saber que hacía o hizo ella o él.				
Concentré mis esfuerzos en hacer algo, intenté luchar contra la enfermedad.				

Se encontraron cuatro factores, los cuáles agrupan las siguientes variables:

FACTOR 1 DENOMINADO DE EVITACIÓN:

Expresé y descargué mis sentimientos y emociones (Negativo)

Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas

Evité estar con la gente (en general)

Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en la enfermedad

Tomé tranquilizantes para olvidarme de la enfermedad y/o pensar menos en él.

Traté de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión (Negativo)

Resé (más de lo habitual)

Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer, nada ante la enfermedad y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo

Hablé con alguien sobre cómo me sentía, conversé sobre mis sentimientos (Negativo)

Con un 14.085 de varianza explicada

FACTOR 2 DENOMINADO ACTIVO:

Aprendí algo de la experiencia, crecí y mejoré como persona

Me volqué en el trabajo(labores) para olvidarme de todo, actúe como si no pasara nada

Analicé mi responsabilidad en la enfermedad y me critiqué a mi misma(o) por lo ocurrido.

Meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evité precipitarme

Fantaseé e imaginé el momento en que podían cambiar las cosas

Redescubrí lo que es importante en la vida

Desarrollé un plan de acción (qué hacer) sobre la enfermedad y lo seguí

Con un 11.942% de varianza explicada

FACTOR 3 DENOMINADO DE NEGACIÓN

Redescubrí lo que es importante en la vida (Negativo)

Acepté lo que había sucedido y me dije que no se podía hacer nada (Negativo)

Tomé alcohol para olvidar la enfermedad y/o pensar menos en él. (Negativo)

Intenté guardar para mí mis sentimientos

Resé (más de lo habitual)

Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer, nada ante la enfermedad y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo (Negativo)

Intenté informarme sobre el problema para superarlo mejor:

Con un 10.302% de varianza explicada

FACTOR 4 DENOMINADO EMOCIONAL

Meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evité precipitarme

Me sentí muy conmovida (o) afectivamente (sentimentalmente) expresé y descargué mucho mis sentimientos ante lo otros

Hablé con alguien sobre cómo me sentía, conversé sobre mis sentimientos

Manifesté mi enojo a las personas responsables de la enfermedad

Con un 9.075% de varianza explicada

Dando un total de 45.404% de Varianza total explicada.

Confiability Alpha De Cronbach de Afrontamiento .625

Se encontró que el tipo de afrontamiento de los pacientes fue en primer lugar con un 50% el afrontamiento de negación, le sigue el afrontamiento activo con un 30% y finalmente el afrontamiento de evitación con un 20%.

Los familiares emplearon el afrontamiento de negación en un 90% y el afrontamiento de evitación en un 10%.

El 55% de los pacientes y familiares coinciden en el tipo de afrontamiento, el 90% de ellos con afrontamiento de negación y 10% con afrontamiento activo.

TIPOS DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES Y FAMILIARES

PACIENTE	AFRONTAMIENTO	FAMILIAR	AFRONTAMIENTO	COINCIDEN
1	NEGACIÓN	1	NEGACIÓN	SI
2	NEGACIÓN	2	NEGACIÓN	SI
3	NEGACIÓN	3	NEGACIÓN	SI
4	ACTIVO	4	NEGACIÓN	NO
5	NEGACIÓN	5	NEGACIÓN	SI
6	NEGACIÓN	6	NEGACIÓN	SI
7	ACTIVO	7	NEGACIÓN	NO
8	ACTIVO	8	ACTIVO	SI
9	EVITACIÓN	9	NEGACIÓN	NO
10	EVITACIÓN	10	NEGACIÓN	NO
11	NEGACIÓN	11	NEGACIÓN	SI
12	NEGACIÓN	12	NEGACIÓN	SI
13	NEGACIÓN	13	NEGACIÓN	SI
14	NEGACIÓN	14	NEGACIÓN	SI
15	ACTIVO	15	NEGACIÓN	NO
16	EVITACIÓN	16	NEGACIÓN	NO
17	EVITACIÓN	17	ACTIVO	NO
18	ACTIVO	18	NEGACIÓN	NO
19	ACTIVO	19	NEGACIÓN	NO
20	NEGACIÓN	20	NEGACIÓN	SI

