

**PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y
PERCEPCIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA, EN PACIENTES CON
OSTEOPOROSIS QUE RECIBEN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE
ESTUDIO EN FASE CLÍNICA SUBFASE III EN LA CIUDAD DE
MEDELLÍN: UNA MIRADA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Psicóloga

LUISA FERNANDA GARCÍA MARULANDA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2011

**PRESENCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y
PERCEPCIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA, EN PACIENTES CON
OSTEOPOROSIS QUE RECIBEN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE
ESTUDIO EN FASE CLÍNICA SUBFASE III EN LA CIUDAD DE
MEDELLÍN: UNA MIRADA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

LUISA FERNANDA GARCÍA MARULANDA

**ASESOR: SONIA NATALIA COGOLLO
PSICÓLOGA
MAGÍSTER EN LITERATURA COLOMBIANA**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
ENVIGADO**

2011

“No se puede enseñar nada a un ser humano; sólo se le puede ayudar a encontrar la respuesta dentro de sí mismo”

Galileo Galilei

Hay personas que nos hablan y ni las escuchamos; hay personas que nos hieren y no dejan ni cicatriz; pero hay personas que simplemente aparecen en nuestra vida y nos marcan para siempre.

Cecilia Meireles

Dedicatoria

Esta investigación es dedicada a todas las personas que han estado presentes a lo largo de mi existir, ya que han aportado desde sus experiencias de vida a la construcción de mi propio proyecto personal.

Es un reconocimiento a la importancia e impacto de la mujer en la sociedad y una discreta retribución a su dedicación y pasión en sus roles de madre, compañera, amiga y trabajadora. Es mi deseo como futura profesional contribuir al desarrollo, protección y acompañamiento idóneo e integral de su ser.

Agradecimientos

A mis familiares, amigos y maestros por sus contribuciones y compañía durante este largo proceso de educación y crecimiento personal.

A REUMALAB S.A.S quien vio nacer esta iniciativa y abrió sus puertas para comenzar este proyecto y al centro de investigación CONCIENCIA por su asesoría y aportes.

Este triunfo es para mi madre. Con la sencillez de las palabras y la grandeza de su significado: GRACIAS.

Tabla de Contenido

Pág.

Dedicatoria	3
Agradecimientos.....	4
Glosario.....	10
Resumen.....	15
Abstract.....	17
Introducción.....	19
1. Planteamiento del Problema	21
2. Justificación.....	24
3. Objetivos	28
3.1 Objetivo General	28
3.2 Objetivos Específicos.....	28
4. Metodología.....	29
4.1 Diseño Metodológico.....	29
4.2 Muestra	32
4.3 Instrumentos	32
4.4 Procedimiento	35
5. Presupuesto	37
6. Cronograma	39
7. Marco Referencial	40
7.1 Antecedentes	40
7.2 Marco Legal	50
7.3 Marco Conceptual.....	52
7.3.1 Osteoporosis.....	52
7.3.2 Enfermedad Crónica	53
7.3.3 Geriatría.....	53
7.4 Marco Teórico	60
7.4.1 Psicología de la Salud	60
7.4.2 Teoría de la Adaptación	76

RESULTADOS	78
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	87
CONCLUSIONES.....	94
RECOMENDACIONES	96
REFERENCIAS.....	98
ANEXOS	104
Anexo A. Formato consentimiento informado.....	104
Anexo B. Formato cuestionario Hamilton de Ansiedad	105
Anexo C. Formato Cuestionarios SF 12 calidad de vida en salud.....	109
Anexo D. Formato entrevista estructurada para evaluar depresión	115

Lista de Tablas

Tabla 1. Resumen diseño de la investigación.....	29
Tabla 2. Datos descriptivos de la muestra.....	78
Tabla 3. Resultados entrevista estructurada para evaluar la presencia de depresión en la población de la investigación (instrumento inspirado en el cuestionario Montgomey Asberg).....	82
Tabla 4. Resultados cuestionario Hamilton de ansiedad.....	83, 84
Tabla 5. Resultados cuestionario SF 12 sobre calidad de vida en salud.....	85
Tabla 6. Consolidado de los resultados del cuestionario SF 12.....	86
Tabla 7. Correlación resultados variables calidad de vida.....	89
Tabla 8. Correlación de variables de investigación: calidad de vida, ansiedad, depresión.....	89

Lista de Figuras

Figura 1. Prevalencia de trastornos de ansiedad en Colombia año 2003.....	27
Figura 2. Percepción del grado de bienestar y evaluación de vida que hace el paciente.....	67
Figura 3. Dimensiones en calidad de vida.....	68

Lista de gráficas

Gráfica 1. Estado civil de la población que conforma la investigación.....	79
Gráfica 2. Proporción de participantes con hijos.....	79
Gráfica 3. Destribución por edaddes de la población.....	80
Gráfica 4. Tiempo en años de diagnóstico de la osteoporosis a la población que conforma la investigación.....	80
Gráfica 5. Presencia de lasitud.....	89
Gráfica 6. Presencia de insomnio.....	90

Glosario

Ansiedad: El DSM IV TR distingue doce subtipos producidos por pánico sin agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, por estrés post traumático, por estrés agudo, por ansiedad generalizada, debido a una condición médica general, por inducción de sustancia tóxica o droga y no especificada. En diferentes apartados se encuentran clasificados la ansiedad por separación y la evitación fóbica. Estos criterios fueron tomados en la década de 1960 – 1970 en los Estados Unidos como criterios diagnósticos operativos con fines iniciales de investigación y posteriormente fueron incorporados por el manual estadístico de los trastornos mentales con finalidad clínica. (Oblitas, L. 2006, p. 178,179). José Gutierrez Maldonado describe los trastornos de ansiedad como algo superior a un caso de “nervios”, los describe como:

Estados relacionados con la estructura biológica y con las experiencias vitales del individuo, frecuentemente son tendencias hereditarias, pero el aprendizaje juega un papel decisivo en el control o falta de éste. Cuando es excesiva y desbordada, hace que el individuo sufra lo que psicopatología se denomina un trastorno” (Gutierrez, J. Citado en Oblitas, L. 2006. p. 165)

Existen tres principales teorías que intentan explicar la ansiedad: las biológicas, las conductuales y las cognitivas, cada una abordando diferentes variables como causas posibles, sin embargo, estas teorías suelen ser complementarias, logrando una integración interdisciplinaria. (Gutiérrez, J. 2006, citado en Oblitas, L 2006. p. 165.166)

Refieren diferentes autores que los trastornos de ansiedad son una de las enfermedades mentales de mayor incidencia y ocurrencia a la población general en el mundo (Winokur y Clayton, 1994, citado en Oblitas, L 2006. p. 254)

Calidad de vida en salud: impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tiene sobre la percepción del paciente sobre su bienestar (Patrick y Erickson, 1993). Valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades, a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud... siendo una percepción subjetiva de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el sujeto. (Schumaker & Naughton, 1996).

Depresión: alteración del humor, que puede dar lugar a trastornos del estado de ánimo definidos por un sistema diagnóstico restrictivo. Como alteración patológica se caracteriza por descenso del humor (estado de ánimo disfórico) dando lugar a la tristeza y a signos y síntomas de tipo vegetativo, sentimientos excesivos de culpa, dificultades de pensamiento y concentración, cambios de peso corporal debido a alteraciones en el apetito, disturbios en el sueño e ideación suicida (Robles, 2006. p. 254). La Asociación Psiquiátrica Americana clasifica la depresión en la categoría de los trastornos del estado de ánimo, define como etiología y patogenia de este trastorno la alteración de elementos biológicos, psicológicos y sociales. Autores como Flaherty, J.A., Gaviria, M.F., Black, E.M., Altman, E y Michelle, T (1983) indican que “factores psicosociales pueden desempeñar

una función importante en la precipitación y constelación particular de los síntomas de la depresión” (Robles, 2006. p. 254)

Enfermedad crónica: también denominada por la comunidad médico-científica como enfermedad incapacitante. “Se denomina enfermedad crónica a aquella patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. [...] En epidemiología se entienden como enfermedades crónicas aquellas de alta prevalencia, larga duración y no curables.” (Aldasoro, 2009, p. 115-119).

Estudio clínico: También recibe el nombre de ensayo clínico, en el cual, se desarrolla una evaluación de tipo experimental sobre una molécula, sustancia, medicamento o intervención terapéutica en seres humanos, con propósito de establecer sus efectos farmacodinámicos, su eficacia y su indicación terapéutica. Se rige bajo criterios de seguridad, ética, metodología y normatividad vigente local e internacional. Un estudio clínico consta de dos fases: preclínica y clínica; la fase clínica se encuentra conformada por cinco sub fases:

- I: En la cual se busca establecer la tolerabilidad de la molécula, medicamento o acción terapéutica en humanos.
- II: En la cual se busca establecer la dosis terapéutica, su eficacia y seguridad en pacientes sometidos a tratamiento para la patología de estudio.
- III: En la cual se busca establecer la eficacia, seguridad e interacción de la dosis definida en gran cantidad de sujetos.

- **IIIb:** Es una extensión del estudio fase III, en el cual se busca formular nuevas indicaciones a partir de las interacciones y relaciones costo/beneficio.

- **IV:** busca establecer las condiciones de seguridad (fármaco vigilancia) en grandes grupos poblacionales posterior al registro y lanzamiento al mercado de la molécula, medicamento o acción terapéutica y sistematizar datos fármaco económicos. (Gallego. 2010).

Osteoporosis: Enfermedad esquelética sistémica, caracterizada por baja masa ósea y deterioro en la micro arquitectura del tejido óseo, lo cual origina fragilidad ósea aumentada con el consecuente aumento en el riesgo de fractura. (Escobar, 2010).

Percepción: Fenómeno de carácter mental provocado por la excitación procedente de los sentidos. Es la sensación bajo su aspecto cognoscitivo o representativo. La percepción es siempre un acto complejo compuesto de sensaciones actuales y remotas. Significado percepción (2011), En *Diccionario Enciclopédico Larousse*.

Prevalencia de punto: “la prevalencia es una medida de frecuencia importante en los estudios de morbilidad” (Colimon, 2010, p. 51). Su objetivo es medir la cantidad del fenómeno evaluado en un determinado momento o período, en un lugar específico y en un grupo social determinado. La prevalencia de punto permite establecer la proporción de prevalencia del fenómeno evaluado en relación con la totalidad de la población seleccionada en un momento y lugar específico.

Psicología de la salud: nace como una división de la Asociación Psicológica Americana, para contribuir a la comprensión y promoción de la

salud. Conectando la psicología con otras áreas de la salud como la medicina, la enfermería, la salud pública, fisioterapia y nutrición. Es un conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y al tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria. (Matarazzo, 1980).

Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición incluye un componente subjetivo importante que se debe tener en cuenta en las evaluaciones de los riesgos para la salud. (OMS, 1948).

Síntoma: Cada una de las manifestaciones subjetivas de una enfermedad. Fenómeno revelador de una enfermedad. Significado síntoma (2011), En *Diccionario Enciclopédico Larousse*.

Resumen

La investigación se ha desarrollado en la revisión de las variables: ansiedad, depresión y percepción sobre calidad de vida en salud de las pacientes que reciben actualmente tratamiento farmacológico para la Osteoporosis, documentando la presencia de factores intrasomáticos y su relación con la enfermedad crónica. Las variables fueron elegidas por ser las principales causas de alteraciones anímicas relacionadas con la aparición de enfermedades, según los *Disability Adjusted Lost Years* (DAYLs) de la Organización Mundial de Salud -OMS (2000). Estudios proyectivos indican que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de muerte asociada a las enfermedades cardiovasculares y al suicidio.

Los resultados que arroje la investigación son de interés para la comunidad académica médica, psicológica y Asociaciones de Usuarios de los Servicios de Salud, ya que, ofrece información científica sobre la injerencia de los estados anímicos en evolución de la enfermedad crónica de la Osteoporosis y posibilitan formular propuestas de intervención y tratamiento adecuadas a las exigencias de la OMS, *American Psychological Association* (APA) las actuales tendencias científicas en epidemiología para aumentar la esperanza de vida (Schwartzmann, 2005).

Objetivo: Determinar la percepción en calidad de vida en salud y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad crónica osteoporosis (que reciben tratamiento farmacológico de

estudio en fase clínica subfase III) desde la perspectiva de la psicología de la salud.

Método: enfoque cuantitativo, de corte transversal y nivel descriptivo.

Muestra: conformada por 34 mujeres post menopáusicas mayores de 60 años con diagnóstico confirmado de Osteoporosis pertenecientes a estudio clínico fase III de la ciudad de Medellín.

Instrumentos: se aplicó a 34 pacientes el Cuestionario SF-36v2 TM Health Survey (IQOLA SF-36v2 estándar, Columbia [Spanish]), la Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAMA) Spanish, date of issue: 13 feb 2007, Reference: Traslacion process Coordinated by H. Lundbeck A/S) y entrevista estructurada inspirada en el cuestionario Montgomery - Asberg Depression Rating Scale.

Resultados: la investigación demuestra que la población evaluada presenta moderada ansiedad y depresión y la percepción sobre la calidad de vida en salud se encuentra menguada debido al deterioro de la vitalidad y elevado dolor físico, permitiendo establecerse correlaciones positivas medias entre las variables. También se evidenció correlación negativa media entre ansiedad somática y la percepción sobre calidad de vida, específicamente en lo concerniente con la salud mental.

Abstract

The research was developed in the review of the variables: anxiety, depression and perception of quality of life in health of patients currently receiving drug treatment for Osteoporosis, documenting the presence of intrasomatic factors and their relationship with chronic disease. The variables were chosen to be the main causes of mood disorders related to the onset of disease, according to DAYLs WHO (2000). Projective studies indicate that by 2020 depression will be the second leading cause of death related to cardiovascular disease and suicide.

The research results produced are of interest to the academic community medical, psychological and User Associations Health Services, and that provides scientific information on the interference of the evolving moods of chronic disease and enable the Osteoporosis make proposals for intervention and treatment appropriate to the requirements of WHO, APA scientific and current trends in epidemiology to increase life expectancy (Schwartzmann, 2005).

Objective: Determinate the perception of quality of life in health and the presence of symptoms of anxiety and depression in patients with chronic disease osteoporosis (receiving study drug treatment in clinical subphase III) from the perspective of psychology of health. **Method:** A quantitative approach, experimental, transversal and descriptive level. **Sample:** composed of 34 postmenopausal women aged 60 years with confirmed diagnosis of Osteoporosis belonging to phase III clinical study of the city of Medellin. **Instruments:** There were applied to 34 patients, the SF-36v2 TM Health Survey (SF-36v2 IQOLA standard Columbia [Spanish]), the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAMA) Spanish, date of issue: February 13, 2007, Reference: Coordinated by H. Traslacion process Lundbeck A / S) and structured interview inspired by Montgomery - Asberg Depression Rating Scale. **Results:** The research shows that the study population presented moderate anxiety and depression and perceived quality of life in health is deteriorating due to reduced vitality and increased physical pain, allowing

half established positive correlations between the variables. Also showed negative correlation between somatic anxiety and half the perceived quality of life, specifically with regard to mental health.

Introducción

El actual protocolo de atención a pacientes con osteoporosis consiste en la atención primaria a pacientes posmenopáusicas sintomáticas y la intervención por parte del especialista para la prescripción, tratamiento y rehabilitación a las pacientes que presentan fractura osteoporótica, sin atender o contemplar dicho protocolo las necesidades educativas, emocionales y anímicas de las pacientes.

Hay basta literatura e investigación biomédica acerca del padecimiento físico que experimenta la persona que padece osteoporosis, mas son pocos los estudios realizados a la fecha para conocer, evaluar y determinar el impacto psicológico que ha producido en el paciente con este diagnóstico, es por ello, que se pone en marcha este proceso investigativo, esperando ofrecer datos relevantes a los miembros de los servicios de salud y asociaciones de usuarios sobre la presencia o no de síntomas intrasomáticos en relación con la enfermedad crónica y su calidad de vida, a fin de formular propuestas que favorezcan el pronóstico del paciente.

Poole K.E.S y Compston J.E publican en el año 2006 tasas de frecuencia y costo al servicio sanitario en Europa de la osteoporosis y sus consecuencias, evidenciando la alta incidencia de la enfermedad en la población mayor de 50 años, al indicar que el 40% de las mujeres caucásicas padecen fracturas osteoporóticas, causando servicios médicos por más de treinta millones de euros por año. (*Poole y Compston, 2006, p. 1251-6*). Manifiestan la necesidad de coordinación, cooperación y diversificación de todos los miembros del servicio de salud, a fin de optimizar la gestión diagnóstica, tratamiento y rehabilitación de este grupo prioritario, con el propósito de ofrecer atención integral a los pacientes y disminuir el gasto global del Servicio de salud, lo cual, se encuentra acorde con la postura asumida por la APA desde la psicología de la salud, al postular que el cuidado de la salud humana es una labor interdisciplinaria.

