



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

"Correlación entre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la consulta externa de neumología del HGR1, delegación Querétaro"

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:
Médico general Dzoara Aurora López Sánchez

Dirigido por:
Médico especialista Martha Leticia Martínez Martínez

Sinodales

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez
Presidente

Dr en C. Hebert Luis Hernández Montiel
Secretario

Dr en C. Juan Carlos Solís Sáinz
Vocal

Med. Esp. Jorge Velázquez Tlapanco
Suplente

M. en E. María Teresa Mendoza Guijosa
Suplente

Med. Esp. Enrique López Arvizu
Director de la Facultad de Medicina

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

Dr en C. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Febrero, 2011
México

RESUMEN

Introducción: La EPOC es actualmente uno de los problemas más importantes de salud, es la cuarta causa de muerte y la 12ª de incapacidad a nivel mundial, La calidad de vida es un proceso que se encuentra en constante cambio, en un sujeto enfermo es el resultado de la interacción entre la enfermedad y su evolución, así como del grado de apoyo social recibido. Objetivo: Determinar la correlación entre la calidad de vida y el apoyo social en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo correlacional, en pacientes con EPOC de la consulta externa de neumología del HGR1, en el periodo de septiembre 2009 a enero 2010. Se incluyeron 184 pacientes entre 35 y 70 años, que aceptaron participar en la investigación, previo consentimiento informado y firmado; se excluyeron pacientes oxígeno-dependientes o con co-morbilidad agregada. Se midió la calidad de vida y el apoyo social mediante los cuestionarios CRQ y Duke-Unc11 respectivamente y se recabaron variables sociodemográficas. Se realizó análisis descriptivo y se aplicó la prueba de Spearman con un nivel de confianza del 99%. Resultados: Se encontró que la calidad de vida y el apoyo social afectivo se correlacionan en 75% $p=0.000$; la calidad de vida y el apoyo social confidencial 71% $p=0.000$; y la calidad de vida y el apoyo social global 83% $p = 0.000$ Conclusión: El apoyo social y la calidad de vida en los pacientes con EPOC tienen una correlación directamente proporcional.

(Palabras Clave: EPOC, calidad de vida, apoyo social)

SUMMARY

INTROOUCTION: COPD is presently one of the most important health problems. It is the fourth cause of death and the 12th of disability worldwide. Quality of life is a process that is constantly changing; in a sick person it is the result of the interaction between the disease and its evolution, as well as the degree of social support received. **OBJECTIVE:** To determine the correlation between the quality of life and social support for a patient suffering from chronic obstructive pulmonary disease. **MATERIAL AND METHODS:** A descriptive correlational study was carried out of patients with COPD in the pneumology outpatient area of the No. 1 General Regional Hospital (HGR1, from its initials in Spanish) between September, 2009 and January, 2010. 184 patients between 35 and 70 years of age were included. These patients agreed to participate in the research with previous informed and signed consent. Patients who were dependent on oxygen or had an additional co-morbidity were excluded. Quality of life and social support were measured using the CRQ and Duke-Unc 11 questionnaires, respectively. Socio-demographic variables were also obtained. A descriptive analysis was carried out and the Sperman test was used with a confidence level of 99%. **RESULTS:** It was found that quality of life and affective social support correlated at 75% $p=0.000$; quality of life and confidential social support at 71% $p=0.000$; and quality of life and overall social support at 83% $p=0.000$. **CONCLUSION:** Social support and quality of life in patients with COPD have a correlation which is directly proportional,

(Key words: COPD, quality of life, social support)

DEDICATORIAS

A mis padres por su apoyo y amor incondicional, por hacer suyos mis sueños, y porque todo lo que soy en esta vida se los debo a ustedes.

A mi hermano por ser mi amigo y mi fuerza en los momentos difíciles, porque de tí he aprendido que se debe buscar la perfección en todo lo que se hace.

A mi tío Enrique, un ejemplo de vida, por ser siempre el pilar que sostiene a nuestra familia.

A mi amiga y hermana Mónica, por ser siempre mi punto de apoyo, porque aunque estuvo lejos, siempre la sentí cerca.

A mis amigos y compañeros Alfredo, Luis, Paty, Víctor, gracias por su amistad y apoyo incondicional, por ser mis compañeros en este viaje, no hubiera sido lo mismo sin ellos.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Martha Leticia Martínez, mi directora de tesis, por su apoyo, por ser la maestra y amiga de todos los residentes. Gracias por su tiempo y conocimientos.

Al la Dra. Fabiola Tapia por el tiempo y el apoyo que me dedicó para sacar adelante esta investigación.

A todos los pacientes con EPOC que aceptaron participar en este proyecto, por todo el tiempo que invirtieron para ayudarme a realizar esta investigación.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de cuadros	VIII
Índice de graficas	IX
I. Introducción	1
I.1 Hipótesis	3
I.2 Objetivo general	3
I.2.1 Objetivos específicos	3
II. Revisión de la literatura	4
II.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4
II.2 Epidemiología nacional	4
II.3 Diagnóstico y clasificación de la EPOC	5
II.4 Evaluación multisistémica y pronóstico de la EPOC	5
II.5 Impacto socioeconómico de la EPOC	6
II.6 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y calidad de vida	6
II.7 Instrumentos de calidad de vida en el paciente con	

enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).	
II.8 Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica en inglés: The chronic respiratory disease questionnaire (CRQ).	8
II.9 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y redes de apoyo	9
II.10 Escalas de medición apoyo social	10
II.11 Cuestionario Duke-Unc	11
II.12 Investigaciones sobre calidad de vida apoyo social y EPOC	11
III. Metodología	17
III.1 Diseño de estudio	17
III.2 Mediciones y análisis	18
III.3 Análisis estadístico	20
III.4 Consideraciones éticas	20
IV. Resultados	21
V. Discusión	31
VI. Conclusiones	33
VII. Propuestas	34
VIII. Citas bibliográficas	35
IX. Anexos	41
Anexo 1. Consentimiento informado	41
Anexo 2. Cédula de recolección de datos	43
Anexo 3. Cuestionario CRQ	44

Anexo 4.Cuestionario Duke-Unc	45
Anexo 4. Método de Graffar	54

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Título	Página
IV. 1	Nivel de escolaridad en sujetos con EPOC	34
IV. 2	Estado civil en sujetos con EPOC	35
IV. 3	Nivel socioeconómico en sujetos con EPOC	36
IV. 4	Apoyo social confidencial en sujetos con EPOC	37
IV.5	Apoyo social afectivo en sujetos con EPOC	38
IV.6	Apoyo social global en sujetos con EPOC	39
IV.7	Distribución de las puntuaciones del cuestionario CRQ en pacientes con EPOC	40
IV.8	Valores entre el apoyo social y la calidad de vida en pacientes con EPOC	41

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica	Título	Página
1	Calidad de vida y apoyo social en sujetos con EPOC	42

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define como una “Enfermedad inflamatoria, prevenible y tratable con efectos extra pulmonares significativos que pueden contribuir a la gravedad de los individuos” (Consenso EPOC, 2007).

La EPOC es actualmente uno de los problemas más importantes de salud, ya que, en estadísticas recientes se establece que es la cuarta causa de muerte y la 12^a de incapacidad a nivel mundial (Galindo, 2006). La prevalencia calculada por el reporte Platino para México es de 7.8% en individuos mayores de 40 años de edad (Consenso EPOC, 2007). En nuestro medio se tienen datos Unidad de Medicina Familiar 16, en los que de acuerdo a estadísticas internas se sabe que hasta noviembre del 2009 esta unidad tenía un total de 255 sujetos con EPOC.

Los pacientes con EPOC sufren de depresión y ansiedad de manera frecuente y presentan un deterioro en su calidad de vida, debido al carácter crónico y progresivo de este padecimiento (McCathie, 2002; Ríos, 2005), por lo que la evaluación de la calidad de vida en éstos pacientes permite abordar de una manera más completa su morbilidad más allá de la alteración fisiopatológica (Espinosa, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994, dio a conocer la definición de calidad de vida como la “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (Esquivel, 2006).

El tener un buen apoyo social, definido como “el grado en el que las necesidades sociales básicas son satisfechas”, favorece las acciones preventivas, terapéuticas y de rehabilitación en aquellos pacientes con enfermedades crónicas (Ramírez, 2007).

Estudios transversales y longitudinales, han descrito que el apoyo social se encuentra relacionado con la calidad de vida, con la mortalidad, la morbilidad, y la salud mental (Brüggemann, 2007; Lahuerta, 2003; Vaglio, 2004:). En otros estudios, se ha encontrado que los individuos con enfermedades crónicas que tienen un buen apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a su enfermedad, y es de mayor relevancia la percepción que tiene el individuo de lo adecuado del apoyo social que el que realmente recibe (Vinaccia, 2006).

La calidad de vida es un proceso que se encuentra en constante cambio, es dinámico e incluye interacciones continuas entre los individuos y su medio ambiente. De acuerdo a lo anterior la calidad de vida en un sujeto enfermo es el resultado de la interacción entre su personalidad, la enfermedad y su evolución, así como del grado de apoyo social recibido (Schwartzmann, 2003).

Los primeros estudios sobre la calidad de vida en individuos con EPOC fueron realizados a principios de la década de los 80s en ellos se valoraba los efectos de la oxigenoterapia (Espinosa, 2005).

En la delegación Querétaro del IMSS la calidad de vida en los pacientes con EPOC no ha sido estudiada, tampoco su relación con las redes de apoyo, determinar cómo se correlacionan éstas variables puede permitir fortalecer éstas últimas en beneficio del paciente, su familia y la misma Institución.