Se encontró que el 70% de las emociones de los pacientes al momento del diagnóstico eran negativas con un poco de positivas, y al momento de la entrevista 55% son negativas, así que estas casi no tienen cambio.

Por su parte los familiares al momento del diagnóstico reportan tener 75% de emociones negativas y al momento de la entrevista reportan un 75% de emociones positivas.

EMOCIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO Y EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

PACIENTE	DIAGNOSTICO	ACTUAL	FAMILIAR	DIAGNÓSTICO	ACTUAL
1	POSITIVOS	POSITIVOS	1	NEG. Y POS.	POSITIVOS
2	POSITIVOS	NEG. Y POS.	2	POSITIVOS	POSITIVOS
3	POSITIVOS	POSITIVOS	3	POSITIVOS	POSITIVOS
4	NEG. Y POS.	POSITIVOS	4	POSITIVOS	POSITIVOS
5	NEG. Y POS.	NEG. Y POS.	5	NEG. Y POS.	POSITIVOS
6	NEG. Y POS.	NEG. Y POS.	6	NEGATIVOS	POSITIVOS
7	NEG. Y POS.	POSITIVOS	7	NEG. Y POS.	POSITIVOS
8	NEG. Y POS.	POSITIVOS	8	NEGATIVOS	POSITIVOS
9	NEG. Y POS.	NEG. Y POS.	9	POSITIVOS	POSITIVOS
10	NEG. Y POS.	NEG. Y POS.	10	NEG. Y POS.	POSITIVOS
11	NEG. Y POS.	NEG. Y POS.	11	NEGATIVOS	NEG. Y POS.
12	NEG. Y POS.	NEG. Y POS.	12	NEGATIVOS	NEG. Y POS.
13	POSITIVOS	POSITIVOS	13	POSITIVOS	POSITIVOS
14	NEG. Y POS.	POSITIVOS	14	NEG. Y POS.	POSITIVOS
15	NEG. Y POS.	NEG. Y POS.	15	NEG. Y POS.	POSITIVOS
16	NEG. Y POS.	NEG. Y POS.	16	NEG. Y POS.	NEGATIVOS
17	POSITIVOS	NEG. Y POS.	17	NEG. Y POS.	POSITIVOS
18	NEG. Y POS.	POSITIVOS	18	NEG. Y POS.	NEG. Y POS.
19	NEG. Y POS.	NEG. Y POS.	19	NEG. Y POS.	NEG. Y POS.
20	NEG. Y POS.	NEG. Y POS.	20	NEG. Y POS.	POSITIVOS

Las emoción al momento diagnóstico tienen una confiabilidad de alpha de Cronbach de .560 lo cual consideramos moderada y al momento de la entrevista, tienen una confiabilidad de alpha de Cronbach de .369, como se puede ver la confiabilidad es muy baja.

FRECUENCIA DE EMOCIONES DE LOS PACIENTES

	DIAGNÓSTICO	ACTUAL
POSITIVOS	5	8
NEG. Y POS.	15	12
TOTAL	20	20

Esta tabla nos muestra cómo los paciente en su mayoría tienen emociones tanto negativas como positivas al momento del diagnóstico y al momento de la entrevista.

FRECUENCIA DE EMOCIONES DE LOS FAMILIARES

	DIAGNÓSTICO	ACTUAL
POSITIVOS	5	15
NEGATIVOS	3	1
NEG. Y POS.	11	4
TOTAL	20	20

Como se puede observar, la mayoría de los familiares de los pacientes con EPOC al momento del diagnóstico tienen emociones negativas y positivas a la vez y actualmente la mayoría tiene emociones positivas

El 60% de los pacientes tienen Creencia de culpa respecto a su enfermedad, y esto lo atribuyen a causas externas.