Se emplean cuestionarios y escalas estandarizadas, al igual que entrevistas estructuradas a pacientes posmenopáusicas con diagnóstico confirmado de osteoporosis que reciben tratamiento farmacológico a fin de evaluar y determinar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, así como la percepción sobre calidad de vida y con la información recolectada establecer si es requerida la intervención psicológica en el protocolo de atención para la osteoporosis.

1. Planteamiento del problema

La OMS al definir la salud en términos positivos relacionados con el área física, mental, social del ser humano, está determinando que la atención en salud debe ser integral abordando la complejidad misma de los sistemas que integran el organismo humano, sin embargo, se evidencia en la actualidad que los protocolos de atención para pacientes con osteoporosis incluyen únicamente prescripción de ejercicio, terapia hormonal o terapias con medicamentos alternativos y la ingesta de Calcio, Vitamina D y vitamina K, descuidando los aspectos emocionales que pueden estar presentes en el paciente al ser diagnosticado y que intervienen en el pronóstico y adherencia terapéutica del mismo.

Autores como Saleras (1985. Citado por Palermo y Fernández-Abascal, 1998) reconocen la influencia de los factores sociales en el continuo salud-enfermedad, redefiniendo la salud como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.

Las enfermedades más frecuentes en la sociedad occidental actual se encuentran asociadas a factores de riesgo como el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, alto nivel de colesterol, estrés, hábitos alimenticios y dieta, tabaquismo, antecedentes familiares, actividad física y hábitos de tránsito y conducción (Matarazzo, 1984) y se proyecta que factores anímicos como la depresión serán la segunda causa de mortalidad de la población para el año 2020 en asocio con las dos principales causas de

enfermedad (DAYLS OMS 2002) y la ansiedad se asocia con las principales patologías causantes de incapacidad y ausentismo laboral.

Se establece como una dificultad no resuelta por el modelo biomédico la explicación de la experiencia, expresión o manifestación de una enfermedad, ya que existe alta capacidad para identificar con consistencia y especificidad la lesión principal de una enfermedad y su incapacidad, como un proceso de etiquetamiento funcional-patológico (Ballester, 1990. Citado por Palermo y Fernández-Abascal, 1998) mas no para estudiar e identificar los factores de determinan la diferente manifestación de los síntomas en individuos de una misma patología (McHugh y Vallis, 1986. Citados por Palermo y Fernández-Abascal, 1998) o para la comprensión del paciente sano preocupado (*worried well*) (Burnum, 1978. Citado por Palermo y Fernández-Abascal, 1998).

Se pretende reforzar el planteamiento de la psicología de la salud en referencia a que las enfermedades no son en sí mismas, por sí mismas y para sí mismas y tienen relación con el paciente, su personalidad, estilo de vida y subjetividad (Palermo y Fernández-Abascal, 1998). Es por ello que se decide documentar la presencia de influencias psicológicas en la salud de las personas (Taylor, 2006) a fin de establecer si éstos son factores relevantes en el diagnóstico, pronóstico y adherencia terapéutica del paciente con osteoporosis, ya que es una enfermedad que afecta a más de setenta y cinco millones de personas actualmente, según informe de la OMS en 2010, dado que actualmente, no son consideradas e intervenidas en el protocolo de atención para esta enfermedad. Se eligen la ansiedad, depresión y percepción sobre calidad de vida por ser los factores alertados

por la OMS como principales causas asociadas a los procesos de morbilidad y mortalidad en el futuro cercano, y estima esta organización sanitaria que para el año 2040 se habrá triplicado la población con osteoporosis, siendo apremiante un protocolo integral que incluya educación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación interdisciplinar al paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge como preguntas de investigación que se pretenden responder en el presente trabajo: ¿Cuál es la percepción que tienen sobre su calidad de vida las pacientes con osteoporosis en relación con la salud? ¿Presentan las pacientes con osteoporosis síntomas de ansiedad y depresión y éstos se relacionan con su percepción de calidad de vida?

2. Justificación

Se realiza una revisión de las variables ansiedad, depresión y calidad de vida en salud de una muestra estadística de pacientes con diagnóstico confirmado de osteoporosis pertenecientes a un protocolo de investigación clínica farmacéutica fase III reclutadas en la ciudad de Medellín, las cuales fueron seleccionadas aleatoriamente para documentar el estado de las variables antes mencionadas en la población y posteriormente explicar la relación entre estas variables con la enfermedad crónica osteoporosis para formular sugerencias de intervención a dicha población. Las acciones de investigación emprendidas pueden contribuir al cumplimiento de las exigencias de la OMS, la APA (*American Psychological Association*) y las actuales tendencias científicas en epidemiología para aumentar la esperanza de vida (Schwartzmann, 2005), teniendo en cuenta la percepción del paciente sobre su calidad de vida (Vilagut et al., 2005).

El fundamento teórico y referente de la investigación que se desarrolla, está aportado por exponentes de la psicología de la salud, geriatría y la medicina interna con el propósito de rastrear la posible relación entre los síntomas físicos y la producción emocional, ya que en las últimas tres décadas han tenido un importante avance los estudios y tratamientos interdisciplinarios que relacionan y permiten abordar la salud humana desde el componente biológico, anímico y personal de cada paciente.

Esta propuesta de investigación y revisión permite comprender las variables o síntomas de esta enfermedad crónica, evaluar las necesidades de atención y tratamiento de los síntomas asociados a la enfermedad para

ofrecer atención integral en salud como formula la OMS en su definición de 1948:

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición incluye un componente subjetivo importante que se debe tener en cuenta en las evaluaciones de los riesgos para la salud.

Tal como postula la APA desde 1980, es labor propia de la psicología realizar:

[...] Contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales [...] para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones.

De esta manera se contribuye al mejoramiento de la expectativa de morbilidad y mortalidad en pacientes con enfermedad crónica.

Los resultados que la investigación arroja son de interés para la comunidad académica médica, psicológica y asociaciones de usuarios de los servicios de salud, ya que ofrecen información científica sobre la injerencia de los estados anímicos en evolución de la enfermedad crónica de la osteoporosis.

Desde esta propuesta de investigación se traslada el modelo de medicina basada en la evidencia (Françoise, Izquierdo, Martínez, Pérez y Radamés, 2005) y se implementa el modelo de práctica basada en la evidencia psicológica, integrando la mejor investigación disponible con la experiencia clínica en el contexto de las características, la cultura, preferencias y valores del paciente, con el propósito de contribuir a la creación de un protocolo eficiente, efectivo y que mejore la calidad de vida de los sujetos de investigación. (Castro, 2010).

Se elige la depresión como uno de los componentes anímicos a evaluar dado que en la actualidad es la cuarta causa relacionada con la aparición de enfermedades, según los DAYLs de la OMS (2000) y estudios proyectivos indican que para el año 2020 será la segunda causa de muerte asociada a las enfermedades cardiovasculares y el suicidio.

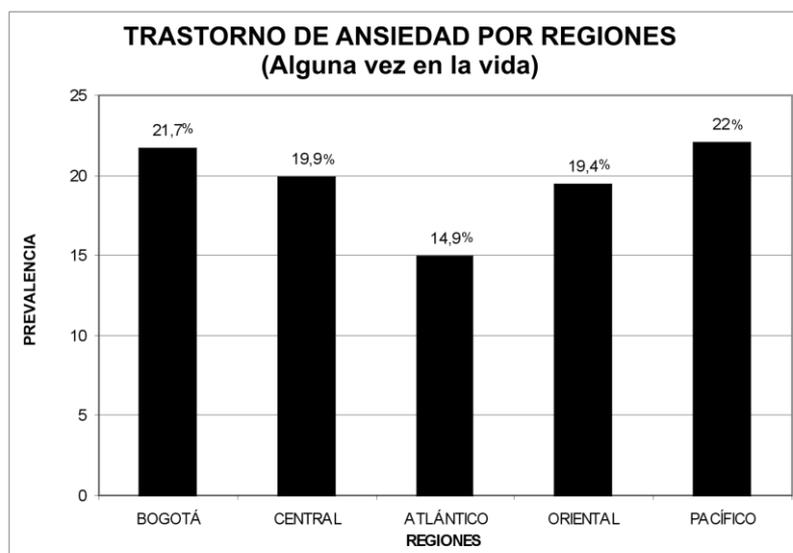
Actualmente reporta la OMS que entre el 60% y el 80 % de las personas que padecen depresión pueden recibir atención que conduzca a recobrar la salud, mediante el suministro de medicamentos, cuidados y formas estructuradas de psicoterapia, y ha propuesto un plan de salud pública alrededor del mundo que pretende reducir la ocurrencia e impacto de la depresión en los pacientes y sus familiares, invitando a los países a crear políticas de atención primaria que brinden soporte, atención y tratamiento para la depresión, así como estudios de intervención multi-sitio que incluyan atención básica para la depresión.

La ansiedad también es elegida como componente del estado de ánimo a investigar, dado que en Colombia tiene una alta prevalencia: el 19.3% de la población entre 18 y 65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad, siendo más frecuentes entre las mujeres (21.8%). La fobia específica es la de mayor prevalencia de vida con 13.9% en mujeres, seguido por la fobia social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida, según el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia (2003), que retoma datos suministrados por la OMS para el año 2001 (Posada, Buitrago, Barreto y Rodríguez, 2006).

Como fue documentado por la OMS en su reporte del año 2001, cinco de las diez primeras causas de discapacidad en el mundo están relacionadas

con trastornos del estado de ánimo, siendo un problema de salud pública, y en Colombia es de gran interés por el incremento en su prevalencia, especialmente los trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, ansiedad generalizada, fobia social, fobia específica, agorafobia y estrés postraumático). La prevalencia de los trastornos de ansiedad está aumentando a nivel mundial en asocio con problemas como el aumento de la violencia, la pobreza y el consumo de sustancias psicoactivas además de otros estresantes propios de la sociedad actual (Posada et al., 2006).

Figura 1. Prevalencia de trastornos de ansiedad en Colombia Año 2003: (Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM, 2003)



A partir de este proceso investigativo se determinará la importancia de la intervención del psicólogo en el desarrollo de los protocolos de atención en salud para enfermedades crónicas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar la percepción en calidad de vida en salud y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad crónica osteoporosis (que reciben tratamiento farmacológico de estudio en fase clínica subfase III) desde la perspectiva de la psicología de la salud.

3.2 Objetivos específicos

1. Evaluar la percepción de los sujetos de investigación sobre su calidad de vida en relación con su estado de salud actual, a través de la administración de cuestionario SF36 versión reducida y traducida al español SF 12.
2. Identificar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en los sujetos de investigación a través de la administración individual del cuestionario *Hamilton Rating Scale* de ansiedad y entrevista personal estructurada inspirada en el cuestionario Montgomery Asberg de Depresión.
3. Relacionar los síntomas de ansiedad y depresión con la percepción de las pacientes sobre su calidad de vida en salud.
4. Establecer la relación entre la osteoporosis y la percepción de calidad de vida en salud de las pacientes.

4. Metodología

4.1 Diseño metodológico

La investigación se plantea desde el enfoque cuantitativo, se utiliza el análisis transversal para describir y explicar tres variables de estudio: ansiedad, depresión y percepción sobre calidad de vida en salud en población con enfermedad crónica osteoporosis, determinando la prevalencia de punto de las variables.

El tamaño de la muestra es de 34 sujetos, considerando la fórmula estadística para determinar el tamaño de muestra en estudios clínicos de REUMALAB S.A.S [IN – 026 versión 1]), a partir de un universo poblacional de 398 sujetos, los cuales son pacientes activos del centro integral de reumatología REUMALAB S.A.S. de la ciudad de Medellín.

Tabla 1. Resumen diseño de la investigación.

Enfoque	Cuantitativo
Tipo de investigación	Descriptiva
Tipo de análisis	Transversal
Variabes	Ansiedad, depresión, calidad de vida en salud
Nivel de certeza o confianza	95%
Nivel de verdad	80%
Nivel de falsedad	20%

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA ESTUDIOS CLÍNICOS REUMALAB S.A.S	IN - 026
	Versión: 01
	Elaborado: 28/ Noviembre / 2006
RESPONSABLE: Coordinadora de calidad	

Teniendo en cuenta que las muestras a calcular se esperan que se comporten como una distribución normal, aplicamos el siguiente criterio:

$$\% \text{ muestral} = (Z * \delta) / \sqrt{N} \%$$

Donde:

Z= 2.78 Teniendo en cuenta que se espera tener un 95% de certeza o confianza.

Desviación Típica $\sigma(\delta) = \sigma$ Raíz cuadrada $(p*q)$

p = Proporción de verdad o confianza que se espera tener en el momento de realización de las encuestas de satisfacción. Este valor se estima que sea:

Proporción de verdad (p)= 80% ó 0.8

q = Proporción de Falsedad; es el complemento de la proporción de verdad (p). Este valor se estima que sea:

Proporción de falsedad (q)= 20% ó 0.2

Aplicando la fórmula de la desviación estándar tenemos:

Desviación Típica (σ): Raíz Cuadrada $(p*q)$

Desviación Típica (σ): $\sigma = 0.8*0.2$

Desviación Típica (σ): 0.4

N= Tamaño de la Población. Para determinar el tamaño de la población se puede tomar como referencia los tres periodos anteriores y determinar el promedio.

$$\% \text{ Muestral} = (Z * \sigma) / \sqrt{N} \%$$

$$\% \text{ Muestral} = (2.78 * 0.4) / \sqrt{N}$$

Determinación del tamaño de la muestra tenemos:

$$\text{Tamaño de la muestra (n)} = (\% \text{muestral} * N)$$

1. Ejemplo: Si queremos aplicar encuestas a la siguiente población

Mes	Población
Octubre	143
Noviembre	180
Diciembre	215
Promedio	179

$$\begin{aligned}\% \text{ Muestral} &= (2.78 \cdot 0.4) / \square \square N \\ &= (2.78 \cdot 0.4) / \square \square 179 \\ &= 8.3\%\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Tamaño de la muestra (n)} &= (\% \text{muestral} \cdot N) \\ &= 8.3\% \cdot 179\end{aligned}$$

$$\text{Tamaño de la muestra (n)} = 15$$

CONCLUSIÓN: Se deben aplicar 15 encuestas

2. En caso de que la población sea menor o igual a 30 elementos, la muestra será el 100% de la población, es decir, si

$$\boxed{N \leq 30; n = N}$$

Ejemplo: Si $N = 28$, entonces $n = 28$.

CONCLUSIÓN: Se deben aplicar 28 encuestas

Aprobó: María Teresa Molina R. – Gerente.

Fecha de aprobación del documento para su uso institucional: 28 / Noviembre / 2006

4.2 Muestra

La muestra para investigación cumple con los criterios de inclusión siguientes:

- Género: Femenino
- Post menopáusicas
- Edad: mayor de 60 años
- Diagnóstico de Osteoporosis confirmado
- Pertener a protocolo de investigación fase clínica subfase III en

el cual les suministran tratamiento en la ciudad de Medellín.

4.3 Instrumentos

Se emplean como instrumentos para recolección de información:

1. SF-36v2 TM Health Survey (IQOLA SF-36v2 estándar, Columbia [Spanish]): es un cuestionario diseñado como una escala genérica que avalúa calidad de vida relacionada con salud (CVRS)

La prueba consta de 12 ítems: Función Física, Función Social, Rol físico, Rol Emocional, Salud mental, Vitalidad, Dolor corporal y Salud General.

[...] Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. [...] es un instrumento que supera el estándar propuesto de fiabilidad (α de Cronbach), muestra buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos CVRS. (Vilagut et. al., 2005, párr. 12, 31).

Esta prueba es aplicada a pacientes con enfermedades crónicas y la escala está diseñada para que a mayor puntuación, mejor estado de salud. Después de la administración del cuestionario al paciente, el investigador procede a realizar los procesos de:

1. Homogenización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».

2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

La versión abreviada del cuestionario el SF-12 es una adaptación realizada en España por Alonso y colaboradores como una aplicación menos extensa que el SF-36. Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. (Vilagut et. al., 2005).

Las propiedades de esta prueba han sido evaluadas en más de 400 artículos. (Garratt et. al., 2002)

2. Cuestionario Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAMA)
Spanish, date of issue: 13 feb 2007, Reference: Translation process
Coordinated by H. Lundbeck A/S):

Permite determinar el grado de ansiedad generalizada del paciente, es heteroaplicada, funciona como una entrevista semiestructurada en la cual se evalúan las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, síntomas musculares, síntomas sensoriales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios, síntomas vegetativos (Bulbena et. al., 2003, p. 373).

Permitiendo evaluar de esta manera ansiedad psíquica y ansiedad somática.