I.1 HIPÓTESIS

Ha: La calidad de vida se correlaciona de manera directamente proporcional con el apoyo social en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Ho: La calidad de vida se correlaciona de manera inversamente proporcional con el apoyo social en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

I.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación entre la calidad de vida y el apoyo social en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

I.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica:

- a) La calidad de vida
- b) El apoyo social
- c) El apoyo afectivo
- d) El apoyo confidencial

Determinar la correlación entre:

- e) La calidad de vida y el apoyo social global
- f) La calidad de vida y el apoyo afectivo
- g) La calidad de vida y el apoyo confidencial

II. REVISIÓN DE LITERATURA

II.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad que se caracteriza por obstrucción crónica de las vías aéreas, la cual se manifiesta por reducción del flujo respiratorio y retardo en la espiración forzada, la obstrucción al flujo de aire es irreversible y lentamente progresiva. Esta obstrucción se produce por una combinación de enfisema y alteraciones inespecíficas de las vías aéreas periféricas. (Donnell, 2007; Viegi, 2007; Vinnacia, 2006).

El Consenso Mexicano para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica basado en la Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD), define a la EPOC como una “Enfermedad inflamatoria, prevenible y tratable con efectos extra pulmonares significativos que pueden contribuir a la gravedad de los individuos”. (Consenso EPOC, 2007; Viegi, 2007).

La inflamación de las vías aéreas y el parénquima pulmonar es un factor determinante en la patogénesis de la EPOC. El humo del cigarro, posee sustancias que desencadenan la inflamación. Existen tres regiones anatómicas que explican, el cuadro clínico de la EPOC y su clasificación. La primera región es la de los bronquios mayores, la cual posee un calibre de 2mm y su afección es al responsable del cuadro clínico de la bronquitis crónica. El daño de la vía aérea pequeña es el responsable de la mayor parte de la limitación del flujo aéreo en ausencia de enfisema; la destrucción del parénquima pulmonar (enfisema) es la responsable de la limitación del flujo aéreo que no se debe a lesión de la vía aérea pequeña (Consenso EPOC, 2007).

II.2 Epidemiología nacional

En México así como en otros países Latinoamérica, la EPOC, tiene una gran importancia por su morbi-mortalidad, sin embargo, es sub diagnosticada y

poco identificada como un problema de salud pública. La prevalencia de la EPOC para México calculada por el reporte PLATINO y de acuerdo a los criterios de la GOLD es de 7.8% en sujetos mayores de 40 años de edad. La prevalencia es mayor en hombres (11% en hombres; 5.6% en mujeres), se incrementa con la edad (18.4% en personas > de 60 años; 4.5% en personas de 50 a 59 años) y al número de paquetes de cigarrillos fumados (15.7% en sujetos que han fumado > 10 paquetes/año; 6.3% cuando han fumado < 10 paquetes/año). De acuerdo a las estadísticas que reporta el INEGI, existen datos que muestran que la mortalidad debido a la EPOC se ha ido incrementando. En sujetos de más de 65 años de edad para el año 2005, se situó en el 5º lugar dentro de las 10 principales causas de mortalidad en individuos de más de 65 años de edad. No existen datos específicos en cuanto a la mortalidad en México. En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), la EPOC se encuentra en el segundo lugar de demanda de atención en el servicio de urgencias y el 4º lugar como causa de egreso hospitalario (Consenso EPOC, 2007).

II.3 Diagnóstico y clasificación de la EPOC

El diagnóstico de la EPOC se establece en base a los antecedentes de exposición a uno o varios de los factores de riesgo conocidos para adquirir la EPOC (exposición a gases o sustancias químicas humo de leña, exposición laboral a polvos, humos, tabaco, etc.). El tiempo y la intensidad de la exposición los factores de riesgo determina la presentación y gravedad de la enfermedad. Si además de los factores de riesgo el sujeto cuenta con un cuadro clínico caracterizado por disnea, y/o tos con expectoración por más de 3 meses al año por dos o más años se debe sospechar el diagnóstico el cual será confirmado al realizar una espirometría (Consenso EPOC, 2007). El índice espirométrico más útil es el FEV1 (volumen espiratorio forzado en el primer segundo) y la relación FEV1/FVC que en caso de que exista obstrucción al flujo aéreo ambos valores se encontraran disminuidos (Consenso EPOC, 2007; Freeman, 2006; Viegi, 2007).

II.4 Evaluación multisistémica y pronóstico de la EPOC

En pacientes con EPOC severo (VEF1 < 30%), la calidad de vida generalmente baja entre las exacerbaciones, ya que en cada exacerbación de la enfermedad se agrega un deterioro no sólo a la función pulmonar sino también se produce deterioro de la función muscular, por lo cual la evaluación del sujeto con EPOC, debe ser multisistémica y no limitarse a la evaluación de la función pulmonar (Molfino, 2004).

II.5 Impacto socio-económico de la EPOC

En Estados Unidos, se estima que los costos económicos anuales de la EPOC ascienden a más de \$24 mil millones de dólares. El promedio de las hospitalizaciones por esta causa se ha incrementado notablemente. En los Estados Unidos en el año 2000, se otorgaron 8 millones de consultas médicas por EPOC, 1.5 millones ingresos al servicio de urgencias por esta causa y 673,000 hospitalizaciones. En el año 2002, los costos directos de la enfermedad fueron calculados en 18 mil millones de dólares y los costos indirectos se calcularon en 14 mil millones de dólares. Cabe destacar que existen datos que demuestran que existe una relación directa entre gravedad de la enfermedad y los costos. Los costos de atención de la EPOC son 2.5 veces más elevados que en aquellos sujetos que no presentan la enfermedad. Aunado a estos valores se sabe que si la enfermedad se presentan en etapas tempranas de la vida más son los años de esperanza de vida perdidos, llegando a tener hasta un 60% de esperanza de vida perdida si se presenta EPOC a los 45 años de edad (Consenso Mexicano EPOC, 2007).

II.6 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y calidad de vida

En México se ha presentado un cambio gradual a nivel epidemiológico a partir de la década de los cincuenta, en este sentido se ha presentado una lenta disminución de los padecimientos infecciosos, y un crecimiento rápido de los crónico-degenerativos, lo cual ha generando nuevas prioridades de investigación e intervención en los sistemas de salud. La evolución crónica y el carácter invasivo,

representado por los síntomas de estos padecimientos, llevan a un deterioro importante de la calidad de vida de quienes la padecen (Ríos, 2005). La medición de la calidad de vida relacionada con la salud ha tomado relevancia en los últimos años para evaluar la efectividad de las medidas terapéuticas y epidemiológicas tradicionales (Salgado, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para el año 2020 la "EPOC será la quinta causa de años de vida perdidos, ajustados por invalidez, y la tercera causa de mortalidad". En la EPOC la obstrucción al flujo aéreo es el principal mecanismo implicado en la patogénesis de la enfermedad y causa su principal síntoma: la disnea de esfuerzo y agotamiento crónico. Por lo tanto, altera la calidad de vida del paciente que padece esta enfermedad. El concepto de "calidad de vida" aparece hacia los años cincuenta y presenta un gran desarrollo durante la década de los ochenta. Si bien el término es reciente, la calidad de vida existe desde los inicios de la historia de la humanidad. Inicialmente, este concepto se refería al "cuidado de la salud personal; posteriormente, se convirtió en preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad" (Tuesca-Molina 2008; Vinaccia, 2006).

La EPOC es una de las principales causas de morbilidad; aunado a esto una gran variedad de factores psicológicos pueden influir en la calidad de vida de estos sujetos, aún más que los problemas físicos. Durante la evolución de la EPOC los sujetos pueden experimentar graves alteraciones en el funcionamiento emocional, el sueño y el descanso, la movilidad física, la interacción social, las actividades de la vida diaria, recreación, trabajo y las finanzas. Según los datos recientes los sujetos con EPOC con frecuencia presentan depresión y ansiedad, y tienen una reducción de la calidad de vida (McCathie, 2002).

La calidad de vida posee varias definiciones, una de las más utilizadas es la de Calman (1984), que dice que "calidad de vida significa la diferencia entre lo que se desea de la vida de un individuo y lo que él puede alcanzar o no". Paul

Jones (1991) define la calidad de vida como la “cuantificación del impacto de la enfermedad en las actividades de la vida diaria y el bienestar del paciente de manera formal y estandarizada” (Ramírez, 2007). La OMS en 1994, definió la calidad de vida como la “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (Esquivel, 2006; Teva, 2004; Torre, 2008).

La evaluación de la calidad de vida en un individuo representa el impacto de una enfermedad y por consecuencia de su tratamiento sobre la percepción que tiene el paciente de su bienestar (Schwartzmann, 2003; Velarde-Jurado, 2002).

La EPOC presenta una evolución crónica y lentamente progresiva y produce un importante impacto en la vida de los pacientes que la padecen. Para poder evaluar el impacto de esta enfermedad sobre la calidad de vida, se han estructurado los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud o más recientemente llamados de estado de salud (Aibar, 2007; Miravittles, 2005; Miron, 2008).

II.7 Instrumentos de calidad de vida en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Existen dos tipos de cuestionarios para medir la calidad de vida: Los cuestionarios genéricos y los cuestionarios específicos, los cuales han demostrado ser reproducibles, confiables y sensibles al cambio. Estas características permiten que se empleen en estudios descriptivos. Los cuestionarios genéricos o generales como su nombre lo indica se han diseñado para medir el impacto en la salud de los pacientes con una gran variedad de enfermedades y estadios de dichas enfermedades.

Los cuestionarios específicos, evalúan únicamente a un órgano o sistema afectado, es decir se encuentran diseñados para medir el impacto de una sola enfermedad.

Los cuestionarios específicos para la EPOC fueron diseñados a partir de los síntomas, las limitaciones y los trastornos de la vida diaria que produce esta patología(López, 2006; Van Der Molen, 2003).

II.8 Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica en inglés: The chronic respiratory disease questionnaire (CRQ).