CREENCIAS DE LOS PACIENTES CON RESPECTO A SU ENFERMEDAD

PACIENTE		
1	Algo que hizo (Radiación)	1
2	No logra explicar lo qué pasó	2
3	No logra explicar lo qué pasó	2
4	Algo que hizo (Mojarme)	1
5	Otra causa (Mojarme)	1
6	Otra causa (Falta de conocimiento)	3
7	Algo que hizo	1
8	Circunstancias externas a su persona	3
9	Algo que dejó de hacer (no abrigarse)	1
10	Algo que hizo (fumar)	1
11	Otra causa (gases del trabajo)	1
12	Algo que hizo (trabajo en exceso)	1
13	Algo que hizo (Fumar)	1
14	No logra explicar lo qué pasó	2
15	Algo que hizo (Fumar)	1
16	No logra explicar lo qué pasó	2
17	Cuestión de dinero	3
18	Algo que hizo (Fumar)	1
19	Algo que hizo (Tomar gas)	1
20	No logra explicar lo qué pasó	2

Esta tabla muestra un análisis de contenido de porqué los pacientes creen tener su enfermedad, ellos mencionan en su mayoría que el estar enfermo es su culpa, pero no reportan como principal causa el tabaco, sino algunos otros motivos.

FRECUENCIA DE CREENCIAS DE LOS PACIENTES

CREENCIA	FRECUENCIA
CULPA	12
INEXPLICABLE	5
AZAR	3
TOTAL	20

La mayoría de los pacientes creen que su enfermedad es debido a su culpa.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CREENCIAS DE LOS FAMILIARES CON RESPECTO A LA ENFERMEDAD

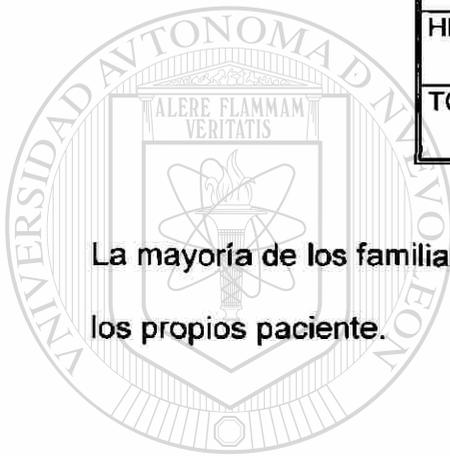
FAMILIAR		
1	Circunstancias externas a su persona (Radiación)	2
2	No logra explicar lo qué pasó	3
3	Algo que hizo (Fumar)	1
4	Algo que hizo (Fumar)	1
5	Algo que hizo (Alcohol)	1
6	Algo que hizo (Fumar)	1
7	Algo que hizo (Fumar)	1
8	Algo que hizo (Humo del trabajo)	1
9	Algo que hizo (Cocinar con leña)	1
10	Algo que hizo (fumar)	1
11	Algo que hizo (Fumar)	1
12	Algo que hizo (Fumar)	1
13	Algo que hizo (Fumar)	1
14	Otra causa (Deficiencia enzimática hereditaria)	4
15	Algo que hizo (Fumar)	1
16	Algo que hizo (Cocinar con leña)	1
17	Cuestión de dinero	2
18	Algo que hizo (Fumar)	1
19	Otra causa (Tomar gas)	1
20	Algo que dejó de hacer (Atenderse)	1

El 80% de los familiares tienen una creencia de culpa hacia los pacientes, y esto lo atribuyen a causas internas; además el 50% de los familiares creen que los pacientes se enfermaron a causa del tabaco.