Entrevista estructurada, inspirada en la Escala de Evaluación de la Depresión de Montgomery - Asberg MADRS: Este tipo de entrevista permite al investigador recolectar detallada información psicopatológica de los sujetos de forma individual, la cual puede ser comparada con otros

estudios de rigor científico, permitiendo generar categorías formales, siendo las entrevistas estructuradas una herramienta fundamental para la investigación básica y epidemiológica (Vásquez et. al., 1993, p. 259) Los índices de fiabilidad que ofrece la entrevista estructurada son satisfactorios, según indica Helzer y Cols (1985), sin embargo su utilidad es limitada para determinar aspectos como el estilo de interacción personal, actitudes, detección de signos no verbales, los cuales son necesarios para formular un diagnóstico. (Zubin, 1989. Citado en Bulbena et. al., 2003, p. 259).

La escala de evaluación Montgomery – Asberg fue diseñada en 1979. Es corta, de claras instrucciones para uso, su versión al español fue realizada por Conde y Franch en el año 1984. Se emplea una calificación de 0 a 6 para evaluar estados de ánimo, ansiedad, síntomas somáticos y anhedonia. La puntuación igual o inferior a nueve indica que no existe depresión en el sujeto. (Levine y Cols, 1987 Citado en Bulbena et. al., 2003. P 264). Cuenta con una consistencia interna de 0.70, sin embargo, por contar amplios rangos para la evaluación de los ítems tiende a ser baja su fiabilidad en comparación con otros cuestionarios. Esta escala es de alta utilidad para evaluar pacientes con enfermedades físicas concomitantes, cuyos síntomas somáticos pueden confundirse con los propios de la depresión (Lloyd, 1990, Kearns y cols. 1992, citado en Bulbena et. al., 2003, p. 265) Esta escala cuenta con una fortaleza frente a otras de uso hospitalario y es su alto grado de utilidad y sostenibilidad, dado su poder estadístico con bajo número de pacientes.

4.4 Procedimiento

El procedimiento de selección de los sujetos de la investigación se realizó mediante muestreo aleatorio simple, usando la fecha de la visita más próxima al Centro Integral de reumatología REUMALAB S.A.S. ubicado en la ciudad de Medellín, durante los meses de febrero – mayo de 2010.

Se solicita autorización al patrocinador farmacéutico del estudio Fase III y al comité de ética CREI para evaluar a las pacientes y realizar la investigación psicológica. Se somete a aprobación el documento de consentimiento informado, el cual, es discutido y firmado de forma individual con cada participante. La producción de la información es llevada a cabo durante cuatro meses continuos, realizando de lunes a viernes entrevistas individuales con duración de 40 minutos con cada participante.

Se emplearon los siguientes instrumentos clínicos: entrevista estructurada basada en la escala para depresión Montgomery- Asberg, administración de la escala Hamilton de Ansiedad (HARS) y el cuestionario de salud y bienestar (IQOLA SF36V2 estándar, Spanish). Finalizado el período de práctica investigativa de la estudiante Luisa Fernanda García Marulanda (investigadora principal) en el mes de Julio de 2010 cesa la delegación de responsabilidades y participación en el protocolo de investigación clínica Fase III.

Este proceso investigativo se realizó con el ánimo documentar y medir las variables ansiedad, depresión y percepción en calidad de vida en relación con la salud en pacientes con osteoporosis, permitiendo ampliar la comprensión de esta enfermedad y mejorar los protocolos de atención, a fin

de que estos contribuyan a la humanización de la atención en salud y favorezcan el mejoramiento en la calidad de vida y adherencia terapéutica de los pacientes con osteoporosis.

5. Presupuesto

PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJO DE GRADO				
RUBROS	FUENTES			TOTAL
	Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Personal	\$1.800.000		\$3.395.700	\$5.195.700
Materiales y suministros			\$36.300	\$18.000
Salidas de campo				0
Bibliografía	\$714.200		\$35.000	\$749.200
Otros	\$520.000		\$300.000	\$820.000
Congreso Latinoamericano de psicoterapias cognitivas: ampliando perspectivas	\$500.000			\$500.000
Asesores expertos			\$500.000	\$500.000
Revisión técnica al trabajo e impresión	\$320.000			\$320.000
Docente Asesor IUE		\$21.188/hora		\$3.106.528
TOTAL	\$3.334.200		\$3.967.000	\$11.209.428

PERSONAL						
Nombre del investigador	Función en el proyecto	Dedicación H/Semana	Costo			Total
			Estudiante	Institución IUE	Externa	
Luisa Fernanda García M	Investigador principal	8	\$1.800.000		\$3.395.700	\$5.195.700
Ana María Arias	Docente asesor	2		\$21.188/hora		\$678.016
Vilma Merchan	Docente asesor	6		\$21.188/hora		\$508.512
Sonia Natalia Cogollo	Docente asesor	6		\$21.188/hora		\$1.920.000
TOTAL			\$1.800.000		\$3.395.700	\$8.302.228
DESCRIPCIÓN DE MATERIALES Y SUMINISTROS						
Descripción de tipo de Material y/o suministro			Costo			Total
			Estudiante	Institución IUE	Externa	
Fotocopias consentimiento informado Cantidad 40					\$2.000	\$2.000
Fotocopias modelo entrevista Cantidad 320					\$16.000	\$16.000
TOTAL					\$18.000	\$18.000

DESCRIPCIÓN DE SALIDAS DE CAMPO				
Descripción de las salidas	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
TOTAL				0

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO				
Descripción de compra de material bibliográfico	Costo			Total
	estudiante	institución - IUE	externa	
Copia del Libro <i>Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología</i>			\$35.000	\$35.000
<i>Psicología de la Salud. Abordaje Integral de la Enfermedad Crónica</i>	\$ 60.000			\$60.000
<i>Psicoterapia Integrativa Multidimensional</i>	\$ 40.000			\$40.000
<i>Consentimiento informado en el procedimiento médico y/o quirúrgico</i>	\$ 38.000			\$38.000
<i>Revista argentina de clínica psicológica</i>	\$ 200.000			\$200.000
<i>Fundamentos de medicina. Geriatria</i>	\$ 95.000			\$95.000
<i>La mente dividida. La Epidemia de los Trastornos Psicósomáticos</i>	\$ 100.000			\$100.000
<i>Cuadernos del SIUNE. Vol. 1 N 1</i>	\$ 6.200			\$6.200
<i>Fundamentos de Epidemiología 3 ed</i>	\$ 150.000			\$150.000
Copia <i>Manual de publicaciones de la American Psychological Association. Versión Abreviada</i>	\$ 7.000			\$7.000
Copia <i>Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud. Desarrollo e intervención</i>	\$ 18.000			\$18.000
Total	\$714.200		\$35.000	\$ 749.200

DESCRIPCIÓN DE OTROS GASTOS	Costo			Total
	Estudiante	Institución IUE	Externa	
Asesorías por parte de expertos en: - investigación (centro de investigación CONCIENCIA) - En estadística y calidad	\$200.000		\$300.000	\$500.000
Revisión técnica e impresión	\$320.000			\$ 320.000
TOTAL	\$520.000		\$300.000	\$820.000

7. Marco referencial

7.1 Antecedentes

La investigación en psicología tiene una trayectoria que puede rastrearse en la medicina griega en la cual, existe una relación entre la psicología y la medicina, en ese momento denominada como salud corporal y del alma. La mitología relata en varias de sus narrativas, que el bienestar humano sólo era posible si había equilibrio entre el alma y el cuerpo, incluso se relata que la salud corporal está supeditada a la salud del alma; en estos relatos puede rastrearse la comprensión de la enfermedad psicosomática.

La ciencia actual, se encuentra fundamentada en el paradigma del ser humano como un ser biopsicosocial, es posible rastrear en el tratado de Hipócrates en el siglo V, nociones que hacen referencia y sustentan este pensamiento, ya que él es considerado el padre de la medicina e indicaba la relación entre la tierra, el aire, el agua y su influencia en la salud humana física y anímica de los seres humanos.

Sin embargo, la mitología griega no es la única fuente ancestral de la relación entre medicina y psicología y sus específicos campos de estudio: el cuerpo y la mente, en las tribus y pueblos primitivos existía la creencia que el alma tenía existencia propia e influía el cuerpo, incluso podía abandonarlo y eminentemente el destino de ese cuerpo era la enfermedad y la muerte.

La tradición judeocristiana también relata la estrecha relación entre mente, cuerpo y alma, al indicar que el alma es inmaterial, es espiritual, y requiere de

un vehículo o templo que es el cuerpo y la característica esencial del ser humano es que posee pensamientos, voluntad y racionalidad para obrar.

La tradición de los últimos cincuenta años, lleva a la ciencia a considerar el cerebro como el encargado de regular el resto del organismo, como un todo unificado, que es altamente especializado y con funciones específicas en cada punto de la corteza y hemisferios. A causa de este hallazgo científico han surgido una serie de planteamientos sobre la relación (o no) entre cerebro y mente como son:

1. El reduccionismo monista: que indica que no existen los estados mentales como propone el conductismo, o el materialismo eliminativo de Churchland. En caso de existir son iguales o son los mismos que los procesos cerebrales, como lo indica la propuesta de identidad mente/cuerpo. De la Cruz, M.J. (Julio, 2010) Planteamiento actual: mente y cerebro: El problema mente cuerpo distintos planteamientos. Recuperado de <http://platea.pntic.mec.es/macruz/mente/cuerpo-mente3.htm#monismo>

2. Dualismo Neurofisiológico: Eccles propone la existencia autónoma de la mente auto-controlada, no orgánica ni material, pero que tiene como función la interpretación y control de los procesos neuronales mediante percepciones, sentimientos, intenciones, recuerdos y estados de conciencia, diferente del cerebro que se encarga de la realización física animada e inanimada, natural y artificial que recibe a través de los órganos de los sentidos.

Los modelos biomédicos y psicosociales, en aras de lograr la comprensión clínica del ser humano reconocen que éste se encuentra dotado biológicamente

con características comunes e individuales, en un proceso de interacción continua con el ambiente, la cultura y la sociedad, y asumen que los

[...] aspectos biológicos como son la naturaleza, severidad y curso de la enfermedad, del sistema o función afectado y los factores genéticos y los factores psicosociales se relacionan con la madurez de las funciones del ego, tipo de personalidad, etapas del ciclo de la vida y la historia psiquiátrica previa, la dinámica de las relaciones interpersonales y las actitudes de la familia hacia la enfermedad, el nivel de funcionamiento interpersonal y las actitudes culturales, conformando el binomio inseparable: salud y enfermedad. (Enríquez Blanco, Schneir y Rodríguez, 2010, p. 48).

Por ello, afirman que el proceso de enfermar ocurre por la coincidencia de factores tanto biológicos como psíquicos que producen vulnerabilidad, y el recobrar la salud requiere de procesos que lleven al individuo a superar su incapacidad y lograr un estado de funcionalidad. El modelo biopsicosocial es uno de los más integradores para explicar la multicausalidad e interacción de lo físico y lo psíquico que produce desequilibrio y enfermedad, relacionando y evaluando este desbalance con la calidad de vida del paciente, a fin de formular estrategias de intervención que respondan a las creencias y necesidades del paciente, encontrando los agentes causales en el organismo afectado. Cuenta con basta evidencia empírica en los últimos veinticinco años que lo sustenta, avala, superando el reduccionismo cartesiano que guiaba el estudio de las enfermedades.

[...] El modelo biopsicosocial parte del intercambio de información entre el huésped y el patógeno, en un modelo expandido del proceso de enfermedad en donde éste, es el resultado de la interacción de los procesos psicológicos y fisiológicos dentro de la persona y de su vínculo con el ambiente sociocultural en el que se desenvuelve. (Enríquez Blanco, Schneir y Rodríguez, 2010, p. 49).

Estudios recientemente realizados en Colombia presentan resultados contundentes sobre la relación cuerpo–mente, evaluando la presencia de síntomas psicológicos en pacientes con patologías confirmadas de origen biológico, en las cuales se evidencia la injerencia de los factores psicológicos en tratamiento y la disminución de los síntomas al recibir protocolos de atención para los síntomas emocionales, lo cual, implica mejoramiento en la calidad de vida del paciente, uso eficiente de los recursos y servicios de salud:

[...] La investigación realizada dentro de la Línea de Psicología Clínica y de la Salud, del Grupo de Investigación: Clínica y Salud Mental, adscrito al Centro de Investigaciones de la Universidad Católica Popular de Risaralda, sobre como la mastectomía suscita respuestas psicológicas negativas o difíciles de procesar para la paciente, generalmente relacionadas con aspectos íntimos de la feminidad, la sexualidad, la maternidad, la imagen corporal y la autoestima, pudiendo afectar a la identidad femenina a niveles muy profundos, y cómo para lograr disminuir este impacto psicológico, se aplicaron los protocolos correspondientes una vez los niveles de depresión y ansiedad fueron evaluados, demostrando como resultado final la disminución significativa de dicha sintomatología en las pacientes. (Simposio 1. Bogotá-Colombia. Congreso Latinoamericano de psicoterapias cognitivas: ampliando perspectivas: Atención psicológica en el ámbito hospitalario. Investigación: aplicación de protocolos de counselling para disminuir ansiedad y tristeza en mujeres mastectomizadas. Marta Juliana Villegas Moreno. Universidad Católica Popular de Risaralda).

En esta investigación es llevada a cabo en pacientes mujeres que refieren respuestas psicológicas negativas al enfrentarse a una enfermedad concreta, por ello, considera la investigadora necesario evaluar los niveles de ansiedad y depresión en esta población, a fin, de cuantificar y determinar la incidencia de las variables elegidas, y al encontrar en la medición elevada presencia de ellas, lo cual genera malestar y disfuncionabilidad en la población evaluada, se decide implementar el uso de protocolos de *counselling* a fin de disminuir el impacto psicológico negativo detectado en la población en la medición inicial,

obteniendo como resultado en el retest disminución significativa de la sintomatología en las pacientes. Estos resultados coinciden con la hipótesis de esta investigación, al demostrar la necesidad de evaluar las variables psicológicas como ansiedad y depresión en pacientes en tratamiento y el resultado de la implementación de protocolos de atención y acompañamiento psicológico demostró la disminución de síntomas y mejoramiento de la calidad de vida de la paciente que lo recibe.

En una investigación realizada en el año 2005 con pacientes asistentes a consulta externa en la ciudad de Medellín con diagnóstico confirmado de Síndrome de Colon Irritable, en el cual, lograron confirmar a través de resultados estadísticos la importancia de considerar factores psicológicos como la ansiedad y la depresión en este tipo de pacientes ya que éstos se correlacionan con la percepción que cada uno tiene respecto a su calidad de vida, cognición, emociones y relaciones sociales. (Vinaccia, S. et. al., 2005. p. 65-74) Esta investigación es similar en objetivos y alcance a la desarrollada en el presente trabajo, demuestra la efectividad y confianza del uso de las prueba SF de calidad de vida para evaluar pacientes con enfermedad crónica, sus resultados, coinciden con los postulados de Schwartzmann, (2003) quien refiere que la calidad de vida es un concepto complejo que incluye bienestar físico, mental y social percibido por el individuo, felicidad, satisfacción y recompensa. (Vinaccia, S. et. al., 2005. p. 65-74) (Encuentran que la percepción de los evaluados sobre su calidad de vida se encuentra disminuida en factores como el dolor, cansancio, agotamiento y salud mental, lo cual, es correlacionado con la ansiedad y la depresión y evidenciando la presencia aumentada de ansiedad, más que de depresión. Revelan correlaciones

directas y positivas entre la vitalidad, el rol emocional y la salud mental, la función social y la salud mental y la salud mental y el rol emocional. Reportan correlaciones inversas y significativas entre los resultados de ansiedad y calidad de vida en relación con las dimensiones de vitalidad y salud mental, y la misma correlación ocurre entre los resultados de depresión y calidad de vida, adicionalmente, con la función social y el rol emocional y concluyen que también existe una asociación significativa y positiva entre las variables de ansiedad y depresión.