Fue elaborado en Canadá en los años 80 por Guyatt y cols, para determinar el impacto de los problemas de salud en individuos con EPOC, después de una intervención terapéutica. Es un instrumento específico para la EPOC, útil para medir la afectación física y psico-emocional de estos pacientes. Está constituido por 20 preguntas, divididas en 4 áreas o dimensiones: disnea (5 preguntas), fatiga (4 preguntas), función emocional (7 preguntas) y control o dominio de la enfermedad (7 preguntas). Cada pregunta tiene una escala de respuestas con 7 posibilidades. El cuestionario tiene además una lista de actividades de la vida diaria que pueden generar disnea, aunque el paciente puede elegir otras.

La puntuación es sumatoria: Una puntuación alta representa mayor función, en cambio una puntuación baja representa una peor función. Su administración es por un entrevistador entrenado y el tiempo estimado para realizarlo es de 30 minutos. Ha sido traducido al español y mostrada su validez, confiabilidad y sensibilidad al cambio(A Puhan, 2004; Cully, 2006; López, 2006; Sansores, 2006).

II.9 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y redes de apoyo

La red social es el “tejido de relaciones sociales que los individuos tienen” y, según Berkman y Glass, citados por Lahuerta 2004 se encuentra relacionado

con la salud a través de varios factores psicosociales: “a) Por el hecho de proporcionar apoyo social, tanto emocional como instrumental o de ayuda en la toma de decisiones o en la facilitación de información; b) por la influencia social que existe entre los actores de la red; c) por la participación y el compromiso social; d) por el contacto persona a persona, y e) por el acceso a recursos materiales”. Estos factores psicosociales tienen efecto en la salud a través de los cambios en los estilos de vida (p. ej., consumo de tabaco o alcohol), de factores psicológicos (autoestima o auto eficacia) y fisiológicos (relacionados con el sistema inmunitario o la reactividad cardiovascular, entre otros factores).

Existen datos en la literatura médica actual, tanto en estudios transversales como longitudinales en los cuales se establece que la red y el apoyo social están relacionados con la mortalidad, la morbilidad, la calidad de vida y la salud mental (Lahuerta, 2004). De acuerdo a los estudios recientes tener un buen apoyo social, entendido como “el grado en el que las necesidades sociales básicas son satisfechas”, favorece las intervenciones terapéuticas, preventivas, y de rehabilitación (Ramírez, 2007).

Herrera (2007) mencionó qué nivel de apoyo tiene relación directa sobre el estado de salud. Cuando un sujeto con enfermedad crónica tiene apoyo social (influencia de la familia y relaciones personales), los mismos se adhieren mejor al tratamiento y cumplimiento de la terapia integral en general. Aunado a esto el apoyo social puede contribuir la aceptación de la enfermedad que conduce a un aumento de la autoestima a través de la estabilidad, la previsibilidad y el control que proporciona (Marino, 2008).

II.10 Escalas de medición apoyo social

La red y el apoyo social se valoran con 4 variables: la frecuencia de contacto con la red social, el apoyo social según el Perfil de Duke, el apoyo emocional y el tipo de convivencia como medida de estructura de la red.

La frecuencia de contacto se mide con el número de amigos y familiares (hermanos, hijos, nietos, sobrinos) que la persona al cual se le aplica el cuestionario ve cada mes. La presencia del apoyo emocional hace referencia a la existencia de personas con las que se puede hablar en sobre problemas personales. La variable tipo de convivencia se creó a partir del número de personas que viven en el hogar y del estado civil (Lahuerta, 2004).

Existen diversos estudios que demuestran la influencia del apoyo social sobre la salud y la enfermedad. Así como su efecto benefició sobre la evolución de enfermedades crónicas como la depresión, artrosis o diabetes.

Hoffman y Hatch determinaron que el apoyo social es uno de los factores más importantes para disminuir el riesgo de los eventos estresantes en embarazadas, investigaciones recientes han relacionado el apoyo social con la mortalidad, de forma que cuando éste es insuficiente determina un mayor riesgo de muerte, sobre todo en algunos grupos de población (ancianos y viudos) (Avendaño, 2008; Barron, 2001; Roure, 2002)

II.11 Cuestionario Duke-UNC.

La escala de Duke-UNC es utilizada para valorar el apoyo social, modificada y validada por Broadhead. Esta escala incluye 11 preguntas, con 5 opciones de respuesta, puntuadas de 1 a 5 (desde “mucho menos de lo que deseo” a “tanto como deseo”). Se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión del individuo acerca de la disponibilidad de individuos capaces de ofrecer ayuda en las dificultades, así como de facilidades para la relación social y para comunicarse empática y emotivamente (Roure, 2002).

II.12 Investigaciones sobre calidad de vida, apoyo social y EPOC

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas la EPOC ocupó el 5º lugar de morbi-mortalidad y el 4º en consulta de primera vez en el servicio de consulta externa de este Instituto (Aguilar, 2006).

Los primeros estudios sobre calidad de vida en la EPOC se remontan a principios de los años 80 y se aplicaron para valorar los efectos de la oxigenoterapia continua o la respiración a presión positiva intermitente (Espinosa, 2005).

En un estudio realizado por De Miguel *et al.* (2004) Citados por Vinnacia, 2006 en donde se evaluaron a 560 pacientes, 100 en atención primaria y 460 en neumología, y se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con EPOC estable, no se relaciona con factores como la disnea, la existencia de agudizaciones o visitas a urgencias.

En otros estudios, se ha encontrado que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad, y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe (Vinaccia, 2006).

Algunos estudios han comprobado que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohen & Herbert, 1996); citados por Vinaccia 2006.

Existen diversas investigaciones como las ya antes mencionadas que confirman la importancia de las variables psicosociales en la manera como las personas asumen su enfermedad y como éstas afectan su calidad de vida (Fernández 2001).

Fernández y cols.(2001) citados por Vinaccia, 2006, desarrollaron una investigación con 278 pacientes diagnosticados con EPOC y encontraron buenos niveles de apoyo social, percibido sobre todo a nivel afectivo y medidos a través del cuestionario DUKE-UNC, pero estos niveles de apoyo estaban más relacionados con la utilización de los servicios de salud que con el apoyo de familiares y amigos.

Abello, Madariaga & Hoyos (1997), citados por Vinaccia, 2006 encontraron en diferentes investigaciones con poblaciones colombianas de estratos socioeconómicos bajos que el apoyo emocional recibido por compadres-comadres y vecinos es importante en momentos de crisis. Hallazgos similares fueron descritos por Díaz-Guerrero (1986) en México, citados por Vinaccia donde se determinó que las redes de apoyo y redes de ayuda emocional son vistas como importantes dispositivos para el logro de la salud y el bienestar psicológico. (Álvarez-Gutiérrez, 2007).

Algunos estudios han comparado las propiedades operativas de los cuestionarios de calidad de vida genéricos y específicos en pacientes con EPOC.

Harper *et al.*, citados por Sanjuás 2005, constataron, en estos pacientes, la fiabilidad y la validez de 2 cuestionarios específicos, el SGRQ y el Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ), y de 2 genéricos, el cuestionario SF-36 y el Euroqol, y observaron que los instrumentos específicos eran más sensibles al cambio en su estado clínico; el cuestionario genérico SF-36, por su parte, identificó mejor a los pacientes con ingresos previos y con co-morbilidad.

Desikan *et al.*, mostraron que el cuestionario SF-36 se asociaba mejor con la necesidad de utilizar los servicios sanitarios que los cuestionarios específicos SGRQ y CRQ en pacientes con EPOC.

En 2 estudios de evaluación de los resultados de la rehabilitación respiratoria, de Guyatt *et al.*, y De Torres y cols., el cuestionario CRQ fue sensible a la mejoría de la calidad de vida de los pacientes tratados, a diferencia del cuestionario genérico Sickness Impact Profile (SIP) y los cuestionarios SF-36 y SGRQ, respectivamente, que no mostraron cambios significativos con el tratamiento.

Breslin (1998) citado por Vinaccia, 2006 desarrolló un estudio con 41 individuos para determinar las relaciones entre la fatiga y la función pulmonar, la

tolerancia al ejercicio, la depresión y la calidad de vida en sujetos con EPOC, a quienes se le aplicaron además de medidas de resistencia respiratoria y física, el inventario multidimensional de fatiga, el cuestionario respiratorio de St. George y el cuestionario de depresión ces-d. Los resultados mostraron que existe una importante relación entre las dimensiones de la fatiga y la dimensión de función pulmonar, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida en los sujetos con EPOC.

Se ha encontrado que los pacientes con enfermedades crónicas que tienen buen apoyo social tienen un mayor grado de adaptación a la enfermedad (Affleck *et al.*, 1988 citado por Vinaccia, 2006), y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe (Katz & Neugebauer, 2001 citados por Vinaccia, 2006).

Hajiro *y col.*, en 1998, citados por Serón(2003) compararon cuatro medidas de calidad de vida en pacientes ambulatorios con LCFA: *Chronic Respiratory Questionnaire*, *St George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ), *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) and *Euroqol* (EQ); el CRQ fue comparativamente mejor evaluado que los otros dos instrumentos; la tasa de llenado del cuestionario fue de 98% en las dimensiones de fatiga, función emocional y sentimiento de control de la enfermedad, la dimensión de disnea alcanzó 85% de llenado del cuestionario; en cuanto a la consistencia interna, los ítems del CRQ correlacionaron con sus dimensiones hipotetizadas en 85%, la estadística de Cronbach α fue de 0,64 para la dimensión de disnea y de 0,80 a 0,85 para las otras tres dimensiones.

Finalmente, el estudio que propuso la versión española del CRQ, publicado por Güell *y cols.*, en 1998, muestra coeficientes α entre 0,80 y 0,86 y correlaciones moderadas, pero significativas, entre los puntajes obtenidos y medidas de función pulmonar y ejercicio. (Serón, 2003).