FRECUENCIA DE CREENCIAS DE LOS FAMILIARES

CREENCIA	FRECUENCIA
CULPA	16
AZAR	2
INEXPLICABLE	1
HERENCIA	1
TOTAL	20

La mayoría de los familiares creen que la enfermedad es debido a la culpa de los propios paciente.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPÍTULO VII

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

En relación a el afrontamiento, se encontraron cuatro factores, los cuáles fueron denominados: evitación, activo, negación, emocional.

El tipo de afrontamiento de los pacientes fue en primer lugar con un 50% el afrontamiento de negación, le sigue el afrontamiento activo con un 30%; por otra parte, los familiares emplearon el afrontamiento de negación en un 90%. El 55% de los pacientes y familiares coinciden en el tipo de afrontamiento, el 90% con afrontamiento de negación.

Así, el presente estudio muestra que la mayoría de los pacientes y familiares tienen un tipo de afrontamiento de negación. Este resultado nos lleva a cumplir

nuestro primer objetivo.

El que los pacientes utilicen afrontamiento negativo probablemente trae como consecuencia dificultades en la adherencia al tratamiento y en su estabilidad emocional.

Los familiares afrontan a manera de negación, y esto quizás se deba a los cambios que tienen que sufrir en su rol familiar, debido a los cuidados especiales que requiere el enfermo, la pérdida de ingresos económicos y a la carga emocional de tener un enfermo crónico.

Cabe mencionar la importancia que tiene el ampliar los trabajos en torno a lo que refiere el afrontamiento, esto para hacerlo más instrumental.

En lo que se refiere a las emociones, 70% de los pacientes al momento del diagnóstico eran negativas con un poco de positivas, y al momento de la entrevista 55% son negativas; por su parte los familiares al momento del diagnóstico reportan tener 75% de emociones negativas y al momento de la entrevista reportan un 75% de emociones positivas. El reporte de estos resultados nos lleva a cumplir el segundo objetivo

En el estudio realizado por Blake y cols. En el 2004, los pacientes reportan en el momento inicial de la enfermedad respuestas mayormente negativas, después tras la reflexión emergen factores positivos.

En cuanto a las emociones podemos concluir que en los pacientes se precisa trabajar respecto a ello ya que las emociones negativas son altas en el momento del diagnóstico y en el momento de la entrevista, en cambio se observa que en los familiares hay una tendencia de cambiar sus emociones negativas en el momento que se da el diagnóstico al paciente por emociones positivas al momento de realizar las entrevistas.

Por otra parte, el 60% de los pacientes tienen Creencia de culpa respecto a su enfermedad, y esto lo atribuyen a causas externas.

El 80% de los familiares tienen una creencia de culpa hacia los pacientes, y esto lo atribuyen a causas internas.

La mayoría de los familiares tienen una creencia en lo que respecta a las causas de enfermedad de que los familiares tienen la culpa de su propia enfermedad y lo atribuye a las causas internas del paciente, como el fumar.

Es así como es importante notar que, dentro de el estudio, la mayoría de los pacientes y de sus familiares dirigen la creencia de culpa hacia el mismo paciente, lo que indica conciencia de responsabilidad, de consecuencia y en su caso remordimiento tras el diagnostico de EPOC.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN[®]
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Podemos mencionar que en este trabajo de investigación con pacientes y familiares con Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica, hemos encontrado que son muy pocos los estudios realizados sobre este tema desde psicología de la salud, la mayoría de ellos refieren a los síntomas de la enfermedad, las hospitalizaciones y su costo, y sobre todo, muy pocos incluyen a la familia, cuando pensamos que es fundamental incluirla en los estudios puesto que al vivir con el paciente también sufren cambios y son influenciados por la enfermedad del paciente, desde cambios en su rol, hasta toma nuevas obligaciones.