Los resultados de esta investigación indican que hay alta preservación de ciertas esferas de la vida personal (constituyéndose en factores protectores y características propias de la enfermedad como son la benignidad de los síntomas y la nula posibilidad de muerte) llevando a bajos niveles de puntuación, lo cual representa bajo detrimento en la percepción de calidad de vida, en comparación con los resultados de pacientes evaluados con la misma escala para otras enfermedades crónicas. Lo cual confirma, los postulados del modelo biopsicosocial, en el cual, se afirma que el deterioro en la salud y calidad de vida de un paciente no se debe solamente a la severidad de sus síntomas, sino a la relación de los factores psicosociales, ya que éstos son predictores de gran importancia en la valoración de calidad de vida. (Wilkinson, 1985, citado en Vinaccia, S. et. al., 2005. p. 65-74)

En investigación realizada en el año 2007 por la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, con 188 pacientes usuarios de servicios de salud en el área urbana de Manizales se encontró que los pacientes con una patología médica crónica presentan mayor riesgo de padecer un cuadro de somatización, el cual, se encuentra asociado a cuadros de estrés, depresión y ansiedad,

siendo estos usuarios de los servicios de salud consultantes crónicos, recibiendo la categorización de abusadores del sistema, por los altos costos que generan. (Betancur, K. et. al. 2007) Esta investigación aboga por ofrecer a los pacientes un tratamiento [...] flexible, específicamente orientado, para evitar un abordaje dualista (psíquico o somático), con un manejo integral que incluya un adecuado abordaje de los aspectos psicosociales. Evalúa a través de la escala de Zung la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad, evidenciando la presencia en el 58% de los casos la presencia de ansiedad subclínica y síntomas depresivos el 28.5%. Esta investigación encuentra relación significativa entre las variables ansiedad y depresión con procesos de somatización, siendo más significativo en el caso de la ansiedad, el cual es de 65% de los evaluados. Los resultados de esta investigación demuestran que cuando menores son los niveles de ansiedad y depresión en el paciente, son mejores sus prácticas de salud. Y por el contrario los pacientes que presentan distrés psicosocial, lo traducen en quejas y síntomas corporales, demandando ayuda médica. Esta investigación remite a los estudios realizados por Tobón, Vinaccia y Sandín en 2003 sobre la implicación del estrés psicosocial y factores psicológicos en dispepsia funcional, para reafirmar el postulado que afirma que los niveles de ansiedad, depresión y estrés tienen una cercana relación con la prevalencia de somatización.

En la investigación publicada en el año 2008 en la Red de revistas científicas de América Latina, España, Portugal y el Caribe (Redalyc), titulada “Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis” se implementó una entrevista semiestructurada, el inventario de ansiedad estado rasgo (INDARE, 1975), el inventario de

depresión de Beck - II e indicadores bioquímicos de la función renal, con el propósito de evaluar las variables emocionales y relacionarlas con la patología de base. La población que conforma la muestra está conformada por 30 sujetos con edades que oscilan entre 25 y 85 años, sometidos a tratamiento de hemodiálisis por un mínimo de tres meses. Los resultados obtenidos en la investigación refieren que el 56,7% de los evaluados presentan algún grado de depresión, distribuidos de esta manera: 3,3 % de los participantes presentan depresión leve, 16,7% depresión moderada y 36,7% depresión grave. Respecto a la ansiedad los resultados obtenidos fueron: 16,7% ansiedad estado bajo y 3.3% ansiedad estado alto, 13,3% ansiedad rasgo bajo y 23,3% ansiedad rasgo alta. Esta investigación pretende demostrar la presencia de trastornos mixtos (trastorno de ansiedad no especificado- DSM TR IV) como respuesta desadaptativa ante situaciones estresantes como una enfermedad crónica o un estado terminal. Los resultados de la investigación revelan una asociación positiva entre el nivel de ansiedad y grado de depresión, una disminución de la intensidad y frecuencia de la ansiedad estado en el transcurso del tiempo debido a procesos de adaptación a la hemodiálisis y la insuficiencia renal crónica y relación entre factores sociales y laborales con la intensidad de los síntomas depresivos. Como conclusión esta investigación plantea la necesidad de realizar estudios de tipo longitudinal, a fin de evaluar en el tiempo cómo la ansiedad y depresión influyen en los procesos de adaptación y adherencia terapéutica. (Paez, A. E.; Jofre, M.J.; Azpiroz, C. R.; de Bortoli, A. A. 2010) Una investigación realizada en el año 2010 por la Universidad de Málaga, el Hospital Universitario Carlos Haya y el Hospital Punta de Europa sobre Ansiedad, depresión y otras variables en pacientes con

diabetes Mellitus tipo 1. La muestra estuvo conformada por 33 pacientes diagnosticados con diabetes tipo 1 que se encontraran recibiendo tratamiento intensivo multidosis con insulina y análogos de acción rápida. (Anarte Ortiz, Machado Romero, Ruiz de Adana Navas y Caballero Díaz, 2010). El propósito era estudiar si variables psicológicas como la ansiedad, la depresión y el locus de control interno, biomédicas como la patología base (diabetes Mellitus tipo 1) y sociodemográficas como la edad, género, ocupación, empleo, estado civil y escolaridad pueden predecir la calidad de vida de los sujetos con enfermedad crónica. Emplearon la prueba DQOL (Diabetes Quality of Life) para evaluar calidad de vida en pacientes con diabetes, el inventario de depresión de Beck, el cuestionario de ansiedad estado – rasgo STAI, la escala multidimensional de Locus de Control de Salud MHLC, análisis de sangre para control glucémico y revisión de las historias clínicas de los pacientes. Este encontró significativas correlaciones entre las variables depresión y calidad de vida, ansiedad estado y ansiedad rasgo, ansiedad rasgo y calidad de vida y ansiedad estado con años de padecimiento de la enfermedad.

Los resultados demuestran que la variable psicológica ansiedad es la principal predictiva de la calidad de vida de los pacientes, esta conclusión fue posible gracias al proceso analítico de regresión realizado con las variables de investigación.

Estos antecedentes investigativos en relación con el uso de baterías psicométricas para medir y documentar variables como ansiedad, depresión y calidad de vida, en pacientes con diferentes enfermedades crónicas, constituyen referentes sobre el uso, interpretación y utilidad de la medición de las variables antes mencionadas para definir los protocolos de atención para

las enfermedades crónicas. Adicionalmente se utilizan como sustento teórico para comparar, validar o refutar los resultados de la presente investigación.

7.2 Marco legal

Las actividades de investigación realizadas están ceñidas a la reglamentación interna y los tratados internacionales.

La normatividad vigente y aplicable es:

1. Constitución de 1991 de la República de Colombia.
2. La Ley 1090 de 2006 del Congreso de Colombia, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Títulos: II Disposiciones generales, III De la Actividad Profesional del Psicólogo, V De los Derechos, Deberes, Obligaciones y Prohibiciones del Profesional de Psicología, VII Del Código Deontológico y Bioético para el Ejercicio de la Profesión de Psicología.
3. Resolución 2378 del Ministerio de la Protección social, por la cual se adoptan las buenas prácticas clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos
4. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, por la cual se expiden los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
5. International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies (Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos), publicado por el CIOMS en 1991.
6. Protocolo POWER MK 0822-018 MK.

(...) Es una prueba clínica de fase III, randomizada, controlada con placebo para evaluar la seguridad y eficacia de ODANACATIB (MK 0822-018) para reducir el riesgo de fracturas en mujeres pos menopáusicas en osteoporosis

tratadas con vitamina D y calcio. (Sanchez, L. 2010)

7. Comité de ética médica CREI. (Comité de Revisión de Estudios de Investigación)

OBJETIVOS Y RESPONSABILIDADES DEL COMITÉ

Salvaguardar la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de todos los participantes actuales y potenciales de la investigación así como evaluar la pertinencia, justificación, diseño y metodología del estudio propuesto.

Vigilar que se respete la dignidad de las personas. Las metas de la investigación, si bien importantes, nunca deben pasar por encima de la salud, bienestar y cuidado de los participantes en la investigación, solo así evitaremos la posible explotación de los sujetos.

El Procurar el principio de la justicia distributiva y la justicia con reciprocidad. La justicia distributiva requiere que los beneficios e inconvenientes de la investigación sean distribuidos equitativamente entre todos los grupos y clases de la sociedad, tomando en cuenta su edad, sexo, estado económico, cultura y consideraciones étnicas. La justicia con reciprocidad hace referencia a lo que se le debe al sujeto participante y a su comunidad por haber contribuido en la generación de conocimiento científico.

Proporcionar una evaluación independiente, competente y oportuna de la ética y la metodología del diseño de los estudios propuestos.

Evaluar la investigación propuesta antes de su inicio y asegurar la evaluación regular o seguimiento de los estudios en desarrollo que recibieron una decisión positiva en intervalos apropiados de acuerdo al grado de riesgo para las personas.

El CREI guardara toda la documentación perteneciente a cada protocolo durante un plazo no mayor de 2 años después de que envíen el informe de cierre del estudio.

Elegir los integrantes del comité de acuerdo a sus perfiles académicos, verificando títulos y experiencia además con entrenamiento en buenas prácticas clínicas.

Evaluar la competencia de los investigadores, teniendo en cuenta la formación, educación, experiencia y trayectoria investigativa, plasmar los resultados de evaluación en las actas de sesión del comité. (Estatutos Operativos Comité de Revisión de Estudios de Investigación CREI, Versión 03. 02/06/2011)

8. Reglamentos y manuales internos del centro integral de reumatología REUMALAB S.A.S.
9. Reglamento del estudiante y reglamento de prácticas y trabajos de grado de la Institución Universitaria de Envigado.

7.3 Marco conceptual

7.3.1 Osteoporosis

Indica el Dr. Jorge Andrés Escobar en presentación del protocolo POWER MK 0822 -018 MSD, capacitación de abril 4 de 2010, que la osteoporosis es una:

Enfermedad esquelética sistémica, caracterizada por baja masa ósea y deterioro en la micro arquitectura del tejido óseo, lo cual origina fragilidad ósea aumentada con el consecuente aumento en el riesgo de fractura.

Diagnóstico de osteoporosis según criterio de la OMS.

Normal: DMO entre +1 y -1 DE del promedio de población adulta joven.

Osteopenia: DMO entre -1 y -2,5 DE del promedio de población adulta joven.

Osteoporosis: DMO bajo -2,5 DE del promedio de población adulta joven.

Fisiopatología

El pico de masa ósea se alcanza entre los 25 y 30 años y está determinado por múltiples factores, siendo el principal, el factor genético. También son importantes los factores nutricionales, endocrinológicos y actividad física. El balance en la remodelación ósea se mantiene hasta los 40 años, luego de lo cual se altera el balance entre la formación y la resorción ósea lo que produce la osteoporosis. Se produce la fase de pérdida ósea donde la edad y la menopausia son factores determinantes. Principios de medicina Interna. (Harrison, 2000, p. 534).

La pérdida ósea es inevitable y forma parte del proceso de envejecimiento, el porcentaje de pérdida desde los cuarenta años a la menopausia es de 0.3 a 0.5% por año en el hueso cortical y a partir del primer al octavo año posterior a la menopausia la pérdida ósea oscila entre el 2 y el 3% por año.

7.3.2 Enfermedad crónica

Las enfermedades crónicas o incapacitantes son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen otros factores. La diferencia entre una condición crónica y una infecto-contagiosa es que las enfermedades degenerativas crónicas no son transmitidas mediante el contacto personal.

Las principales causas de enfermedad crónica en la población adulta son: las relacionadas con los procesos articulares, las cerebrovasculares, la visión, cardíaca y demencia.

Evidencia empírica soporta la eficacia de las intervenciones de la psicología de la salud en distintas enfermedades crónicas, mejorando los síntomas, funcionalidad y calidad de vida de los pacientes. Nicasio, P.M. Meyerowitz, B.E y Kerns, R.D. (2004) The Future of health psych

7.3.3 Geriatría

El libro Fundamentos de geriatría, en su capítulo 1, escrito por José Fernando Gómez, describe que se considera anciana una persona cuando su edad es superior a los 60 años en las regiones menos desarrolladas y 65 años para las más desarrolladas.

Se clasifican en:

- Ancianos jóvenes: entre los 60 y 69 años
- Ancianos adultos: entre los 70 y 79 años
- Old – Old o Ancianos muy viejos: 80 y 89 años
- Centenarios: ancianos cercanos a los 100 años

El envejecimiento es un proceso fisiológico que está acompañado de cambios morfológicos y funcionales. Sus principales características son:

- Es universal: le ocurre a todos los seres humanos
- Es irreversible: los cambios que produce son inexorables
- Es heterogéneo: es variable el modo de envejecer en cada persona
- Es deletéreo: implica pérdida progresiva de funciones, menor reserva homeostática
- Es intrínseco: Gobernado por genes que indican como envejecen las células

Se estima que para el año 2025 la población de más edad haya aumentado en un 380%

7.3.3.1 Psicología del envejecimiento

El concepto de desarrollo se entiende en relación a la totalidad de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, y comprende los diferentes procesos de cambio que no siguen necesariamente patrones fijos y predeterminados, pudiendo diferir en dimensiones como la dirección (crecimiento vs. declive), la temporalidad, la duración, y la naturaleza. De manera específica se considera que los procesos de desarrollo en el adulto mayor y anciano se presentan

como multidimensionales y multidireccionales, reflejando grandes diferencias interindividuales, siendo un grupo variable (Izquierdo, 2005).

Las teorías que se han encargado de dar respuesta al estudio de los cambios del pensamiento, vivencias y conductas durante el envejecimiento (enmarcado en el ciclo vital) se encuentran las teorías de crisis normativa, las teorías parciales o específicas y la teoría sobre el envejecimiento exitoso.

Las teorías de crisis normativa se basan en la propuesta clásica de Havighurst quien formula para cada fase vital existen unas tareas características de desarrollo, las cuales son el resultado de la interacción entre lo biológico, el contexto socio histórico, la personalidad y las metas individuales. La tarea general del individuo consiste en la adaptación a situaciones (Izquierdo, 2005 p. 603).

La teoría de Erik Erikson plantea ocho etapas que se basan en la búsqueda de la identidad personal, llamadas por el autor como “las ocho edades del hombre”, y el paso de una etapa a otra superior produce una “crisis”. Indica Erikson que en la última etapa de la vida sucede la octava crisis en el hombre denominada: “integridad del yo frente a la desesperación” caracterizada por el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte (Erikson, 1950, 1968, 1985 citado en Izquierdo, 2005, p. 606-607).

Las teorías parciales o específicas se circunscriben a un campo parcial del desarrollo de la edad adulta. Se encuentran:

- La teoría de la *Common-Cause* postula que “teniendo en cuenta las diferencias individuales, en las funciones sensoriales no existen diferencias de edades substanciales en la capacidad del rendimiento

cognitivo” (Baltes y Lindenberger, 1997 citados en Izquierdo, 2005 p. 610).

- La teoría de la diferenciación postula la hipótesis según la cual “los rendimientos y resultados en las tareas cognitivas y en los tests sensoriomótricos tienden a converger con el paso de la edad” debido a la interdependencia entre la diferenciación neuronal y las funciones psicológicas. Indican Baltes y Lindenberger, que en la vejez esta interdependencia se debilita, haciendo que los procesos sensoriomotores se independicen de los procesos cognitivos (Izquierdo, 2005 p. 610).
- La teoría socio-emocional de la selectividad se basa en el supuesto de que “las interacciones sociales están íntimamente relacionadas con la satisfacción subjetiva y la persona debe seguir activando su entorno social, modificándolo y adaptándolo con el paso de la edad” (Carstensen, 1992; Baltes y Carstensen, 1999 citados en Izquierdo, 2005 p. 611)
- La teoría del contextualismo evolutivo dice que “el proceso fundamental del desarrollo humano queda determinado por los cambios de las relaciones recíprocas entre el individuo y los múltiples contextos que le rodean” (Lerner, 2002, citado en Izquierdo, 2005 p. 611). Esta teoría indica que existe alta plasticidad de los procesos evolutivos, a pesar, de los procesos propios del envejecimiento a nivel social e histórico.

Por último se encuentran las teorías del envejecimiento exitoso las cuales se sustentan en la hipótesis psicológica de la satisfacción vital. Diferentes

autores postulan variados procesos que permiten alcanzar un óptimo envejecimiento, sin embargo, no se cuenta con consenso entre los autores. Algunos de los criterios principales son:

Estilo de vida activo continuado, el cual, hace referencia a continuar por el mayor tiempo posible durante la vejez con las actividades acostumbradas retrasando el retiro. (Havighurst, Neugarten y Tobin 1964 citados en Izquierdo, 2005 p. 609)

Optimización con compensación, refiriéndose a las ganancias y estabilidad alcanzadas con el envejecimiento vs. Pérdidas y limitaciones. (Baltes y Baltes, 1989 itado en Izquierdo, 2005 p. 609)

Este enfoque teórico puede condensarse en que puede lograrse un exitoso proceso de envejecimiento si se atiende a tres conceptos básicos: 1) Selección, entendido como reformulación de proyectos, metas y preferencias, 2) Optimización, comprendida en términos de perfeccionamiento o adquisición de estrategias, recursos o mecanismos para el logro de las metas planteadas en el proceso de selección, 3) Compensación, asumiendo esta como el mantenimiento y movilización de las capacidades para la preservación del estado bio-psico-social.