Vinaccia, *et al.*,(2006) realizó un estudio donde se evaluaron 60 individuos con diagnóstico de EPOC de diferentes IPSS (Instituciones Prestadoras

de Servicios de Salud) de la ciudad de Medellín, Colombia. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el *Cuestionario SF36*; la ansiedad-depresión fue evaluada mediante el *Cuestionario HAD*, y se usó el *Cuestionario AS* para medir apoyo social. No se evidenciaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión, la calidad de vida de las funciones físicas fueron las más afectadas especialmente el rol físico (trabajo, estudio) en el cuestionario sf36 y en relación al apoyo social se observaron niveles muy altos.

Geijer *et al.*, 2007 al realizaron un estudio en 395 pacientes a los cuales les realizaron una espirometría y se les aplicaron los cuestionarios SF 36 para calidad de vida y el cuestionario específico de disnea QOLRIQ. Se determinó la limitación física de acuerdo con la escala de disnea MRC. Las correlaciones de las limitaciones del funcionamiento físico se correlacionaron con las de calidad de vida encontrando que la calidad de vida se correlaciona con la gravedad de limitación del flujo de aire.

Marino *et al.*, 2008 realizaron un estudio sobre las redes de apoyo social en sujetos deprimidos con EPOC. En el cual encontraron que el control de la depresión, la gravedad de la EPOC, la edad, el apoyo social ($p = 0,05$) y auto-eficacia ($p 0,01$) se asociaron con el funcionamiento general. Concluyeron que la percepción del apoyo social así como la auto-eficacia son factores importantes que se relacionan con el funcionamiento general de los adultos mayores deprimidos con EPOC.

Tsara *et al.*, 2008 realizó un estudio en 85 pacientes, en el cual se observó que la calidad de vida de los individuos se ve afectada por la oxígeno – terapia prolongada, principalmente en la función física, y la mayoría de los aspectos examinados en correlación con la gravedad de la disnea y el estado psicológico. Se encontró una asociación significativa entre la puntuación de las actividades de la vida diaria y el cuestionario sf-36, en la puntuación de la vitalidad y dominio físico, pero no hubo asociación significativa entre la puntuación de la calidad de vida relacionada con la salud y la espirometría o los gases en sangre.

En este estudio se concluyó que la calidad de vida en los pacientes con EPOC y oxigenoterapia prolongada es baja y se encuentra influenciado por la disnea, el estado mental y la incapacidad, en lugar de las variables fisiológicas

III. METODOLOGÍA

III.1 Diseño de estudio

Se realizó un estudio descriptivo correlacional, en individuos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la consulta externa de neumología del HGR1, del IMSS de la ciudad de Querétaro en el periodo comprendido de septiembre 2009 a enero 2010.

El tamaño de la muestra se calculó con fórmula para población infinita:

$$n = \frac{Z\alpha^2 pq}{d^2}$$

$$Z\alpha^2 = 1.64$$

$$p = 55\% = .55$$

$$q = 1 - .55 = .45$$

$$d^2 = 6\% = (.06)^2$$

$$n = \frac{(1.64)^2 (.55)(1-.55)}{(.06)^2}$$

$$n = \frac{.6633}{.003} = 184$$

$$n = 184 \text{ pacientes}$$

Los participantes se seleccionaron por muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando en consideración cumplieran con criterios, estos se seleccionaron de la consulta externa de neumología del HGR1, en el periodo de septiembre 2009 a enero 2010. Se midió la calidad de vida y el apoyo social mediante los cuestionarios CRQ y Duke-Unc11 respectivamente y se recabaron variables sociodemográficas, mediante una encuesta aplicada por el investigador durante la consulta externa de neumología, previa capacitación por neumólogos expertos en el tema.

Se incluyeron pacientes entre 35 y 70 años de edad, que aceptaron participar en la investigación, previo consentimiento informado y firmado. Se excluyeron pacientes oxígeno-dependientes o con co-morbilidad agregada (diabetes mellitus descontrolada, hipertensión arterial descontrolada, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares, enfermedad osteoarticular incapacitante).

III. 2 Mediciones y análisis

Las variables estudiadas incluyeron características socio demográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico) y estados de co-morbilidad (enfermedades crónico degenerativas: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades articulares degenerativas).

A este grupo seleccionado de pacientes, se les aplicó el cuestionario CRQ (The chronic respiratory disease questionnaire) para valorar la calidad de vida en los sujetos con EPOC, y el cuestionario Duke UNC para valorar el apoyo social con que contaban los individuos incluidos en el estudio.

El CRQ está constituido por 20 preguntas, divididos en 4 áreas o dimensiones: disnea (5), fatiga (4), función emocional (7) y sentimiento de control de la enfermedad (4). Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Lickert de 7 puntos, siendo 1 la peor función (peor calidad de vida) y 7 la mejor función (mejor calidad de vida). La puntuación es cuantitativa y sumatorio, se expresa en valor absoluto, oscilando entre 20, peor puntuación y 140 mejor puntuación

Del cuestionario se pueden obtener cinco puntajes, uno por cada área (disnea, fatiga, función emocional y sentimiento de control de la enfermedad) y uno global; cada puntaje se obtiene del promedio de las preguntas correspondientes, los cuales son expresados también en la escala de 1 a 7. Las preguntas de la dimensión de disnea son individualizadas, pudiendo el paciente definir actividades de la vida diaria que le causan disnea desde una lista de 20

alternativas, para luego priorizarlas y asignarles puntaje según las alternativas en la escala de Lickert.

El cuestionario ha sido validado por Serón en el 2003 y tiene una confiabilidad del 87%.

A cada paciente se valoró el apoyo social con la escala Duke UNC-11 diseñado en 1982 y el cual fue modificado y validado por Broadhead, definiendo el apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros.

Tras la validación del cuestionario quedó reducido a dos dimensiones: apoyo confidencial que comprende la posibilidad de contar con personas para comunicarse, y en apoyo afectivo comprende las demostraciones de amor, cariño, empatía.

El cuestionario consta de 11 preguntas con una escala de respuesta de Likert con puntuaciones del 1-5. El primer factor se denomina apoyo confidencial que es el valorado por las preguntas: 1,2,6,10; el segundo factor denominado apoyo afectivo es valorado por las preguntas 3,4,5 y 11. Siendo el apoyo social global normal de 33 a 55; bajo de 11 a 32, apoyo social afectivo normal de 15 a 20; apoyo social afectivo bajo de 4 a 14; apoyo social confidencial normal de 18 a 35, apoyo social confidencial bajo de 7 a 17.

Arredondo Montes de Oca y Márquez Cardoso (2006) analizaron la confiabilidad del instrumento en población mexicana midiendo la consistencia interna por medio del alpha de Cronbach obteniéndose un valor global de 0.7724.

El nivel socioeconómico de la población en estudio se determinó mediante la escala de Graffar, que ha sido validada en población chilena y clasifica a la población en 4 niveles, el puntaje de la escala varía de 3 a 18 puntos, nivel alto (3 a 6 puntos), nivel medio (7 a 10 puntos), nivel bajo (11 a 14 puntos) y miseria (15 a 18 puntos) (Álvarez, 1985)

III.3 Análisis estadístico

El análisis se realizó por medio de estadística descriptiva (medias, desviación estándar, rangos y porcentajes) y la prueba de correlación de Spearman con un nivel de confianza del 99%. La información fue procesada con el programa estadístico SPSS V.12 y los resultados fueron presentados en cuadros.

III.4 Consideraciones éticas

Para este protocolo se considera la declaración de Helsinki y las declaraciones para la investigación biomédica en seres humanos, la cual se adaptó en la 18ª Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki en 1964, revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial en 1975 en Tokio, última revisión en el 2007.

El presente estudio, conforme a la Norma Oficial de Investigación, se sujeta a su reglamentación ética, se requiere el consentimiento informado en forma clara y veraz de los pacientes encuestados, donde se explica que el objetivo de la investigación es evaluar la correlación de la calidad de vida y el apoyo social en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, garantizándose la confiabilidad de los resultados, no se violaran los aspectos éticos ni se expondrá su integridad o salud así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos del estudio.

El proyecto fue evaluado y revisado por un Comité Local de Investigación en salud de la Unidad de Medicina Familiar 16 del IMSS, Querétaro, así como de las autoridades de la institución donde se llevó la investigación.

A los pacientes que se les detectó bajo apoyo social fueron canalizados con trabajo social para poder integrarlos a grupos de apoyo institucional.

IV. RESULTADOS

Se estudiaron a 184 pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 50% correspondió al género femenino.

La edad promedio fue de 58.5 ± 8.2 años (36-44). Predominó la escolaridad primaria 35.9%; seguido de la secundaria 28.3% (Cuadro IV.1).

El estar casado prevaleció en 56%, seguido de unión libre 29.3% (Cuadro IV.2).

El estrato socioeconómico que se presentó en mayor porcentaje fue medio bajo en 50%, seguido del obrero 45.1% (Cuadro IV.3)

En relación al apoyo social se encontró que 62% de los sujetos tuvieron un apoyo confidencial bajo (Cuadro IV.4), el 64.1% presentaron un apoyo social afectivo normal (Cuadro IV.5) y el 69.6% tuvo un apoyo social global normal (Cuadro IV.6).

El promedio de la calidad de vida fue de 96.53 ± 40.81 . El 31.5% de los sujetos obtuvieron puntuación máxima en la dimensión de función emocional, con una media de 29.33; el 33.7% obtuvo la puntuación máxima en la dimensión de disnea, con una media de 24.93; el 7.6% obtuvieron la puntuación mínima en la dimensión de fatiga con una media de 20.73 y el 8.2% obtuvo la puntuación mínima en el control de la enfermedad con una media de 20.68; en cuanto a la calidad de vida total el 23.9% obtuvo el puntaje máximo (Cuadro IV.7).

Se encontró que la calidad de vida y el apoyo social afectivo se correlacionan en el 75% con una $p=0.000$; la calidad de vida y el apoyo social confidencial en el 71% con una $p=0.000$; y la calidad de vida y el apoyo social global en el 83% con una $p = 0.000$ (Cuadro IV.8, Gráfica IV.1).