También coincidimos con algunos autores como refiere Andersen 1992 en Stanton, Collins, Sworowski, 2001), en que típicamente las intervenciones en

este campo incluyen el soporte emocional en la enfermedad, información acerca de la enfermedad y su tratamiento, y el entrenamiento en estrategias cognitivas y de afrontamiento es por esto que de acuerdo a lo encontrado en esta muestra de pacientes y familiares, lo primero en lo que hay que trabajar tanto en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica como en sus familiares y/o cuidadores es en el tipo de afrontamiento, ya que en su mayoría, aún estando en una fase muy avanzada de su enfermedad siguen teniendo un tipo de afrontamiento de negación.

REFERENCIAS

Álvarez, J. Estudio de las creencias, salud y enfermedad, análisis psicosocial. (2002). Trillas. México.

Basabe, N., Valdosedá, M., Páez, D., (1993). Salud, expresión y represión social de las emociones. Promolibro. Valencia, España.

Blake, D., Seamark, A., Halpin, D. (2004). Living with several chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their cares. Palliative Medicine, N°. 18 p.p. 619-625.

Buendía, J. (1999): Familia y Psicología de la Salud". Ediciones Pirámides España.

Bishop, G. (1994). Health Psychology. Integrating mind and body. Allyn and Bacon. London.

Buela Casal, G.; Caballo, V. E.; Sierra, J. C. (comps). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. (pp.873-887). España. Siglo XXI.

Camacho, L. Anarte, T. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. Psicothema. Vol. 15 n° 3. p.p. 464-470.

Carver C., Scheier, M., Weintraub, J.(1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. American Psychological Association. Vol. 56, No. 2, 267-283.

Cerrano, C. (1995). La Salud del Adolescente y el joven. Organización Panamericana de la Salud. Vol. 552. pp. 3-14. Washington, E.U.

Cohen, S., Syme, S. (1985). Eds. Social support and health. Academic Press. New York.

Elikington, H. White, P. Addington, J. Edmonds, P. (2005). The healthcare needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. Palliative Medicine. Vol 19. p.p.485-491.

Ferreira, I., Brooks, D., Lacasse, Y., Goldstein, R. (2002). Nutritional Support for Individuals whit COPD. Chest. Vol. 117, N° 3. pp. 672-678.

Feuerstein, M., Labbé ., Kuczmierczyk, A. (1986). Health Psychology a Psychobiological Perspective. Plenum Press. New, York. USA.

Hesselink, A., Pennix, B., Schlösser, M., Wijnhoven, H., Windt, D. (2004). The role of coping resources and coping style in quality of life of patients whit asthma or COPD. Aual Life Res. Vol. 13. N|2. p.p.509-18.

Ibáñez, E. Rosbundo, A. (1993). Soporte social y afrontamiento afectivo en la enfermedad cancerosa. Em Páez Rovira, D. Salud, expresión y represión social de las emociones. (p. 379-397). Valencia: Ed. Promolibro.

Jones, P. (1995). Issues Concerning Health Related Quality of life in COPD. Chest. Vol. 107. p.p.187-193.

Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, vol. 127, n°4, p.p.472-503.

Latorre, M. (1994). *Ciencias Psicosociales Aplicadas II*. España. Universidad de Castilla - La Mancha.

Lazarus, R. Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Roca.

Leventhal, H. Leventhal, E. A. & Van Nguyen, T. (1985). Reactions of families to illness: theoretical models and perspectives. "En" Turk . D. & Kerns R. (eds). *Health, illness, and families: A life-perspective* (pp. 108-145). New York: John Wiley & Sons.

Leventhal, H., Prohaska, T. R. & Hirschman R. (1985). Preventive health behavior across the life span. *Prevention in Health Psychology*. Eds. J.C. Rosen & Soboman. (Vol. 8, pp. 191-235). Hanover, N. H. University. Press of New England.

Livneh H.(2000) Psychosocial Adaptation to Cancer: The Role of Coping Strategies. *Journal of Rehabilitation*, Vol. 66 N° 2.