A pesar que las teorías anteriormente expuestas permitan considerar un envejecimiento óptimo, no debe olvidarse la aparición de enfermedades en la vejez como una manifestación de condiciones biológicas del organismo influidas por factores psicológicos y sociales que interactúan de manera compleja. A nivel biológico los factores de riesgo representan un papel importante como causa del enfermar, sin embargo modificaciones ambientales y sucesos traumáticos generan gran influencia en el proceso (Rahe, Engel,

Berkman y Syme, citados en Fernández- Ballesteros, 1985). Es por ello que, el tratamiento de las enfermedades durante la vejez ha de llevarse a cabo desde un modelo multidimensional y comprensivo, incorporando variables biomédicas, personales, y ambientales que puedan contribuir a la etiología y preservación de la calidad de vida en el paciente anciano.

El modelo psicológico sobre el envejecimiento plantea que el desarrollo del ser humano ocurre y se sustenta sobre estructuras, sistemas y procesos biológicos, psicológicos, socio-culturales e históricos, los cuales también inciden y moldean este desarrollo y evolución (Fernández-Ballesteros, Iniguez y López, 1998) por ello, los procesos que tienen lugar durante la vejez, son producto de las interacciones entre el organismo biológico, las condiciones históricas, las interacciones sociales y los componentes psicológicos, es por ello, que requieren de un abordaje bio- psico-social.

Los cambios vitales pueden producir resistencia en el individuo de acuerdo a sus respuestas y hábitos, factores ambientales, redes sociales, habilidades sociales, estilos o posibilidades de afrontamiento, resolución de problemas y generar propensión a enfermar (Fernández-Ballesteros, 1985).

El estudio en los ancianos requiere del establecimiento de factores predisponentes, factores contribuyentes, y factores precipitantes, ya que permiten la diferenciación etiológica, la comprensión de la sintomatología, y sirven de guía para el diagnóstico y la intervención mas pertinente según cada caso.

Factores predisponentes: la estructura previa de personalidad, los aprendizajes de respuestas a situaciones de tensión y estrés, los factores de predisposición biológica, los hábitos alimenticios y de salud, el estilo de vida y

rol social, el medio social y familiar adverso, y la historia familiar y personal de desorden afectivo.

Factores contribuyentes: la pertenencia a grupos étnicos de riesgo, la violencia física o psicológica, la ausencia de oportunidades laborales y recreativas, la limitación de la asistencia sanitaria, la comorbilidad orgánica y mental, la identidad de género, la desprotección social y económica, los procesos maladaptativos al impacto de la tecnología, los problemas inherentes a la jubilación, las limitaciones funcionales cerebrales

Factores precipitantes: se cuentan la agresión física y psicológica, los sentimientos de desesperanza e impotencia, el estado de minusvalía para responder a un rol social, pérdidas económicas y sociales, pérdida de autonomía y dependencia, efectos iatrogénicos por fármacos, abandono y aislamiento, conciencia de déficits, proceso de duelo, presencia e intensidad de enfermedades orgánicas, enfermedad cardiovascular, y accidentes cerebrovasculares. (Alarcón, 2006).

La edad, al momento de realizar investigaciones, diagnósticos, intervenciones o tratamientos, se asume como una variable descriptiva y no causal; se analiza y explica de forma funcional (relacionando una conducta problema y ciertos acontecimientos ambientales y/o condiciones personales y biológicas que lo mantienen); involucrando el contexto socio-histórico; y se orienta hacia aspectos preventivos y de promoción de la salud, según afirman los autores Reig y Fernández-Ballesteros (1994).

7.4 Marco teórico

7.4.1 Psicología de la salud

La salud en sentido positivo es un concepto amplio “que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo” (Labiano, M. Citado en Oblitas, L. A., 2006. p. 3). La salud se define con parámetros objetivos como la capacidad funcional del individuo y con parámetros subjetivos como son la percepción individual de bienestar. Por tanto, el concepto salud y su contrario, la enfermedad, son un estado, proceso y disposición dinámica y cambiante.

Autores como Dubos (1975), Green y Green (1979) consideran que la salud humana se establece en términos de funcionamiento sistémico y capacidad de adaptación, postulando el principio psicofisiológico:

Cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental –emocional, consciente o inconsciente e inversamente, cada cambio en el estado mental-emocional, consciente o inconsciente, es acompañado por un cambio apropiado en el estado fisiológico (Green y Green. 1979, citado en Oblitas, L. A., 2006. p. 3).

El paradigma actual de la salud reconoce la influencia multifactorial que interviene en el sistema humano y reconoce su vulnerabilidad ante agentes multicausales, señalando a los hábitos de vida como principales agentes para gozar de bienestar biopsicosocial.

En este estado académico, científico y práctico surge la psicología de la salud, en la APA en el año 1978 como un área “experimental, social, clínica, fisiológica, desarrollo de estudios epidemiológicos, etc” (Labiano, M. Citado en Oblitas, L. A., 2006. p. 15)

La psicología de la salud se encuentra definida desde el año 1980 como:

La suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la

promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud” (Matarazzo, 1980 citado en Oblitas, L. A., 2006. p. 3)

Este modelo psicológico es elegido para desarrollar la presente investigación dado que datos obtenidos en el año 1991 por Centers of Disease Control of Atlanta demostraron la importancia y necesidad de controlar y mejorar las variables ambiente y estilo de vida en países en vía de desarrollo, dado que cerca del 50% de las causas de mortalidad en estos países se encuentran determinadas y asociadas a estas variables.

7.4.1.1 Modelo biopsicosocial en salud

Este modelo cuenta con amplio reconocimiento y aceptación en la comunidad académica y científica actualmente, dado que reconoce que el devenir salud-enfermedad se encuentra causado tanto por macroprocesos como son: “el contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc” (Labiano, M. Citado en Oblitas, L. A., 2006. p. 12) y microprocesos como: “cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etcétera” (Labiano, M. Citado en Oblitas, L. A., 2006. p. 12)

Este modelo se fundamenta en la teoría de los sistemas para establecer su modelo explicativo, demostrando que la afectación de un subsistema desbalancea la totalidad del ser, debido a intrincadas interconexiones del sistema. Es una perspectiva integradora y amplia, que requiere de trabajo interdisciplinario para la el diagnóstico, atención y tratamiento de un paciente.

Este modelo hace énfasis en la prevención y promoción, creando estrategias que combinan la conservación, responsabilidad y libre elección personal en los tres niveles de prevención.

7.4.1.2 Estado de ánimo y salud

El estado anímico por definición se refiere a “los aspectos pre cognitivos, formas de relación que abren o cierran posibilidades de acción. Ellos se generan, mantienen o transforman a partir de la naturalización de determinadas prácticas y discursos” (Ascorra, P. 2009 p. 21).

Los estados de ánimo son considerados narrativas que ocurren automáticamente a partir de las cuales se observa, elaboran juicios, valores acerca del pasado, del presente y el futuro del quien las vive y de su entorno.

Joaquín Acedo a identificado que los estados de ánimo nacen de tres aspectos básicos de la existencia: lenguaje, socio-historia y corporalidad.

Fundamentado en la teoría de la plasticidad neuronal, indica este autor que los estados de ánimo moldean el funcionamiento cerebral con impactos importantes como en el sistema inmunológico.

Atina Chile (2006) distingue dos grupos dentro de los cuales se pueden clasificar las diferentes tonalidades de los estados de ánimo:

- * Estados de ánimo positivos: está compuesto por la serenidad, confianza, ambición, aceptación, asombro, resolución y la confianza en sí mismo.

- * Estados de ánimo negativos: compuesto por la resignación, desesperanza, resentimiento, confusión, agobio, arrogancia.

En la actualidad hay gran interés científico por estudiar la influencia de los estados emocionales sobre los diferentes procesos humanos, dado que la interpretación de ellos, ocurre a partir de fenómenos simultáneamente lingüísticos, históricos y biológicos.

Según la teoría de Sperry (1987) la conciencia es el:

[...] factor causal del funcionamiento cerebral, pues ejerce un control de arriba hacia abajo. Las propiedades conscientes (pensamientos, sentimientos, actitudes, etc.) están determinadas por eventos neuronales (que se encuentran por debajo de la ejecución del control ascendente) pero son capaces de influir sobre los sucesos físicos que se encuentran por debajo de ellas (Labiano, 2006, p. 11).

De acuerdo con esta teoría, la cual se encuentra sustentada en estudios empíricos realizados en los años setenta, mediante intervenciones quirúrgicas que eliminaban la comunicación entre los hemisferios cerebrales, se demuestra que los estados anímicos, los valores morales, las motivaciones entre otros son principales agentes de control cerebral, confirmando que “fuerzas psicológicas emergentes de la dimensión biológica ejercen control sobre la propia biología (Labiano, 2006. p. 12)

Es por ello que la psicología busca establecer y relacionar los procesos de salud y enfermedad con las emociones y actitudes subjetivas, procurando que la búsqueda del bienestar humano se realice desde una perspectiva interdisciplinaria.

Las principales variables anímicas abordadas por las investigaciones en psicología de la salud y en los protocolos de atención para enfermedades son:

7.4.1.2.1 Depresión

La cual se puede definir “como un síntoma (manifestación de una alteración orgánica o funcional), como una enfermedad del estado de salud (conjunto de fenómenos que se producen en un organismo que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella) o como un síndrome o conjunto sintomático (síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso determinado)” (Millan y Fernández, 2006).

Según el DSM IV TR la depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizada principalmente por una alteración del humor. Esta puede presentarse como episodio afectivo (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) o como trastorno (depresión unipolar, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I, trastornos basados en la etiología, trastornos depresivos no especificados) (DSM IV TR, 2001. p. 387)

De manera general, un paciente deprimido se caracteriza por presentar, en diferente intensidad, alteraciones emocionales (tristeza patológica, humor depresivo o disfórico, ánimo depresivo, llanto, incapacidad para el placer, cansancio, dolor precordial) del contenido del pensamiento (pesimismo, sentimiento de inutilidad o culpa, autorreproches, ideas suicidas, anhedonia), somáticas (alteración del apetito, del peso corporal, pérdida de energía, trastornos del sueño, náuseas, estreñimiento, alteración de la libido sexual), y/o del comportamiento (dificultad para concentrarse, enlentecimiento del pensamiento, disminución de la capacidad de aprendizaje). (Millan y Fernández, 2006).

El psicólogo Aaron T. Beck plantea el modelo cognitivo de la depresión, indicando que:

“la terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas [...] Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que

tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. (Beck, 1967, 1976, citado en Beck; Rush; Shaw; Emery, 2003, p. 13)

El modelo cognitivo de la depresión postulado por Beck postula tres conceptos que sustentan psicológicamente la depresión en un individuo: *la triada cognitiva*, la cual está conformada por tres patrones cognitivos que conducen al individuo a asumirse de un modo “idiosincrático”, (Beck; Rush; Shaw; Emery. 2003, p. 19) estos son: 1) visión negativa del paciente acerca de sí mismo. 2) Tendencia del paciente a interpretar sus experiencias de una manera negativa. 3) Visión negativa del paciente acerca del futuro. *Los esquemas*, definidos como patrones cognitivos relativamente estables, a través de los cuales, el individuo interpreta y conceptualiza las situaciones que experimenta. Y *los errores cognitivos*, se caracterizan por ser sistemáticos y mantener y perpetuar la validez de las creencias negativas del paciente, aunque halla evidencia que permita tener una contraria concepción. Estos errores en el procesamiento de la información, como también es denominado, pueden ser de tipo: 1) *inferencia arbitraria*, 2) *Abstracción selectiva*, 3) *Generalización excesiva*, 4) *Maximización y minimización* 5) *personalización* 6) *Pensamiento Absolutista, dicotómico*. (Beck; Rush; Shaw; Emery, 2003, p. 21-22).

El enfoque cognitivo plantea un modelo de la depresión cuya hipótesis es que el procesamiento de la información está distorsionado o modificado, como consecuencia de la interacción compleja de los múltiples factores biopsicosociales: “La persona deprimida muestra desviaciones no solamente en la evaluación inicial de los signos y señales que observa, sino también en la

interpretación de las respuestas que recibe con respecto a su comportamiento.
(Beck, 1967, 1976, citado en Beck; Rush; Shaw; Emery. 2003, p. 11)

Los trastornos depresivos impactan la vida de quien los padece aumentando el uso y costo de servicios asistenciales, manejos multidisciplinarios, aumento de enfermedades orgánicas, conflictos familiares, desajustes comportamentales, poli-medicación, mayor riesgo de accidentes y caídas, uso-abuso de psicotóxicos y aumento de pensamientos y/o conductas suicidas (Alarcón, 2006).

Por tanto, es necesaria la adopción de un modelo bio-psico-social que aborde la totalidad de factores etiológicos de la depresión, que permita su comprensión, evaluación y tratamiento.

La intervención psicológica de la depresión durante la vejez desde el enfoque cognitivo-comportamental cuenta con datos que lo valoran como positivo en relación con los efectos a largo plazo (Fernández-Ballesteros, Iniguez y López, 1998). La eficacia de las intervenciones dependerá sobretodo de la intensidad de la depresión, la ausencia de desordenes de personalidad, la calidad de las relaciones sociales, de un nivel adecuado de funcionamiento intelectual (DeViries citado Fernández-Ballesteros, Iniguez y López, 1998) y de que las técnicas de modificación de conducta se adapten a la singularidad de las personas mayores.

Descripción del DSM IV TR de la depresión

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

EPISODIOS AFECTIVOS

Episodio depresivo mayor

Episodio Maníaco

Episodio mixto

Episodio hipomaniaco

TRASTORNOS DEPRESIVOS

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)

F34.1 Trastorno distímico (300.4)

F32.9 Trastorno depresivo no especificado (311)

TRASTORNOS BIPOLARES

- F30.x Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (296.0x)
- F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco (296.40)
- F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco (296.4x)
- F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto (296.6x)
- F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo (296.5x)
- F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado (296.7)
- F31.8 Trastorno bipolar II (296.89)
- F34.0 Trastorno ciclotímico (301.13)
- F31.9 Trastorno bipolar no especificado

OTROS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

- F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar la enfermedad médica) (293.83)
- F1x.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado (296.90) (DSM IV TR. 2001. p. 387-478)

Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.

CIE-10

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos
 - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
 - Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitación
 - Pérdida marcada del apetito
 - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
 - Notable disminución del interés sexual (CIE 10. Vol. 3, 1997. p. 141)

7.4.1.2.2 Ansiedad

La ansiedad es una sensación experimentada por todos los seres humanos en diferentes momentos de la cotidianidad, su intensidad y frecuencia es variada. Cuando su aparición es esporádica y en nivel moderado se considera normal, facilitando las reacciones y respuestas rápidas ante situaciones amenazantes. Si su ocurrencia es repetitiva, frecuente y en intensidad alta o exagerada, presenta tendencias estables y consistentes, ésta se considera patológica (un trastorno), dado que inhabilita e incapacita a quien la experimenta.

Los trastornos de ansiedad son:

[...] Estados relacionados con la estructura biológica y con las experiencias vitales de un individuo. Con frecuencia son tendencias hereditarias, pero el aprendizaje juega un papel decisivo en el control o falta de este. (Gutiérrez. J, 2006. p. 165)

Existen tres principales fuentes teóricas que explican la ansiedad:

- Las biológicas: Establecen como agentes causales la variación o inadecuados niveles bioquímicos, psicofisiológicos y neuroanatómicos.
- Las conductuales: surgen del estudio y observación de los comportamientos y modelos de aprendizaje, indicando que la ansiedad es el resultado de hábitos desadaptativos, que llevan a conductas perjudiciales para el individuo. Son hábitos adquiridos mediante condicionamiento.
- Las cognitivas: atribuyen a formas aprendidas de pensamiento inadecuado el origen de la ansiedad (sobrecarga de la memoria, sesgos en la codificación o recuperación, interpretación equivocada de

estímulos, pensamientos automáticos). Prestan singular relevancia a los constructos mentales: pensamiento y memoria. (Gutiérrez. J, 2006. p. 167)

La clasificación de la OMS ubica la ansiedad clínica entre los «trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos».

Descripción DSM IV TR de la ansiedad

El término ansiedad es empleado como:

- Reacción o respuesta adaptativa de defensa instantánea frente al peligro
- Trastorno: respuesta a un peligro inexistente, o respuesta que se presenta de manera recurrente, prolongada y de gran intensidad (desproporcionada) frente a estímulos poco amenazantes, ocasionando malestar, sufrimiento e interferencia en las actividades cotidianas.