Cuadro IV.1 Nivel de escolaridad en sujetos con EPOC

Nivel de escolaridad	Número	Porcentaje
Analfabeta	17	9.2
Primaria	66	35.9
Secundaria	52	28.3
Preparatoria	45	24.5
Profesional	4	2.2
Total	184	100.0

Fuente: Encuesta sobre variables sociodemográficas aplicado a individuos con EPOC de la consulta externa de neumología del HGR1 del IMSS de la ciudad de Querétaro, en el periodo de septiembre de 2009 a enero del 2010

Cuadro IV.2 Estado civil en sujetos con EPOC

Estado Civil	Número	Porcentaje
Casado	103	56.0
Unión libre	54	29.3
Soltero	12	6.5
Viudo	15	8.2
Total	184	100.0

Fuente: Encuesta sobre variables sociodemográficas aplicado a individuos con EPOC de la consulta externa de neumología del HGR1 del IMSS de la ciudad de Querétaro, en el periodo de septiembre de 2009 a enero de 2010.

Cuadro IV.3 Nivel socioeconómico en sujetos con EPOC

Estrato socioeconómico*	Número	Porcentaje
Medio alto	9	4.9
Medio bajo	92	50.0
Obrero	83	45.1
Total	184	100.0

*Escala de Graffar.

Fuente: Escala de Graffar aplicada a individuos con EPOC de la consulta externa de neumología del HGR1 del IMSS de la ciudad de Querétaro, en el periodo de septiembre de 2009 a enero de 2010.

Cuadro IV.4 Apoyo social confidencial en sujetos con EPOC

Apoyo social confidencial*	Número	Porcentaje %
Normal	70	38.0
Bajo	114	62.0
Total	184	100.0

*Escala de Duke-Unc 11.

Fuente: Encuesta aplicada a individuos con EPOC de la consulta externa de neumología del HGR1 del IMSS de la ciudad de Querétaro, en el periodo de septiembre de 2009 a enero de 2010.

Cuadro IV.5 Apoyo social afectivo en sujetos con EPOC

Apoyo social afectivo*	Número	Porcentaje %
Normal	118	64.1
Bajo	66	35.9
Total	184	100.0

*Escala de Duke-Unc 11.

Fuente: Encuesta aplicada a individuos con EPOC de la consulta externa de neumología del HGR1 del IMSS de la ciudad de Querétaro, en el periodo de septiembre de 2009 a enero de 2010

Cuadro IV.6 Apoyo social global en sujetos con EPOC

Apoyo social global*	Número	Porcentaje %
Normal	128	69.6
Bajo	56	30.4
Total	184	100.0

*Escala de Duke-Unc 11.

Fuente: Encuesta aplicada a individuos con EPOC de la consulta externa de neumología del HGR1 del IMSS de la ciudad de Querétaro, en el periodo de septiembre de 2009 a enero de 2010.

Cuadro IV.7 Distribución de la calidad de vida de acuerdo al cuestionario CRQ* en pacientes con EPOC

Escalas	Media	Mediana	% Con puntuación mínima	% Con puntuación máxima
Disnea	24.93	28	8.2	33.7
Fatiga	20.73	24	7.6	.5
Función emocional	29.33	27	9.2	31.5
Control de la enfermedad	20.68	25	8.2	.5
Calidad de vida total	96.53	105.50	8.2	23.9

*The chronic respiratory disease questionnaire (CRQ).

Fuente: Encuesta aplicada a individuos con EPOC de la consulta externa de neumología del HGR1 del IMSS de la ciudad de Querétaro, en el periodo de septiembre de 2009 a enero de 2010.

Cuadro IV.8 Valores entre el apoyo social y la calidad de vida* en pacientes con EPOC

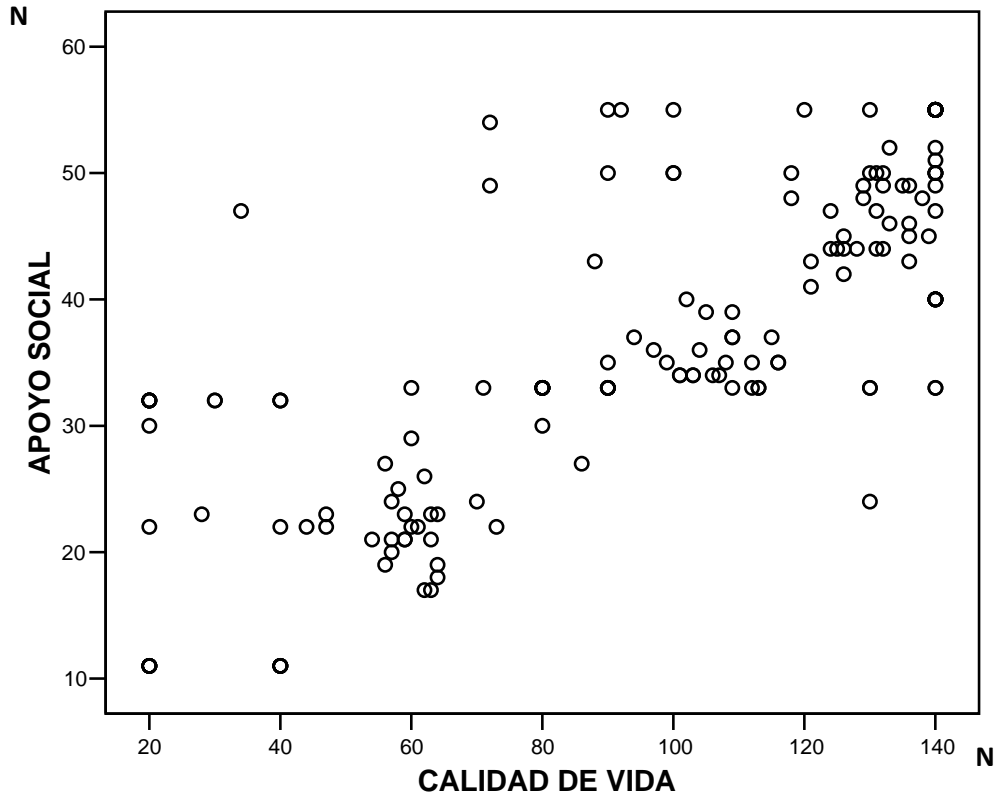
	Correlación	Valor p<0.01**
Apoyo Social global	.83	.000
Apoyo social Afectivo	.75	.000
Apoyo social confidencial	.71	.000

* The chronic respiratory disease questionnaire (CRQ).

**Prueba de Spearman

Fuente: Encuesta aplicada a individuos con EPOC de la consulta externa de neumología del HGR1 del IMSS de la ciudad de Querétaro, en el periodo de septiembre de 2009 a enero de 2010.

Gráfica 1. Calidad de Vida y Apoyo Social en Sujetos con EPOC



Fuente: Encuesta aplicada a individuos con EPOC de la consulta externa de neumología del HGR1 del IMSS de la ciudad de Querétaro, en el periodo de septiembre de 2009 a enero de 2010

V. DISCUSIÓN

La calidad de vida en los individuos con EPOC, es el resultado de la interacción entre diversos factores tanto psicológicos, como fisiológicos, por lo tanto la EPOC, así como otras enfermedades crónicas limitantes debe ser evaluada no sólo en el ámbito físico si no también en el ámbito emocional y social, donde también se encuentran alteraciones importantes que pueden influir en la calidad de vida de estos pacientes.

El interés de establecer la correlación entre la calidad de vida y el apoyo social en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica radica en que de acuerdo a la literatura internacional, la EPOC se ha convertido en un gran problema de salud pública, ya que tanto su morbilidad como su mortalidad están en aumento en todo el mundo, así mismo, la medición de la calidad de vida en los sujetos con EPOC permite predecir la mortalidad y morbilidad mucho más allá de las simples alteraciones fisiológicas. Adicionalmente a esto, se ha encontrado en los estudios internacionales que el apoyo social puede influir en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas.

Ramírez en el 2007, en su estudio realizado en la ciudad de Cali España encontró que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica cuentan con un buen apoyo social afectivo en el 55.1%, el cual obtuvo un porcentaje mayor que el confidencial con un 44.9%, similares resultados encontrados por Fernández en su estudio realizado en España en el 2001, siendo mayor el porcentaje de individuos con una buen apoyo afectivo en el 65%, que el confidencial con 47.5%. Los resultados del presente estudio fueron similares a los reportados por ambos autores, con 64.1% para apoyo afectivo normal y apoyo social confidencial de 38.0%.

En el estudio realizado por Ramírez en la ciudad de Cali, España, el 55.1% de los pacientes refirieron tener un buen apoyo social global y Fernández en el 2001 el 57%; en ambos estudios un buen apoyo social global fue mayor al

50%; sin embargo en el presente estudio se encontró un porcentaje mayor 69.9%, esto puede deberse a que en nuestro medio, la familia es aun un medio de apoyo social importante, que está determinado por la cultura y la educación que predomina en nuestro medio, a diferencia de los países europeos como España.

Espinosa (2005), en su estudio realizado en el Centro de Salud La Granja de Jerez de la Frontera (Cádiz) España, encontró con respecto a la calidad de vida que la puntuación media total del CRQ fue 92.2 ± 21.3 , la media obtenida en el presente estudio fue similar 96.53 ± 40.81 .

Fernández (2001) en su estudio realizado en los centros de salud el Palo y La Palma- Palmilla en España, refiere que la calidad de vida del paciente EPOC se ve más afectada en la dimensión que valora la limitación de la actividad a causa de la disnea (53.8 de puntuación media); en el presente estudio las mediciones entre las tres esferas que comprende el cuestionario empleado fueron similares, contrario a lo encontrado por Fernández, en donde, el 33.7% de los sujetos estudiados presentaron una puntuación máxima en la escala de disnea y el 8.2% presentó la puntuación mínima; esto puede deber a que la calidad de vida medida por el CRQ es subjetiva y está determinada por la percepción del paciente la cual puede diferir de calidad de vida que realmente tiene, es por ello que se puede explicar las diferencias existentes entre las dimensiones que valoran la función física de la función emocional. En este estudio se encontró correlación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el apoyo social (apoyo social global, afectivo, confidencial) de los sujetos con EPOC, con una mayor correlación entre la calidad de vida y el apoyo social global en un 83%, seguido del el apoyo social afectivo en un 75%, la menor correlación se presentó entre calidad de vida y el apoyo social confidencial con un 71%.