Manne, S. (2003) Coping and social support. In *Handbook of Health Psychology*, edited by A. Nezu, C. Nezu, P. Geller. Wiley & Sons, Vol. 9, pp. 51-74.

Meneses, M.(1999). Tolerancia al ejercicio en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica después de un programa de rehabilitación respiratoria. Rev cubana med. oct.-dic., vol.38, no.4. p.p. 269-275.

Miravitalles, M, Álvarez, J., Lamarca, R., Ferrer, M., Masa, F., Vereá, H., Ralacain, R. (2002). Tratament and quality of life in patients whit Chronic Obstructive Pulmonar Disease. Quality of Life Research. Vol. 11. pp. 324-338.

Morof, I. Larsen, D. (1998). Chronic Illness and interventions. Ed. Jones and Bartlett Publishers. London.

Moser, K. Ries, A., Sassi, D., Ellis, B., Limberg, T., Myers, R. (1994). Shortness of Breath. Mosby-Year Book, Inc.

Moser, K. Ries, A., Sassi, D., Ellis, B., Limberg, T. Myers, R., (1994).

Dificultad para respirar. Una guía para vivir y respirar mejor. Ed. Diana. México.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Posadas, R., Mateos, M. (1994). (Traducción:) Dificultad para respirar. Una guía para vivir y respirar mejor. Moser, Ries, Sassi-Dambron, Ellis, Limberg, Myers. Editorial Diana. México.

Prohaska, T. Keller, M. Leventhal, E. Leventhal (1987). Impact of Symptoms and agin attribution on emotions and coping. Health Psychology. Vol 6 N° 6. p.p.495-514.

Ress, J. Boyle, C. Mc Donagh R. (2001). Quality of life: impact of chronic illness on the partner. *Journal of the royal society of medicine*. Vol 94. pp.563-566.

Reynales-Shigematsu, L., Juárez-Márquez, S. Valdés-Salgado. R. (2005). Costos de atención médica atribuibles al consumo de tabaquismo en el IMSS, Morelos. *Salud Publica de México*; 47:451-457

Rodríguez, C., Ordóñez, A., Navarrete, P., Gómez, F., Castillo, M., (2002). Aplicación de la telemedicina al control de enfermedades crónicas: telecontrol de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medicina Clínica*. 119 (8) p.p.301-303

Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Universidad de Alicante.

Romero Estrada, M. y Meda Lara, R. (1999). Creencias y afrontamiento en el familiar acompañante del enfermo hospitalizado. 2º Congreso Mexicano de Psicología de la Salud S pp. 104. (Abstract)

Sharpe, D., Rossiter, L. (2002). Siblings of children with chronic illness: A meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol. 27, No. 8, pp.699-710.

Secretaría de Salud. Estadísticas de Mortalidad 2001. http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/mortalidad/2001/Mortalidad_C05_2001.xls

Sidell, N. (1997). Adult adjustment to chronic illness: a review of the literature. *Health and social work*, 22(1), 5-11.

Smith, B. Cooper, M., Wallace, M. (2002). Anxiety and Panic in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Rol of catastrophic thoughts. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 26 N° 1. p.p. 143-155.

Stanton A., Collins, C. Sworowski, L. (992). Adjusment to chronic illness: theory and research *Handbook of health psychology* Baum, A. Revenson, T, Singer, J ed. P.p. 398. LEA. London.

Strassels, S., Smith, D., Sollivan, S., Mahajan, P, (2001) The cost of treating COPD in United States. *Chest*, vol. 119. pp. 344-352.

Whitman, T., Merluzzi, T. V., & White, R. D. (Eds.) (1999). *Psychological aspects of health and illness: A life-span perspective*. Hillsdale, N.J.:

Erlbaum.

Yang, P., Chen, C. (2005). Exercise stage and process of changes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of nutrition research* vol. 13 n°2 p.p. 97-104.