El manual DSM IV TR reconoce doce trastornos de ansiedad y a los trastornos disociativos, somatomorfos y adaptativos, les asignan capítulos propios. La frecuencia de estos trastornos es alta en la población general. Los trastornos de ansiedad suelen ser comórbidos entre sí y con otros trastornos psiquiátricos.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

CRISIS DE ANGUSTIA

AGORAFOBIA

F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)

F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)

F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)

F40.02 Fobia específica (300.29)

F40.1 Fobia social (300.23)

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)

F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3)

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) (293.84)

F1x.8 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado (300.00) (DSM IV TR, 2001. p. 477-544)

Críterios diagnósticos según el CIE 10

F40-48 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

- F41 Otros trastornos de ansiedad.
- F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.
- F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.
- F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.
- F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.
- F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.
- F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
- F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
- F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
- F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.
- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- F43.0 Reacción a estrés agudo.
- F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.
- F43.2 Trastornos de adaptación.
- F43.8 Otras reacciones a estrés grave.
- F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.
- F44 Trastornos disociativos (de conversión).
- F44.0 Amnesia disociativa.
- F44.1 Fuga disociativa.
- F44.2 Estupor disociativo.
- F44.3 Trastornos de trance y de posesión.
- F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.
- F44.5 Convulsiones disociativas.
- F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.
- F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.
- F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).
- F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.
- F45 Trastornos somatomorfos.
- F45.0 Trastorno de somatización.
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- F45.2 Trastorno hipocondríaco.
- F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.
- F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.
- F45.8 Otros trastornos somatomorfos.
- F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.
- F48 Otros trastornos neuróticos.
- F48.0 Neurastenia.
- F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.
- F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.
- F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.
- F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
- F50 Trastornos de la conducta alimentaria.
- F50.0 Anorexia nerviosa.
- F50.1 Anorexia nerviosa atípica.
- F50.2 Bulimia nerviosa.
- F50.3 Bulimia nerviosa atípica.
- F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.
- F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.
- F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.
- F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.
- F51 Trastornos no orgánicos del sueño.
- F51.0 Insomnio no orgánico.
- F51.1 Hipersomnio no orgánico.
- F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.
- F51.3 Sonambulismo.
- F51.4 Terrores nocturnos.

F51.5 Pesadillas.
 F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.
 F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.
 F52 Disfunción sexual no orgánica.
 F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.
 F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.
 F52.2 Fracaso de la respuesta genital.
 F52.3 Disfunción orgásmica.
 F52.4 Eyaculación precoz.
 F52.5 Vaginismo no orgánico.
 F52.6 Dispareunia no orgánica.
 F52.7 Impulso sexual excesivo.
 F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.
 F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.
 F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.
 F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.
 F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.
 F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.
 F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.
 F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.
 F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.
 F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación. (CIE 10. Vol. 3. 1997 p. 50)

7.4.1.3 Calidad de vida en relación con la salud

La aparición de este término data a la época de Aristóteles, sin embargo es considerada relevante en el campo de la salud finalizando el siglo XX, momento a partir del cual, se realizan investigaciones y se publican más de 2000 artículos científicos anualmente.

Se refiere la calidad de vida en relación a la salud, “al impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tiene sobre la percepción del paciente sobre su bienestar” (Patrick y Erickson, 1993). Otros autores la definen como:

[...] el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades, a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud [...] siendo una percepción subjetiva de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el sujeto. (Schumaker & Naughton, 1996).

Ambas definiciones tienen su anclaje en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948: "Un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad".

Este concepto toma singular relevancia en la actualidad, ya que, es empleado en investigación para definir los aportes y avances a la evaluación de resultados en salud, al haberse tornado insuficientes las medidas tradicionales de morbilidad y expectativa de vida.

La calidad de vida se encuentra caracterizada, según Laura Schwartzmann en *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales* (2003), por:

- Aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica)
- Inseguridad
- Exceso de información
- Desempleo o multiempleo
- Cambios en la estructura familiar
- Valores
- Factores estresantes
- Producción de bienes
- Insatisfacción con los servicios y gastos de salud

Cuando se investiga sobre calidad de vida de los pacientes en relación a la salud, se tiene en cuenta factores como:

- Percepción subjetiva de cada paciente sobre sí mismo y su estado de salud
- Los deseos y motivaciones de cada paciente en relación con las decisiones que afectan su estado de salud
- Calidad de los servicios sanitarios
- El concepto psicológico de felicidad
- Indicadores sociales
- Prioridades actuales del paciente

Figura 2. Percepción del grado de bienestar y evaluación de vida que hace el paciente. Laura Schwartzmann. (2003)



Figura 2. Calidad de vida relacionada con la salud.

7.4.1.3.1 Dimensiones de la calidad de vida

A pesar que la evaluación de calidad de vida sea una percepción subjetiva, tiene tres elementos de referencia teórica, con valoración científica Minayo, Hartz, Buss (2000):

1. Histórico
2. Cultural
3. Clase social a la que pertenece el paciente

Figura 3. Dimensiones en calidad de vida. Laura Schwartzmann. (2003)

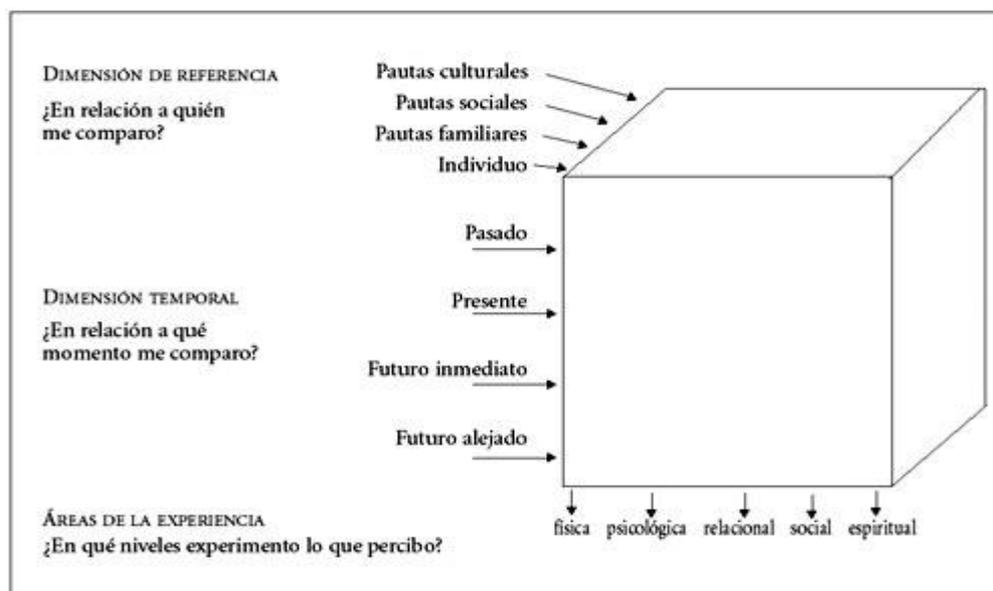


Figura 1. Dimensiones en calidad de vida.

Esta propuesta que se integra al modelo médico incorpora y pone de manifiesto que la mayoría de las enfermedades, están profundamente influidas por el estado de ánimo, el afrontamiento de situaciones y el soporte social, afectando estos componentes la percepción subjetiva de lo que se denomina calidad de vida. Sin embargo posee no es posible de medir globalmente un fenómeno que es multicausal, lo cual, ocasiona a las ciencias dilemas éticos, técnicos y conceptuales.

7.4.1.3.2 Mejoramiento de la calidad de vida

Se requiere para impactar y mejorar la calidad de vida de las personas que el sistema general de salud y sus usuarios diseñen estrategias que permitan modificar “en términos de procesos adaptativo-integrativos” (Labiano. M, 2006, p. 299) sus procesos personales, sanitarios, emocionales, biológicos-

somáticos, socio-ambientales que permiten mejorar el desempeño de sus sistemas y subsistemas.

En la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida del ser humano, se han propuesto procesos saludables en las diferentes dimensiones humanas:

- Dimensión física: nutrición, dieta, actividad física, regulación respiratoria (implementando la respiración profunda o diafragmática)
- Dimensión ambiental: participación activa en el manejo ambiental, responsabilización por los actos y decisiones y sus consecuencias inmediatas y futuras frente a la ecología, respeto por las diferentes formas de vida, contemplación y protección de la naturaleza.
- Dimensión cognitivo emocional: reestructuración cognitiva para lograr modificar o reforzar el set cognitivo preexistente, mediante el incremento de la objetividad, clarificación, delimitación de los asuntos y experiencias, identificación de pensamientos automáticos e irracionales, dar relevancia al lenguaje y la escritura.
- Dimensión somática: tomar conciencia del cuerpo y la necesidad de descanso, relajación y sueño implementar el pensamiento autógeno (Relajación concentrativa por autosugestión), implementar el humor y la risa, ejercitar la visualización dirigida y receptiva,.
- Dimensión social: con el objetivo de desarrollar la inteligencia intrapersonal e interpersonal, se recomienda el ejercitarse en el mantenimiento de relaciones interpersonales positivas, empatía, intimidad, servicio, asertividad, y orientación.

7.4.2 Teoría de la adaptación

La teoría de la adaptación plantea que la sobrevivencia de los organismos se garantiza gracias a un proceso llamado resistencia ante los efectos nocivos de las presiones del exterior (Azuebar y Nava del Rey. 1998. Citado por Palermo- Fernández Absacol, p. 13).

Principios básicos de la teoría de la adaptación:

- Demandas, exigencias, desafíos provenientes del medio exterior.
- Demandas provenientes del medio interno (fisiológicas, psicológicas).
- Habilidades, recursos y posibilidades subjetivas del individuo.
- Percepción que tiene el individuo de la situación (agrado, repudio, placer, displacer en el contexto en que se desenvuelve).

Claude Bernard (1867. Citado por Palermo- Fernández Absacol, p. 29) citado en indica que la adaptación permite mantener constante el medio ambiente interno, es decir, los sistemas del organismo.

Hans Selye (1936, 1957. Citado por Palermo-Fernández Absacol, p. 32) propone el síndrome de adaptación general, el cual incluye una fase de alarma, una fase de resistencia, que es un comportamiento o conductas esenciales para la subsistencia y una fase de agotamiento, que ocurre ante la falta de reacciones apropiadas, lo cual ocasiona que el organismo sucumba.

Desde este modelo teórico las emociones no son fenómenos intangibles, no son contrarias a la razón, Fransec Palermo y Enrique G Fernández (1999) refieren al respecto: “la emoción es un proceso que permite al organismo prepararse para el enfrentamiento a situaciones que entrañan un desequilibrio”.

Walter Cannon (1929. Citado por Palermo- Fernández Absacol, p. 43) refiere el equilibrio interno de términos dinámicos, al indicar que el organismo

reacciona o responde ante situaciones que presentan peligro, activando los sistemas orgánicos. Es por ello que activar una emoción implica:

- Toma de conciencia de la situación
- Experiencia subjetiva sentida
- Respuesta Fisiológica acorde con la experiencia subjetiva que ocurre luego de tomar conciencia
- Respuesta cognitiva – actitudinal
- Puede llegar a ser una expresión interna en forma de manifestaciones incontroladas o comportamientos conscientes, controlados, dirigidos hacia objetivos concretos

Generando los procesos emocionales psicofisiología inmediata.

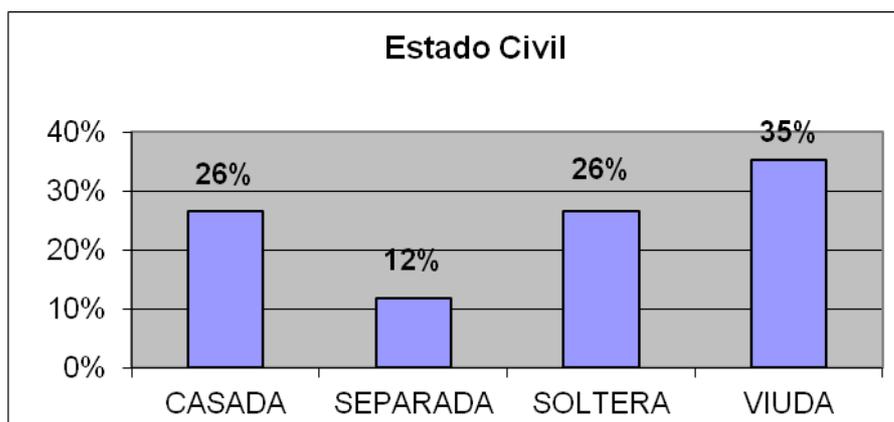
RESULTADOS

La muestra fue conformada por 34 sujetos de género femenino, residentes en la ciudad de Medellín. El estado civil más común entre las participantes fue viuda representado por el 35% (12 sujetos) de la muestra; fue idéntica la participación de mujeres solteras y casadas, equivalente al 26% en cada uno (Gráfica 1). El 88% (30 sujetos) de la población evaluada tiene hijos (Gráfica 2), se indaga sobre este ítem debido a que los embarazos producen pérdida de calcio en la mujer, lo cual, favorece la pérdida de masa ósea y aparición de osteopenias y osteoporosis. El núcleo habitacional más representativo es el conformado por hijos y nietos, representando el 35% de la muestra (12 sujetos). Se destaca en la Tabla 2 que el 76% (26 sujetos) de la población evaluada refiere presentar otras enfermedades además de la osteoporosis.

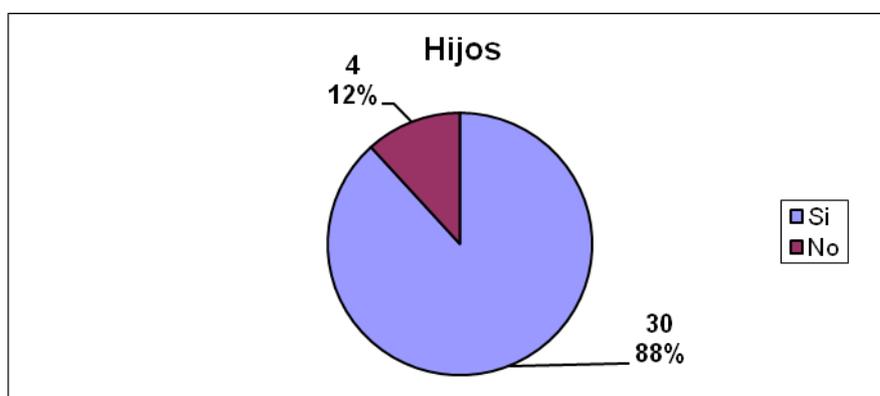
Tabla 2. Datos descriptivos de la población

Tabla 2		Datos descriptivos de la muestra			
VARIABLES	N (N=34)	%	Mínimo	Máximo	Media
Edad	61 - 86	100	63	86	73.44
Estado Civil					
Soltera	9	26,47%			
Casada	9	26,47%			
Separada	4	11,76%			
Viuda	12	35,29%			
Hijos					
Sí	30	88,23%	1	17	5.17
No	4	11,76%			
Abortos	15	44,11%	1	6	2.20
Convivencia					
Sola	5	14,70%			
Con pareja	2	5,88%			
Con hijos	4	11,76%			
Pareja e hijos	3	8,23%			
Hijos y nietos	12	35,29%			
Hijos, nietos y bisnietos	2	5,88%			
Otros	6	17,64%			
Otras enfermedades	26	76,47%	1	7	

Gráfica 1. Estado civil de la población que conforma la investigación

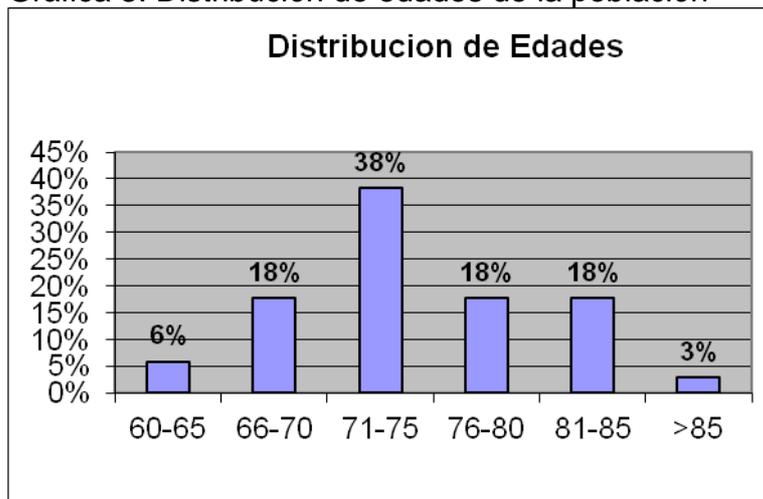


Gráfica 2. Proporción de participantes con hijos



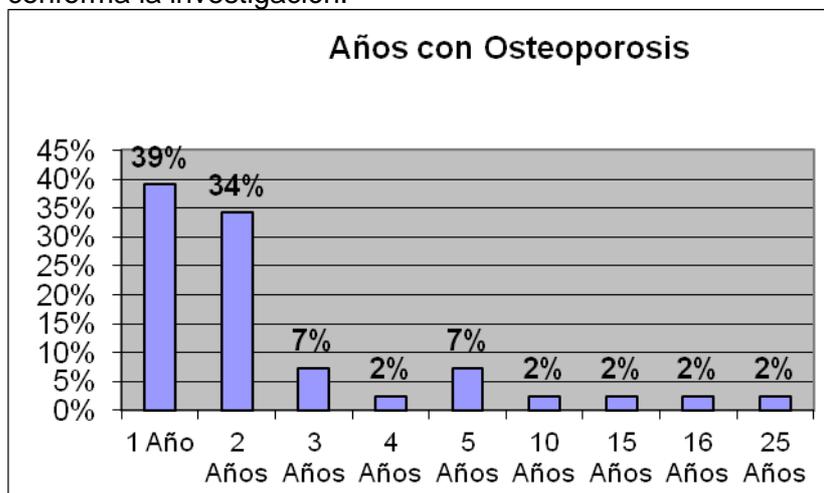
La muestra se encuentra conformada cronológicamente por un rango de edad mínimo 63 y máximo de 86 años, la media poblacional obtenida es de 73 años, dado que el 38% de las evaluadas tiene entre 71 y 75 años de edad, la participación fue homogénea en tres grupos poblacionales: 66 a 70, 76 a 80 y 81 a 85 años, representando cada uno el 18% de la muestra. (Gráfica 1)

Gráfica 3. Distribución de edades de la población



De la población aleatorizada, el 39% fue diagnosticada con osteoporosis un año antes de iniciar la investigación y el 34% dos años antes. La mayor parte de la población se enteró de su condición médica al ser randomizadas y seleccionadas para participar en estudio clínico sub fase III con el centro integral de reumatología Reumalab S.A.S de la ciudad de Medellín. Este diagnóstico confirmado por facultativo, incrementa el nivel de confianza y verdad de la investigación presente, dado que uno de los criterios de inclusión consiste en que el participante presente osteoporosis.