VI. CONCLUSIONES

Los parámetros clínicos nos permiten obtener información sobre la función pulmonar en los sujetos con EPOC, sin embargo no nos ofrecen datos sobre la repercusión de la EPOC sobre la función emocional, física o social.

Se encontró que el 69.6% de los pacientes con EPOC, tiene un apoyo social global normal.

En cuanto a la calidad de vida de los individuos con EPOC se encontró que solo el 23.9% obtuvo la puntuación máxima.

Debido a lo expuesto anteriormente los resultados del presente estudio, son de vital importancia ya que el apoyo social tienen correlación directamente proporcional con la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

De acuerdo a los resultados arrojados en el presente estudio, al aumentar la calidad de vida, aumenta el apoyo social, así mismo al disminuir la calidad de vida disminuye también el apoyo social, esta correlación fue estadísticamente significativa en los resultados de este estudio. Esta correlación de igual forma fue estadísticamente significativa entre la calidad de vida y los parámetros que comprende el apoyo social, encontrando una correlación mayor entre la calidad de vida y el apoyo social global, seguido de el apoyo social afectivo.

VII. PROPUESTAS

Dar a conocer los resultados del estudio a los pacientes con EPOC, así como a sus familiares, y personas que comprenden las redes sociales de apoyo de estos, dado que todo el entorno social de los individuos con EPOC, tienen una influencia directa sobre la calidad de vida de estos pacientes.

Es necesario fortalecer la promoción de grupos de auto ayuda, para fortalecer el apoyo social de los pacientes con EPOC, y así de esta manera, mejorar su calidad de vida.

Encontrar estrategias de manera conjunta con el servicio de trabajo social, para la captación de estos pacientes, que como ya se mencionó en la revisión de la literatura, son una población que va en aumento, y un importante problema de salud pública.

Establecer coordinación con el servicio de trabajo social, para que acudan a la consulta externa de neumología y a las unidades de medicina familiar para realizar sesiones educativas e identificar a los pacientes con EPOC, que cuentan con redes de apoyo social deficientes.

Las sesiones educativas deberán ser dirigidas por un experto en el tema con los pacientes con EPOC y sus familiares, y/o personas que integren sus redes de apoyo, explicándoles de forma comprensible, que es la calidad de vida y como ésta se correlaciona con el apoyo social, como una medida para tratar de fortalecer las redes de apoyo de los pacientes con EPOC y así mismo su calidad de vida.

VIII. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar M, García M. 2006. Diferencias en calidad de vida en pacientes hospitalizados con EPOC y asma. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*; 19 (4): 272-275.
- Aibar M, Laborda E, Conget L. 2007. Relación entre datos objetivos y calidad de vida percibida por el paciente con EPOC. *An Med Interna*; 4 (10): 473-477.
- Álvarez-Gutiérrez F, Miravittles M, Calle M, Gobartt E, López F, Martín A. 2007. Impacto de la EPOC en la vida diaria de los pacientes. *Arch Bronconeumol*; 43 (2): 64-72.
- Álvarez M, Muzzo S, Ivanovic D. 1985. Escala para la medición del nivel socio-económico en el área de la salud. *Rev Méd Chile*; 113: 243-249.
- A Puhan M, Behnke M, Lichtenschop A, Bráncli O, Guvalt G, Schuemann J. 2004. Self-administration and standardisation of the chronic respiratory questionnaire: a randomised trial in three German-speaking countries *Respiratory Medicine*; 98 (4): 342-350.
- Arredondo A, Márquez E, Moreno F, Bazán M. 2006. Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. *Rev Esp Med Quir*; 11 (3): 43-48.
- Avendaño M. 2008. Auto eficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica*; 26 (2): 165-172.
- Barron A, Sánchez E. 2001. Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*; 13 (1): 17-23.
- Brüggemann B, Garlipp P, Haltenhof H, Seidler K. 2007. Quality of Life and Social Support as Outcome Characteristics of a Psychiatric Day Hospital. *German J Psychiatry*; 10: 58-68.
- Consenso Mexicano. 2007. Panorama epidemiológico e impacto económico actual. *Neumología y cirugía de Tórax*; 66 (S2): S13-S16.

- Consenso Mexicano. 2007. Definición EPOC. Neumología y Cirugía de Tórax; 66 (S2): S10-S12.
- Consenso Mexicano. 2007. Diagnóstico y clasificación de la EPOC. Neumología y Cirugía de Tórax; 66 (S2): S19-S24.
- Consenso Mexicano. 2007. Patogénesis. Neumología y Cirugía de Tórax; 66 (S2): S17-S18.
- Consenso Mexicano. 2007. Intervenciones Prioritarias. Neumología y Cirugía de Tórax; 66 (S2): S26-S31.
- Cully J, Graham D, Stanley M, Ferguson C, Sharafkhaneh A, Kunik M, et al. 2006. Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Comorbid Anxiety or Depression. *Psychosomatics*; 47: 312–319.
- Donnell D, S Aaron S, Bourbeau J, Hernández P, Marciniuk D, Balter M, et al. 2007. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease – 2007 update. *Can Respir J*; 14 (Suppl B): 5B-32B.
- Espinosa N, Perea R, Vega S, Bermejo G, Lahoz B. 2005. Calidad de vida y situación sociosanitaria de los pacientes con EPOC. *Medicina de Familia*; 6 (3): 19-26.
- Esquivel R, Jiménez J, González-Celis A, Gazano A. 2006. Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. *ADM*; LXIII (2): 62-68.
- Fernández A, Bujalance M, Leiva F, Martos F, García A, Sánchez de la Cuesta F. 2001. Salud auto percibida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *MEDIFAM*; 11 (9): 530-539.
- Fernández A, Bujalance M, Leiva F, Martos F, García A, Prados T. 2001. Correlation between subjective and objective measures of health in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Aten Primari*; 28 (9): 579-589.

- Freeman D, Price D. 2006. ABC of chronic obstructive pulmonary disease. Primary care and palliative care. *BMJ*; 333: 188-190.
- Galindo J. 2006. Intervenciones farmacológicas para mejorar la disnea y la calidad de vida de los pacientes con EPOC. *Neumología y Cirugía de Tórax*; 65 (S1): S22-S26.
- Geijer R, Sachs A, Verheij T, Kerstjens H, Kuyvenhoven M, W Hoes A. 2007. Quality of life in smokers: focus on functional limitations rather than on lung function? *British Journal of General Practice*; 477-481.
- Herrera L, Quintero O, Hernández M. 2007. Funcionalidad y red de apoyo familiar en Pacientes diabéticos. Tipo 2. Servicio de Endocrinología. *Iahula. Mérida. Academia*; VI (12): 62-72.
- Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. 2004. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gac Sanit*; 18: 83-91.
- López V. 2006. Instrumentos de calidad de vida en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Neumología y Cirugía de Tórax*; 65 (S1): S11-S16.
- Marino P, Sirey J, Raue P, Alexopoulos G. 2008. Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD*; 3 (4): 713-718.
- McCathie H, Spence S, Tate R. 2002. Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *Eur Respir J*; 19: 47-53.
- Miravittles M. 2005. La calidad de vida en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: criterios de cuantificación y repercusiones terapéuticas. *Rev Clin Esp*; 205 (9): 439-42.

- Mirón J, Alonso M, Serrano A, Sáenz C. 2008. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. *Ren Panam Salud Pública*; 24 (5): 336-344.
- Molfino N. 2004. Tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) por médicos clínicos generales. *Medicina*; 64: 445-454.
- P de Torres J. 2006. Casanova C, Hernández C, Abreu J, Montejo A, Aguirre A, R Celli, B. Gender associated differences in determinants of quality of life in patients with COPD: a case series study. *Health and Quality of Life Outcomes*; 4 (27): 1-7.
- Ramírez R. 2007. Calidad de Vida y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Rev. Cienc. Salud*; 5 (1): 90-100.
- Reynales-Shigematsu L, Rodríguez-Bolaños R, Jiménez J, Juárez-Márquez S, Castro-Ríos A, Hernández-Ávila M. 2006. Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*; 48 (1): s48-s64.
- Ríos J, Barrios P, Luzeldy T. 2005. Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. *Rev Med Hosp Gen Mex*; 68 (3): 82-94.
- Roure R, Reig A, Vidal J. 2002. Percepción del apoyo social en pacientes hospitalizados *Rev Mult Gerontol*; 12 (2): 79-85.
- Salgado Y, Bernal-Márquez J. 2007. Calidad de vida de los pacientes con paraplejía secundaria a lesión vertebral traumática. *Acta ortopédica mexicana*; 21 (1): 3-7.
- Sanjuás B. 2005. Medición de la calidad de vida: ¿Cuestionarios genéricos o específicos?. *Arch Bronconeumol*; 41 (3): 107-9.
- Sanjuás C. 2002. Disnea y calidad en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*; 38 (10): 485-8.

- Sansores R, Ramírez A. 2006. Mecanismos de la disnea. *Neumología y cirugía de Tórax*; 65(51):S4-S6
- Schwartzmann L. 2003. Calidad de vida relacionada con la salud aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*; IX (2): 9-21.
- Serón P, Riedemann P, Sanhueza A, Doussoulin A, Villarroel P. 2003. Validación del Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica en pacientes chilenos con limitación crónica del flujo aéreo. *Rev Méd Chile*; 131: 1243-1250.
- Teva I, Bermúdez M, Hernández-Quero J, Buena-Casal G. 2004. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por VIH. *Psicología y Salud*; 14(2):229-235.
- Torre F, Martín-Corral J, Gómez-Vega C, La Torre S, Esteban I, Vallejo R. 2008. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp del Dolor*; 15 (2): 83-93.
- Tsara V, Serasli E, Katsarou Z, Tsorova A, Christaki P. 2008. Quality of Life and Social-Economic Characteristics of Greek Male Patients on Long-Term Oxygen Therapy. *Respiratory care*; 53 (8): 1048-1053.
- Tuesca-Molina R, Centeno H, de la Ossa M, García N, Lobo J. 2008. Calidad de vida relacionada con la salud y determinante socio demográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla*; 24 (1): 53-63.
- Vaglio J, Conrad M, Poston W, O'Keefe J, Haddock K, House J, et al. 2004. Testing the performance of the ENRICH Social Support Instrument in cardiac patients. *Health and Quality of Life Outcomes*; 2 (24): 1-5.

- Van Der Molen T, Willemse BW, Schokker S, Ten Hacken N, Postma D, Juniper E. 2003. Developmen, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionarie. Health Qual Life Outcomes; 1 (1): 13.
- Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. 2002. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México; 44 (4): 349-361.
- Viegi G, Pistelli F, Sherrill D, Maio S, Baladacci S, Carrozi L. 2007. Definition, epidemiology and natural history of COPD. Eur Respir J; 30: 993-1013.
- Vinaccia S, Quiceno J, Zapata C, Obesso S, Quintero D. 2006. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte; 18: 89-108.

Anexo 1. **CONSENTIMIENTO INFORMADO**



CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y Fecha : __Qro, Qro Marzo 2009_____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: ""ASOCIACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON EL APOYO SOCIAL

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es :Determinar la correlación entre la calidad de vida y el apoyo social en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar dos cuestionarios, uno que medirá mi calidad de vida y el otro las redes sociales de apoyo con las que cuento

Declaro que se me ha informado sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son las siguientes: Valorar y establecer si cuento con redes de apoyo, y si estas se correlacionan con mi calidad de vida como paciente portador de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente: _____

Nombre, firma y matricula del investigador responsable: _____

Números telefónicos a los cuales pueda comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigos _____

ANEXO 2 CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No1

Protocolo "ASOCIACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON EL APOYO SOCIAL"

--

El presente cuestionario es anónimo. Cuyo único fin es la investigación médica. Por favor conteste el siguiente cuestionario con la mayor veracidad posible,

FOLIO:

FECHA DE ELABORACION: _____

· Sexo

Hombre Mujer.

· Edad:

- Estado civil:

casado _____ soltero. _____ Viudo _____

Divorciado _____ Unión libre _____

Escolaridad:

Analfabeta ____ Primaria _____ Secundaria ____ Preparatoria ____

Profesional _____ Maestría _____

PADECIMIENTOS

DM 2 ____

HTA ____

ENFERMEDADES OSEOARTICULARES ____

CANCER ____

ENFERMEDADES CARDIACAS ____

CUESTIONARIO DUKE- UNC

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

CUESTONARIO DE LA ENFERMEDAD
RESPIRATORIA CRÓNICA

(THE CHRONIC RESPIRATORY DISEASE QUESTINNAIRE- CRQ)

Guell, R; Casan, P.; Sangenis, M.; Sentis, J.; Morante, F.; Borrás, JM; Guyatt, G. Arch Bronconeumol 1995;31:202-210
Hemos elaborado este cuestionario para saber cómo se ha encontrado usted durante las dos últimas semanas. Le preguntaremos si le ha faltado aire (ahogo), lo cansado que se ha sentido y cuál ha sido su estado de ánimo.

1. Me gustaría que usted pensara en las actividades que ha realizado durante estas dos últimas semanas que le hayan provocado la sensación de que le faltaba el aire (ahogo). Deben ser actividades que realice a menudo y sean importantes en su vida diaria. Por favor, puede decirme tantas actividades como pueda recordar que haya llevado a cabo durante estas dos últimas semanas, que le hayan producido la sensación de falta de aire (ahogo)?

(MARQUE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA EN LA HOJA CON LA LISTA. SI ALGUNA DE LAS QUE LE DICEN NO ESTÁ EN LA LISTA, APÚNTELA TAL COMO SE LO DIGA EL PACIENTE).

Puede pensar en otras actividades que usted haya realizado durante las dos últimas semanas que le hayan producido la sensación de falta de aire (ahogo)?

(ANOTE LOS ÍTEMS ADICIONALES)

2. Le voy a leer una lista de actividades que, en algunas personas con problemas respiratorios, provocan la sensación de que les falta el aire (ahogo). Haré una pausa después de cada una de ellas para que tenga tiempo de decirme si alguna le ha producido la sensación de falta de aire, mientras la realizaba en las dos últimas semanas. Si usted no ha realizado alguna de estas actividades en las dos últimas semanas, simplemente diga NO. Las actividades son las siguientes:

(LEA LOS ÍTEMS Y OMITA LAS QUE EL PACIENTE HA CITADO ANTES. HAGA UNA PAUSA DESPUÉS DE CADA ÍTEM PARA DAR TIEMPO AL PACIENTE PARA QUE DIGA SI A EL/ELLA LE HA FALTADO EL AIRE MIENTRAS REALIZABA ESA ACTIVIDAD DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS. MARQUE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO DEL ÍTEM CORRESPONDIENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS).

LISTA DE ACTIVIDADES

1. AL ENFADARSE O DISGUSTARSE
2. MIENTRAS SE BAÑABA O SE DUCHABA
3. AL INCLINARSE HACIA DELANTE
4. TRANSPORTANDO CESTOS, BULTOS, PESOS
5. VISTIÉNDOSE
6. COMIENDO
7. PASEANDO
8. REALIZANDO LAS LABORES DEL HOGAR
9. ANDANDO DEPRISA
10. HACIENDO LA CAMA
11. FREGANDO EL SUELO
12. MOVIENDO MUEBLES
13. JUGANDO CON SUS HIJOS O NIETOS
14. MIENTRAS PRACTICABA ALGUN DEPORTE
15. AGARRANDO ALGO DE UNA ESTANTERÍA SITUADA POR ENCIMA DE SU CABEZA

16. CORRIENDO TRAS UN COLECTIVO
17. YENDO DE COMPRAS
18. MIENTRAS INTENTABA DORMIRSE EN LA CAMA
19. HABLANDO
20. PASANDO EL ASPIRADOR
21. ANDANDO POR SU CASA
22. SUBIENDO POR UNA CUESTA
23. SUBIENDO ESCALERAS
24. ANDANDO CON OTRAS PERSONAS EN TERRENO LLANO
25. PREPARANDO LAS COMIDAS
26. BARRIENDO O PASANDO EL LAMPASO
27. HACIENDO EL AMOR

3 a. De las actividades que usted ha seleccionado, cuál es la más importante en su vida diaria? Se las voy a leer y cuando termine me gustaría que dijese cuál es para usted la más importante.

(LEA TODAS LAS ACTIVIDADES QUE EL PACIENTE ESPONTÁNEAMENTE ELIGIÓ Y LAS QUE MARCÓ DE LA LISTA)

Cuál de estas actividades es la más importante en su vida diaria?

(SE LEEN LAS ACTIVIDADES RESTANTES)

3 b. De las restantes actividades, cuál es la más importante en su vida diaria? Le leeré estas actividades y, cuando termine, me gustaría que usted me dijese cuál es la más importante.

(SE LEEN LAS ACTIVIDADES RESTANTES)

Cuál es la más importante en su vida diaria?

(ESCRIBA LA ACTIVIDAD EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

3 c. De las actividades restantes, cuál es la más importante en su vida diaria?.

(ESCRIBA LA ACTIVIDAD EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

3 d. De las actividades restantes, cuál es la más importante en su vida diaria?.

(ESCRIBA LA ACTIVIDAD EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

3 e. De las actividades restantes, cuál es la más importante en su vida diaria?.

(ESCRIBA LA ACTIVIDAD EN LA HOJA DE RESPUESTAS)

(PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, ASEGÚRESE QUE EL PACIENTE TENGA LA TARJETA ADECUADA DELANTE DE ÉL ANTES DE INICIAR LA PREGUNTA)

4. Me gustaría que me describa cuánta falta de aire (ahogo) ha tenido durante las dos últimas semanas mientras realizaba las cinco actividades que usted ha seleccionado.

4 a. Por favor, indique cuánta falta de aire (ahogo) ha tenido en las dos últimas semanas mientras realizaba

(EL ENTREVISTADOR LE DICE LA OPCIÓN 3 a.)

Elija una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

(TARJETA VERDE)

1. MUCHÍSIMA FALTA DE AIRE (AHOGO)
2. MUCHA FALTA DE AIRE (AHOGO)
3. BASTANTE FALTA DE AIRE (AHOGO)
4. MODERADA FALTA DE AIRE (AHOGO)
5. POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
6. MUY POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
7. NO LE HA FALTADO EL AIRE (AHOGO)

4 b. Por favor, indique cuánta falta de aire (ahogo) ha tenido en las dos últimas semanas mientras realizaba

(EL ENTREVISTADOR LE DICE LA OPCIÓN 3 b.)

Elija una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

(TARJETA VERDE)

1. MUCHÍSIMA FALTA DE AIRE (AHOGO)
2. MUCHA FALTA DE AIRE (AHOGO)
3. BASTANTE FALTA DE AIRE (AHOGO)
4. MODERADA FALTA DE AIRE (AHOGO)
5. POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
6. MUY POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
7. NO LE HA FALTADO EL AIRE (AHOGO)

4 c. Por favor, indique cuánta falta de aire (ahogo) ha tenido en las dos últimas semanas mientras realizaba

(EL ENTREVISTADOR LE DICE LA OPCIÓN 3 c.)