Gráfica 4. Tiempo en años de diagnóstico de la osteoporosis a la población que conforma la investigación.



La muestra fue entrevistada de forma individual, empleando la entrevista estructurada, inspirada en el cuestionario Montgomery Asberg de depresión, a fin de determinar la presencia o no de la variable depresión en pacientes con osteoporosis.

Los resultados obtenidos indican moderada presencia de depresión en la población, dadas las puntuaciones promedio que son bajas.

Se preservan y se asumen como elementos protectores el apetito y la capacidad para sentir (expresión emocional). Dado que la puntuación en el ítem apetito reducido es de 0.44 cifra cercana al valor mínimo 0 y máximo 4, los resultados indican que el 79% no presenta ningún síntoma y el 6% de la muestra moderados u ocasionales disminuciones del apetito. Respecto al ítem incapacidad para sentir, la puntuación promedio de la muestra es 0.32, siendo el valor mínimo de referencia 0 y el máximo 3, indicando que el 85% de los evaluados no presentan ninguna incapacidad y el 6% presenta ocasionalmente alguna dificultad.

Los ítems que presentan puntuación sintomática son: Tensión interna, ya que el 29% de la muestra refiere sentirse tenso frecuentemente y se le dificulta controlarlo y el ítem reducción del sueño, debido a que el 27% de la muestra presenta alteraciones desde ocasionales hasta permanentes, indicando conciliar el sueño por cortos periodos no superiores a 2 horas. Sin embargo, los resultados globales de la prueba, presentan una población con baja incidencia de depresión. (ver tabla 3)

Tabla 3. Resultados entrevista estructurada para evaluar la presencia de depresión en la población de la investigación. (Instrumento inspirado en el cuestionario Montgomery Asberg).

Entrevista estructurada inspirada en el cuestionario Montgomery-Asberg Depression Rating Scale																
Respuesta	Tristeza Observada		Tristeza Declarada por el Paciente		Tensión Interna		Sueño Reducido		Apetito Reducido		Dificultades para Concentrarse		Lasitud		Incapacidad para Sentir	
0	16	47%	19	56%	13	38%	17	50%	27	79%	17	50%	22	65%	29	85%
1	1	3%	0	0%	2	6%	1	3%	2	6%	2	6%	1	3%	1	3%
2	10	29%	5	15%	6	18%	7	21%	3	9%	3	9%	1	3%	2	6%
3	2	6%	1	3%	3	9%	0	0%	1	3%	1	3%	0	0%	2	6%
4	3	9%	6	18%	9	26%	2	6%	1	3%	10	29%	7	21%	0	0%
5	1	3%	0	0%	1	3%	2	6%	0	0%	0	0%	2	6%	0	0%
6	1	3%	3	9%	0	0%	5	15%	0	0%	1	3%	1	3%	0	0%
Total Pacientes	34		34		34		34		34		34		34		34	
Mínimo	0		0		0		0		0		0		0		0	
Máximo	6		6		5		6		4		6		6		3	
Promedio	1,47		1,62		1,88		1,85		0,44		1,68		1,38		0,32	

A la población le fue administrado de forma individual el cuestionario Hamilton de Ansiedad, con el propósito de evaluar la presencia o no de la variable ansiedad en pacientes con osteoporosis, obteniendo como resultado global de la prueba moderada presencia de síntomas ansiosos. Se establece puntuación inferior a la media en todos los ítems que componen la prueba, sin embargo, todos los signos y síntomas que comprende la evaluación resultaron presentes en la muestra. (Tabla 4).

Los ítems con mayor puntuación resultante son Tensión, en el cual, el 18% de la población evaluada refiere claramente presentar síntomas frecuentes o permanentes de nerviosismo e inquietud, los cuales le generan malestar e interferencia con su vida diaria. El 21% de los evaluados refiere presentar dificultades y cambios frecuentes o permanentes en la profundidad del sueño, indicando que este es frágil y superficial. El 24% de la población evaluada presenta de forma frecuente dificultades en la concentración y memoria para la realización de sus actividades cotidianas, refiriendo dificultad para controlar los síntomas, a pesar de ello, su comportamiento fue coherente y ordenado

RTA	SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES)		SINTOMAS CARDIOVASCULARES		SINTOMAS RESPIRATORIOS		SINTOMAS GASTROINTESTINALES		SINTOMAS GENITOURINARIOS		SINTOMAS AUTONOMICOS		COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	
0	21	62%	27	79%	17	49%	9	26%	20	63%	12	35%	25	74%
1	6	18%	4	12%	4	11%	1	3%	3	9%	10	29%	3	9%
2	5	15%	2	6%	11	31%	20	59%	6	19%	11	32%	5	15%
3	2	6%	1	3%	2	6%	4	12%	3	9%	0	0%	1	3%
4	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%
Media	0,65		0,35		1,03		1,56		0,75		1,06		0,41	
Máxima	3,00		3,00		4,00		3,00		3,00		4,00		2,00	
Mínima	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	

La tercera prueba que le fue administrada a la muestra de investigación es el cuestionario de calidad de vida en salud SF12, con el cual, se busca conocer la percepción de los evaluados sobre su calidad de vida en relación con la osteoporosis. Estos resultados indican que algunas que componen la percepción de calidad de vida se encuentran disminuidas como es la vitalidad y el dolor físico, acorde con los resultados mínimos, máximos desviación estándar y media obtenida. (Tabla 5).

Tabla 6. Consolidado de los resultados del cuestionario SF12 calidad de vida

ITEM	Salud General	Dolor Corporal	Vitalidad	Salud Mental	Rol Físico	Función Social	Rol Emocional	Función Física
Media	57	47	38	64	62	53	51	66
Máximo	100	100	100	82	100	88	67	100
Mínimo	0	0	0	36	0	25	33	18
Mediana	50	60	50	70	72	50	50	72
Moda	75	80	0	71	100	50	50	91
Desviación Estándar	24,3	33,7	32,7	13,2	36,2	11,9	8,6	25,5

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten correlacionar las variables seleccionadas encontrando que la función y rol físico presentan mediana correlación positiva con la ansiedad, la depresión y la función social. Adicionalmente se evidencia una mediana correlación negativa entre el dolor físico y la función física, al igual que entre la ansiedad y la salud mental. (Tablas 7 y 8). Estos resultados coinciden con las teorías expuestas en el marco teórico y conceptual de la presente investigación. Aaron Beck afirma que la depresión ocasiona detrimento en la calidad de las relaciones interpersonales debido a esquemas que han sido estructurados a partir de las experiencias anteriores vividas en su entorno sociocultural. Por lo cual es necesaria una intervención que abarque no sólo la esfera cognitivo conductual, sino que abarque las esferas bio, psico y social, como postula la Organización Mundial de la Salud.

La correlación positiva entre la ansiedad y el deterioro de la percepción de calidad de vida en salud, coincide con la teoría propuesta por Patrick y Erickson, en la cual, refieren que la enfermedad impacta la percepción del paciente sobre su bienestar.

Estos resultados sin embargo, no son concluyentes para considerar que las variables ansiedad y depresión son de relevancia epidemiológica en la etiología de la osteoporosis.

Tabla 7. Correlación resultados variables calidad de vida

ITEM	Dolor Corporal	Vitalidad	Salud Mental	Rol Físico	Función Social	Rol Emocional	Función Física
Salud General	0,12	0,09	-0,29	-0,09	0,29	0,18	-0,19
Dolor Corporal		0,38	-0,27	-0,52	-0,03	0,17	-0,47
Vitalidad			-0,04	0,02	-0,14	0,11	-0,16
Salud Mental				0,11	-0,33	0,26	-0,03
Rol Físico					0,04	-0,15	0,49
Función Social						-0,23	0,07
Rol Emocional							0,01

Se evidencia una correlación positiva media entre el Rol Físico y la Función Física (49%); Hay también una correlación negativa media entre el Dolor Corporal y el Rol Físico (-52%) y el Dolor Corporal y la Función Física (-47%). Las demás variables muestran poca correlación entre ellas.

Tabla 8. Correlación variables de investigación: calidad de vida, ansiedad, depresión

ITEM	Salud General	Dolor Corporal	Vitalidad	Salud Mental	Rol Físico	Función Social	Rol Emocional	Función Física
Ansiedad	-0,02	0,43	0,27	-0,31	-0,20	0,34	-0,21	-0,30
Ansiedad Psíquica	-0,14	-0,14	0,28	-0,09	-0,09	0,26	-0,03	-0,03
Ansiedad Somática	0,13	0,51	0,51	-0,43	-0,41	0,28	-0,34	-0,43
Depresión	0,33	0,14	0,04	0,04	-0,24	0,45	-0,02	-0,18

Se evidencia una correlación positiva media entre Ansiedad Somática y Dolor Corporal (51%); Ansiedad Somática y Vitalidad (51%); Depresión y Función Social (45%) y Ansiedad y Dolor Corporal (43%). Hay una correlación negativa media entre Ansiedad Somática y Salud Mental (-43%); Ansiedad Somática y Función Física (-43%) y ansiedad Somática y el rol físico (-41%). Las demás variables no presentan una correlación entre ellas.

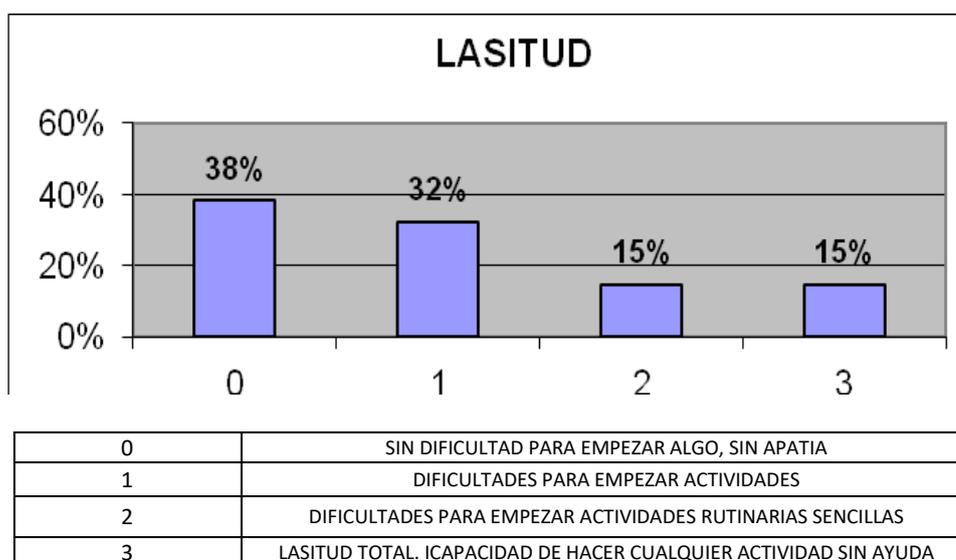
Esta investigación evidencia la presencia de perturbación por ansiedad en la población evaluada, la cual correlaciona directamente y de forma positiva con la percepción de calidad de vida. Coincidiendo con la información

suministrada por la evaluación de 2001 en salud mental para Colombia, donde el 19% de la población padece trastornos de ansiedad.

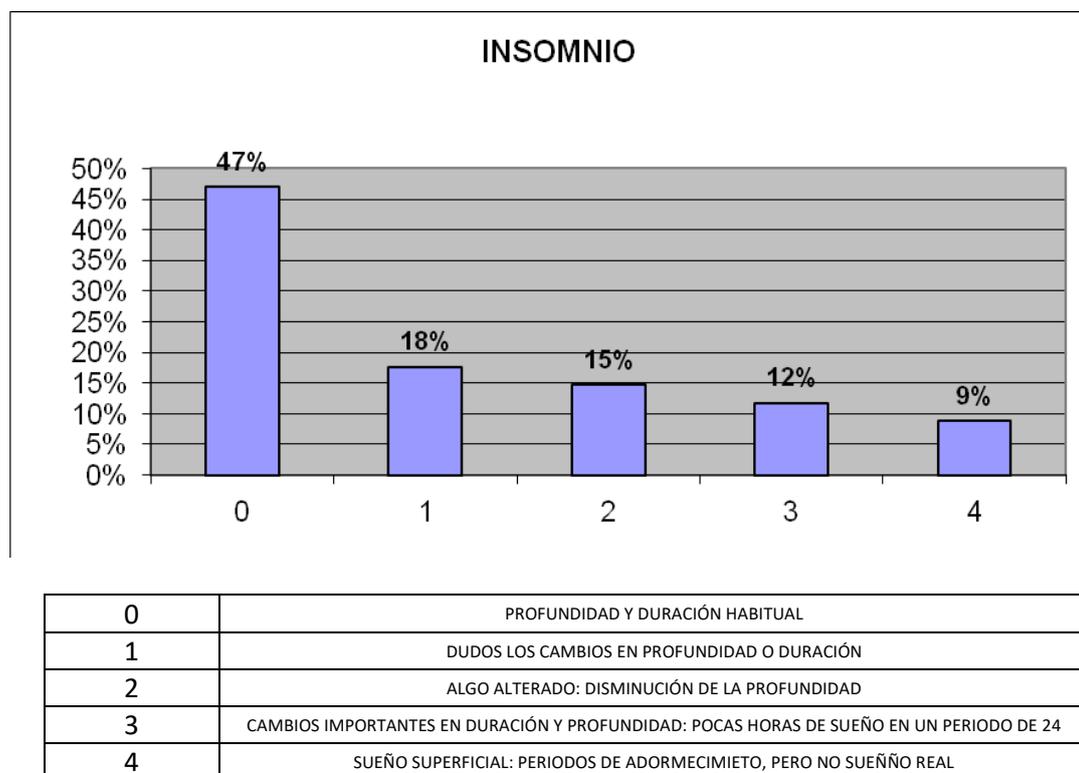
Es por ello, que se requiere realizar estudios de investigación que incluyan otros componentes de la calidad de vida y variables anímicas a fin de ofrecer información concluyente sobre la incidencia de los factores subjetivos en el devenir de la osteoporosis.

Los resultados evidenciados en la presente investigación permiten establecer confirmar la teoría de del binomio inseparable salud enfermedad postulado por Enríquez Blanco, Schneir y Rodríguez, 2010, por ello, es imposible separar o establecer etiologías excluyentes que permitan determinar el origen o causa de la ansiedad, depresión y percepción disminuida de calidad de vida. Es posible establecer que existen factores que impactan la vida de los evaluados y que favorecen la aparición de los estados anímicos, pero que también pueden ser una consecuencia de la osteoporosis, como son:

Gráfica 5. Presencia de lasitud.