Elija una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

(TARJETA VERDE)

- h) MUCHÍSIMA FALTA DE AIRE (AHOGO)
- i) MUCHA FALTA DE AIRE (AHOGO)
- j) BASTANTE FALTA DE AIRE (AHOGO)
- k) MODERADA FALTA DE AIRE (AHOGO)
- l) POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
- m) MUY POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
- n) NO LE HA FALTADO EL AIRE (AHOGO)

4 d. Por favor, indique cuánta falta de aire (ahogo) ha tenido en las dos últimas semanas mientras realizaba

(EL ENTREVISTADOR LE DICE LA OPCIÓN 3 d.)

Elija una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

(TARJETA VERDE)

1. MUCHÍSIMA FALTA DE AIRE (AHOGO)
2. MUCHA FALTA DE AIRE (AHOGO)
3. BASTANTE FALTA DE AIRE (AHOGO)
4. MODERADA FALTA DE AIRE (AHOGO)
5. POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
6. MUY POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
7. NO LE HA FALTADO EL AIRE (AHOGO)

4 e. Por favor, indique cuánta falta de aire (ahogo) ha tenido en las dos últimas semanas mientras realizaba

(EL ENTREVISTADOR LE DICE LA OPCIÓN 3 e.)

Elija una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

(TARJETA VERDE)

1. MUCHÍSIMA FALTA DE AIRE (AHOGO)
2. MUCHA FALTA DE AIRE (AHOGO)
3. BASTANTE FALTA DE AIRE (AHOGO)
4. MODERADA FALTA DE AIRE (AHOGO)
5. POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
6. MUY POCA FALTA DE AIRE (AHOGO)
7. NO LE HA FALTADO EL AIRE (AHOGO)

5. En general, cuánto tiempo durante las dos últimas semanas se ha sentido frustrado o ha perdido la paciencia?

Por favor, indique durante cuánto tiempo se ha sentido frustrado o ha perdido la paciencia, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

(TARJETA AZUL)

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

6. Con qué frecuencia en las dos últimas semanas ha tenido la sensación de miedo o pánico al no poder respirar bien?

Por favor, indique con qué frecuencia ha tenido una sensación de miedo o pánico al no poder respirar bien, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

(TARJETA AZUL)

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

7. Qué tal la fatiga? Cómo se ha sentido de cansado durante las dos últimas semanas?

Por favor, indíqueme cómo se ha sentido de cansado durante las dos últimas semanas, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene delante.

(TARJETA AMARILLA)

1. EXTREMADAMENTE CANSADO
2. MUY CANSADO
3. BASTANTE CANSADO
4. MODERADAMENTE CANSADO
5. POCO CANSADO

6. MUY POCO CANSADO

7. NADA CANSADO

8. Cuánto tiempo durante las dos últimas semanas se ha sentido incómodo o violentado a causa de su tos o de su respiración ruidosa?

Por favor, indique cuánto tiempo se ha sentido incómodo o violentado por tos o de su respiración ruidosa, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

(TARJETA AZUL)

1. TODO EL TIEMPO

2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO

3. BASTANTE TIEMPO

4. ALGÚN TIEMPO

5. POCO TIEMPO

6. MUY POCO TIEMPO

7. NUNCA

9. En las dos últimas semanas, cuánto tiempo se ha sentido confiado y seguro de poder afrontar su problema respiratorio?

Por favor, indíqueme durante cuánto tiempo se ha sentido usted confiado y seguro de poder afrontar su problema respiratorio, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

(TARJETA GRIS)

1. NUNCA

2. POCO TIEMPO

3. ALGÚN TIEMPO

4. BASTANTE TIEMPO

5. MUCHO TIEMPO

6. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO

7. TODO EL TIEMPO

10. Se ha encontrado con fuerza, energía o coraje estas dos últimas semanas?

Por favor, indíqueme cuánta fuerza, energía o coraje ha tenido, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

(TARJETA ROJA)

1. SIN FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE

2. CON MUY POCAS FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE

3. ALGO DE FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE

4. CON FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE MODERADO

5. BASTANTE FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE

6. MUCHA FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE

7. LLENO DE FUERZAS, ENERGÍA O CORAJE

11. En general, cuánto tiempo se ha sentido angustiado, preocupado o deprimido en las dos últimas semanas?

Por favor, indíqueme cuánto tiempo se ha sentido angustiado, preocupado o deprimido en las dos últimas semanas, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

(TARJETA AZUL)

1. TODO EL TIEMPO

2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

12. Con qué frecuencia en las dos últimas semanas ha sentido que controlaba totalmente su problema respiratorio?

Por favor, indíqueme con qué frecuencia ha sentido que controlaba totalmente su problema respiratorio, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

(TARJETA GRIS)

1. NUNCA
2. POCO TIEMPO
3. ALGÚN TIEMPO
4. BASTANTE TIEMPO
5. MUCHO TIEMPO
6. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
7. TODO EL TIEMPO

13. Cuánto tiempo durante las dos últimas semanas se ha sentido relajado y sin tensiones?

Por favor, indíqueme cuanto tiempo se ha sentido relajado y sin tensiones, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

(TARJETA GRIS)

1. NUNCA
2. POCO TIEMPO
3. ALGÚN TIEMPO
4. BASTANTE TIEMPO
5. MUCHO TIEMPO
6. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
7. TODO EL TIEMPO

14. Cuánto tiempo durante las dos últimas semanas se ha sentido con poca fuerza?

Por favor, indíqueme cuanto tiempo se ha sentido con poca fuerza, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

(TARJETA AZUL)

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

15. En general, cuánto tiempo en estas dos últimas semanas se ha sentido desanimado y con la moral baja?

Por favor, indíqueme cuanto tiempo durante estas dos últimas semanas se ha sentido desanimado y con la moral baja, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

(TARJETA AZUL)

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

16. Con qué frecuencia en las dos últimas semanas se ha sentido hecho polvo o sin ganas de hacer nada?

Por favor, indíqueme con qué frecuencia se ha sentido hecho polvo o sin ganas de hacer nada, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

TARJETA AZUL)

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

17. Se ha sentido satisfecho, feliz o contento de su vida en las dos últimas semanas?

Por favor, indíqueme cómo se ha sentido de feliz, contento o satisfecho de su vida, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante:

(TARJETA BLANCA)

1. MUY INSATISFECHO, CASI SIEMPRE INFELIZ
2. GENERALMENTE INSATISFECHO, O INFELIZ
3. ALGO INSATISFECHO O INFELIZ
4. EN GENERAL SATISFECHO Y FELIZ
5. FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
6. MUY FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
7. EXTRAORDINARIAMENTE FELIZ, NO PODÍA ESTAR MÁS CONTENTO Y SATISFECHO

18 Con qué frecuencia en las dos últimas semanas se ha sentido asustado o angustiado al tener dificultades para poder respirar?

Por favor, indíqueme con qué frecuencia se ha sentido asustado o angustiado al tener dificultades para poder respirar, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

TARJETA AZUL)

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

19. En general, con qué frecuencia en las dos últimas semanas se ha sentido usted inquieto, tenso o nervioso? Por favor, indíqueme con qué frecuencia se ha sentido inquieto, tenso o nervioso, eligiendo una de las opciones de la tarjeta que tiene adelante

TARJETA AZUL)

1. TODO EL TIEMPO
2. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
3. BASTANTE TIEMPO
4. ALGÚN TIEMPO
5. POCO TIEMPO
6. MUY POCO TIEMPO
7. NUNCA

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

HOJA DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO (CRQ):

Nombre del Paciente:.....

Fecha Cuestionario:/...../.....

1. AL ENFADARSE O DISGUSTARSE
2. MIENTRAS SE BAÑABA O SE DUCHABA
3. AL INCLINARSE HACIA DELANTE
4. TRANSPORTANDO CESTOS, BULTOS, PESOS
5. VISTIÉNDOSE
6. COMIENDO
7. PASEANDO
8. REALIZANDO LAS LABORES DEL HOGAR
9. ANDANDO DEPRISA
10. HACIENDO LA CAMA
11. FREGANDO EL SUELO
12. MOVIENDO MUEBLES
13. JUGANDO CON SUS HIJOS O NIETOS
14. MIENTRAS PRACTICABA ALGUN DEPORTE
15. AGARRANDO ALGO DE UNA ESTANTERÍA SITUADA POR ENCIMA DE SU CABEZA
16. CORRIENDO TRAS UN COLECTIVO
17. YENDO DE COMPRAS
18. MIENTRAS INTENTABA DORMIRSE EN LA CAMA
19. HABLANDO
20. PASANDO EL ASPIRADOR
21. ANDANDO POR SU CASA
22. SUBIENDO POR UNA CUESTA
23. SUBIENDO ESCALERAS
24. ANDANDO CON OTRAS PERSONAS EN TERRENO LLANO
25. PREPARANDO LAS COMIDAS
26. BARRIENDO O PASANDO EL LAMPASO
27. HACIENDO EL AMOR

OTRAS ACTIVIDADES:

Actividad 3 a).....

Actividad 3 b).....

Actividad 3 c).....

Actividad 3 d).....

Actividad 3 e).....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 5. Método de Graffar

Anexo III.

METODO GRAFFAR	
VARIABLE	PUNTAJACION
PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA	
Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.	1
Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.	2
Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.	3
Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.	4
Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.	5
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE	
Universitaria o su equivalente	1
Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa	2
Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)	3
Educación primaria completa	4
Primaria incompleta, analfabeta	5
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS	
Fortuna heredada o adquirida repentinamente	1
Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.).	2
Sueldo quincenal o mensual	3
Salario diario o semanal	4
Ingresos de origen público o privado (subsidios).	5
CONDICIONES DE LA VIVIENDA	
Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias	1
Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias	2
Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias	3
Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias	4
Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias	5

CLASIFICACIÓN DEL ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE ACUERDO A LA SUMA DEL PUNTAJE:

04-06 Estrato alto

07-09 Medio alto

10-12 Medio bajo

13-16 Obrero

17-20 Marginal