Gráfica 6. Presencia de insomnio



En relación con los antecedentes rastreados, se evidencia que a pesar de ser enfermedades con afectación a diferentes subsistemas físicos, comparten las características de cronicidad y perturbación emocional que se asocia a las patologías de la salud, por ello, se hace pertinente evaluar la presencia de trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad a fin de realizar intervenciones en la población afectada, como es el caso de la investigación realizada por Juliana Villegas en mujeres mastectomizadas en Risaralda Colombia, en la cual, detectaron que debido a la enfermedad y su tratamiento, su autoimagen y estima se ve deteriorada, en el caso de la población de la presente investigación, se evidencia deterioro en la percepción debido a disminución de la capacidad y función física, y en el caso concreto de la muestra, esto puede encontrarse unido a percepción de vulnerabilidad

personal y económica. La investigación en mujeres mastectomizadas, realizó actividades terapéuticas con el modelo de *counselling*, reflejando resultados favorables en las mujeres tratadas, las cuales, lograron controlar y resignificar sus experiencias emocionales, proceso que sería pertinente iniciar con la población que padece osteoporosis, dado que se ha demostrado la efectividad de las intervenciones psicosociales en la disminución de los porcentajes de discapacidad (OMS 2001)

Antecedentes investigativos, confirman y coinciden con los datos de la encuesta de salud mental realizada en Colombia en el año 2001, que indican que debe evaluarse estadísticamente factores psicológicos como la ansiedad y la depresión en pacientes crónicos ya que éstos se correlacionan con la percepción que cada uno tiene respecto a su calidad de vida, cognición, emociones y relaciones sociales. (Vinaccia, S. et. al., 2005. p. 65-74), lo cual, ratifica, la relevancia de las variables seleccionadas para investigar, los resultados obtenidos son similares entre la investigación presente y la realizada en 2005 con pacientes asistentes a consulta externa en la ciudad de Medellín con diagnóstico confirmado de Síndrome de Colon Irritable, dado que en ambas:

Se evidencia la presencia aumentada de ansiedad, más que de depresión. Revelan correlaciones directas y positivas entre la vitalidad, el rol emocional y la salud mental, la función social y la salud mental y la salud mental y el rol emocional. Reportan correlaciones inversas y significativas entre los resultados de ansiedad y calidad de vida en relación con las dimensiones de vitalidad y salud mental, y la misma correlación ocurre entre los resultados de depresión y calidad de vida, adicionalmente, con la función social y el rol emocional y concluyen que también existe una asociación significativa y positiva entre las variables de ansiedad y depresión (fuente producción del autor)

Los resultados obtenidos en las tres pruebas practicadas a la población evaluada, indican que la percepción sobre calidad de vida se encuentra

disminuida principalmente por disminución de la función física y afectación de en la salud mental. Al igual que en el síndrome de colon irritable, la osteoporosis los síntomas se caracterizan por su benignidad y la nula posibilidad de muerte, pero alto nivel de malestar e incapacidad, es por ello que los resultados de estas dos investigaciones presentan tendencia a la baja puntuación en cuanto al deterioro en la percepción de calidad de vida, en comparación con los resultados de pacientes evaluados con la misma escala para otras enfermedades crónicas.

Nuevamente, se dirigen los resultados de las investigaciones hacia la afirmación de, que el deterioro en la salud y calidad de vida de un paciente no se debe solamente a la severidad de sus síntomas, sino a la relación con los factores psicosociales, ya que éstos son predictores de gran importancia en la valoración de calidad de vida. (Wilkinson, 1985, citado en Vinaccia et. al., 2005, p. 65-74

En investigación realizada en el año 2007 por la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales con 188 pacientes usuarios de servicios de salud en el área urbana de Manizales se encontró que los pacientes con una patología médica crónica presentan mayor riesgo de padecer un cuadro de somatización, el cual, puntúa alrededor del 65% principalmente por trastornos de ansiedad. Demuestra que estos pacientes demandan altos costos al servicio de salud por la frecuencia de sus visitas al facultativo y polimedicación. Este resultado es consecuente con el panorama de las pacientes con osteoporosis, las cuales puntúan de forma más significativa en presencia de ansiedad que en depresión, y son pacientes de difícil manejo clínico debido a la multiplicidad de quejas que refieren en consulta, demandando un amplio espectro de

medicaciones para su control. La investigación con pacientes crónicos realizada en 2007, refiere que si se tratan los síntomas de ansiedad en el paciente y estos disminuyen mejoran sus prácticas de salud, lo cual, puede convertirse en un alivio para el servicio nacional de atención en salud y repercutir favorablemente en la calidad de vida del paciente. Por ello, estos resultados, alientan a que se incluya en el protocolo de atención básica de la osteoporosis la intervención psicosocial al paciente.

Los resultados obtenidos en la presente investigación, permiten orientar y plantear una futura hipótesis de investigación, la cual ya ha sido trazada anteriormente en estudios de pacientes con enfermedades crónicas. Esta consiste en determinar la presencia de trastornos mixtos (no especificados por el DSM IV) en las personas que padecen osteoporosis, los cuales no han sido diagnosticados. Sustenta este planteamiento, el informe epidemiológico 2004-2007 de Antioquia, en el cual, a través de autopsia psicológica se demostró que el 98.5% de las personas que llegaron a actos suicidas padecían un trastorno mental y sólo el 11.6% de ellas había sido diagnosticada.

CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación desarrollada con 34 pacientes con diagnóstico confirmado de osteoporosis, permiten concluir que esta muestra representativa padece de síntomas ansiosos y depresivos leves, los cuales tienen una correlación negativa media con la percepción disminuida frente a la calidad de vida, evidenciando la necesidad de valoración y atención psicosocial a esta población. Se espera que ofreciendo este complemento al protocolo de atención para la osteoporosis mejoren las prácticas de salud de la población y mejore la percepción de calidad de vida.

Gracias a los resultados obtenidos y a las evidencias de investigaciones anteriores en la línea de las enfermedades crónicas, se puede postular que las emociones son agentes primordiales en la producción de reacciones psicofísicas y pueden mejorar o deteriorar el pronóstico de la enfermedad osteoporosis.

Puede concluirse de los antecedentes teóricos, sin lugar a dudas, que la medicina y la psicología trabajan mancomunadamente en el tratamiento para lograr la humanización de los procedimientos y la atención de los pacientes, siendo ésta la orientación establecida por la OMS y la psicología de la salud.

Los resultados de la presente investigación son una aproximación a la definición de nuevas variables que acompañan la enfermedad osteoporosis, las cuales, deben continuar siendo indagadas y documentadas.

La investigación presentó gran dispersión y desviación estándar, debido al tamaño de la muestra que se realizó según el cálculo estadístico para un universo poblacional de 498 sujetos y también por la variedad de respuestas suministradas por la muestra. Por ello es recomendable realizar futuras mediciones con un tamaño muestral superior.

El estudio permite constatar una correlación media positiva entre la percepción en calidad de vida y la función y rol físico, concluyendo que las limitaciones y cambios en el estilo de vida y actividad física que debe realizar el paciente con osteoporosis disminuyen su percepción de bienestar y salud.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar evaluaciones en otros componentes que impactan la calidad de vida como son económico, social y familiar, dado que los resultados de la presente investigación arrojan moderado nivel de ansiedad que impactan no solo la función y rol físico, sino la función social y la salud mental. Adicionalmente, se detecta durante el proceso de entrevista individual, que las pacientes refieren malestar y rechazo a su condición debido a su situación socioeconómica y familiar, surgiendo estas como variables a ser investigadas a futuro.
- Se sugiere revisar el actual protocolo de atención para la osteoporosis, dado que no incluye valoración ni atención en salud mental, y los resultados obtenidos en la presente investigación revelan que los pacientes en tratamiento presentan niveles en ansiedad que requieren ser atendidos. Situación que ya ha sido alertada desde el año 2000 por la Organización Mundial para la salud.
- Se requiere diseñar estrategias de educación y atención a pacientes para generar conciencia sobre el impacto de la osteoporosis en la función y rol físico, a fin de reformular y crear hábitos que contribuyan a la preservación y mejoramiento de calidad de vida.
- Para futuras investigaciones en esta línea se recomienda además de la observación, realizar intervención experimental, con el objetivo de comparar los resultados de ésta con un grupo control o con una segunda medición tipo re test.

- Se recomienda evaluar la presencia de trastornos mixtos (no especificados en el DSM IV TR) al realizar evaluaciones orientadas hacia el diagnóstico y establecimiento de etiologías de las enfermedades crónicas.

REFERENCIAS

- Acedo, J. *Estados de ánimo*. (2009). Recuperado de <http://www.slideshare.net/joaquinaedo/estados-de-nimo-1191017>.
- Alarcón Velandia, R.P. (Julio, 2011). Psicología del envejecimiento y trastornos mentales del anciano. Psicopatología del anciano. Universidad Tecnológica de Pereira, Facultad de Ciencias de la Salud Área de Psiquiatría grupo de psicogeriatría y demencias.
- Aldasoro, A. (2009). *Guía española para el manejo del asma*. Unidad de Neumología infantil. Hospital Donostia. San Sebastián. Trabajo presentado en congreso de la Asociación Española de Pediatría, Zaragoza, España. (pp.115-119) Artículo recuperado de <http://www.congresoaeop.org/2009/agenda/docs/19384.pdf> 414 /
- Alonso, J., Regidor, E., Berrío, G., Prieto, L., Rodríguez, C., de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Revista Medicina Clínica*. 111:410416. ISSN: 0025-7753. Vol. 111. Núm. 11 Barcelona, España. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/valores-poblacionales-referencia-version-española-cuestionario-salud-2551-originales-1998>.
- Anarte Ortiz M.T., Machado Romero A., Ruíz de Adana Navas, M.S., Caballero Díaz, F.F. Ansiedad, depresión y otras variables en pacientes con diabetes Mellitus tipo 1. Hospital Universitario Carlos Haya Málaga, Hospital Punta de Europa Algeciras Cádiz, Universidad de Málaga. *Ansiedad y estrés*. ISSN 1134-7937 Vol 16. Núm 1. (pp. 1, 13-31) Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3190994>
- Ascorra, P. (2009). El gerenciamiento de los estados de ánimo: estudio de caso en una organización chilena. *Revista Irice*. Núm 20 Noviembre 2009. (pp.21-32) Recuperado de <http://www.irice-conicet.gov.ar/files/PDFs/revirice/revistairiceveinte.pdf>
- Beck, A.T., rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (2003). *Terapia cognitiva de la depresión*. (Trad. Del Viso Pabón, S.) En *Cognitive therapy of depression*. (1983) primera edición. (pp. 13-29) España. 15 edición. Desclée de brouwer. S.A. (Ed.). España.

- Betancur Castro, K., Castaño, J.J., Erazo, A. C., García N.J., Hernández, L., Hoyos D.M., Mueces, Y., Orjuela, L.F., Paez, M.L., Pérez, L.F., Tamayo, C.A., Tamayo, M.A., Velázquez, M.A., Villalba, D.C. (2007) Asociación entre prácticas de salud, somatización y algunos factores psicosociales en usuarios de clínicas de ASSBASALUD E.S.E. Manizales. Artículo de investigación 113, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. Recuperado de http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/Arch_Med_8%202/6_somatizacio_usuarios_assba_salud.pdf
- Castro Rodríguez, J.A (2010) *VIII Congreso Latinoamericano de psicoterapias cognitivas: ampliando perspectivas*. Conferencia inaugural. Universidad de la Sabana. Hotel Cosmos 100.
- Colimon, M.K. (2010). *Fundamentos de epidemiología*. Corporación para investigaciones biológicas (ed). Tercera edición (pp. 51). Colombia. ISBN13 9789589076354.
- Comité de revisión de estudios de investigación. (Junio, 2011) *Estatutos Operativos Comité de Revisión de Estudios de Investigación CREI*, Versión 03. 02/06/2011.
- De la Cruz (2010) Planteamiento actual: mente y cerebro. *El problema mente-cuerpo: distintos planteamientos*. Recuperado de <http://platea.pntic.mec.es/macruz/mente/cuerpo-mente3.htm#monismo>
- Echeburúa Odriozola, E., (2003). Capítulo 27. Medición clínica de trastornos fóbicos y de ansiedad. En Bulbena Vilarrasa, A., Berrios, G.E., Fernández de Larrinoa, P. MASSON (Ed) *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. (pp. 373) Barcelona.
- Enríquez B.H., Schneider, R.E., Rodríguez, J.T. (2010) Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados. *Fundamentos psicosociales*. México: Médica Panamericana (Ed) (pp. 45, 49, 96, 265, 285, 313, 333, 355, 387)
- Escobar, J. (Abril 2010) *Presentación del protocolo POWER MK 0822 -018 MSD*. Capacitación Centro Integral de Reumatología REUMALAB S.A.S., Club Unión Medellín.

- Fernández- ballesteros (1985). Vejez con éxito o vejez competente: un desafío a la ciencia y la sociedad. *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Alianza (Ed). Madrid, España
- Fernández-Ballesteros, R., Iñiguez, J y López M.D. (1998) Trastornos asociados a la vejez. En M.A. Vallejo (Dir.) *Manual de Terapia de Conducta*. Dikinson Psicología (Ed). Madrid, España.
- Gallego, A. (2010). Tipología de ensayos clínicos. *CRA NOVARTIS. I Curso de Buena Práctica en Investigación Clínica*. Huelva, México. Recuperado en http://www.fabis.org/html/archivos/cursos/ecap/Tipol_EC_AGL_150507.pdf
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., Fitzpatrick, R. (BMJ Group). (June 15th, 2002) Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 324: 1417. doi: 10.1136/bmj.324.7351.1417.
- Gutiérrez, J. Ansiedad y Salud. Capítulo 7. En Oblitas, L.A. (Coor). . *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. International Thomson (Ed). (pp. 165-210).
- Hernández, G., Orellana V., Kimelman, J., Nuñez, M., Ibáñez , H., *Revista médica de Chile*. (2005) Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna [Anxiety disorders among patients hospitalized in a medical Ward]. Artículo de Investigación versión impresa ISSN 0034-9887 Vol.133 Núm.8. doi: 10.4067/S0034-98872005000800005.
- Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS) Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios., Aiguader, D. Descripción del instrumento Cuestionario de salud SF 12. Versión española del cuestionario de salud SF 12 adaptada por J. Alonso y Cols. BiblioPro (Ed) Barcelona, España. (pp. 1-4) Recuperado de http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion_SF-12_BiblioPRO.pdf
- Izquierdo, M.A. (2005) Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación Vol. 16 Núm. 2* Universidad Complutense de Madrid. (pp. 601–619). Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/edu/11302496/articulos/RCED0505220601A.PDF>
- Labiano, M. (2006). Introducción a la psicología de la salud. Capítulo 1, Estrés y salud. Capítulo En Oblitas, L.A. (Coor). . *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. International Thomson (Ed). (pp. 3-19, 213-295).

- Larousse Diccionario Enciclopédico. (S.L. Vox. 1) (2011). *Significado síntoma*. Larousse (Ed) Recuperado de: <http://es.thefreedictionary.com/sintoma>
- Larousse Diccionario Enciclopédico. (S.L. Vox. 1) (2011). *Significado percepción*. Larousse (Ed). Recuperado de: <http://es.thefreedictionary.com/percepcion>
- López. J.J., Aliño, I. (Dir) Valdés M.M. (co. Dir). (2002). *DSM IV TR Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Masson (Ed.) España. ISBN 8445810871.
- López, R.J., Cano, G.C., Gómez M.J. (2006). *Fundamentos de Medicina: Geriátría*. Corporación para investigaciones biológicas (Ed). Colombia. ISBN: 958-9400-98-1
- Millan, P. y Fernández, T. (2006). Demencia tipo Alzheimer, estudios de correlación cognitivo-funcional y memoria de trabajo. *Revista Neurología* Vol. 20. (pp.432-433).
- Mussi, C. (2006) Enfermedad y salud. Capítulo 5. En Oblitas, L.A. (Coor). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. International Thomson (Ed). (pp. 113.147).
- Nicasio, P. M., Meyerowitz, B. E. y Kerns, R. D. (2004). The future of Health Psychology interventions. *Health Psychology*, 23, 132-137.
- Organización Panamericana de la Salud (1997). *CIE 10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10 Revisión. Publicación científica N° 554. Vol. 3. Segunda Reimpresión. (1) Washington, Org. Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Páez, A. E., Jofre, M.J., Azpiroz, C.R., A de Bortoli, M.A. (2010). Ansiedad y Depresión en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Diálisis. *Revista de Psicología Clínica Argentina*. Vol. 02. Universidad de San Luis Argentina. (pp. 117-124) Recuperado de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V08N01A09.pdf>.
- Páez, A. E.; Jofre, M. J.; Azpiroz, C. R.; de Bortoli, A. A. (enero – Abril, 2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Revista Univ. Psychol.* Vol 8. Núm. 1 (pp. 117-124). ISSN1657-9267. Recuperado de

<http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V08N01A09.pdf>

- Palermo, F. y Fernández-Abascal, E. G. (1999). *Emociones y salud*. Ariel Psicología (Ed). Barcelona, España. ISBN: 84-344-0881-3.
- Poole, K. E. S. y Compston, J. E. (2006). Elaboración, implantación y seguimiento de un protocolo de osteoporosis posmenopáusica: colaboración entre Atención Primaria y el Servicio de Reumatología. *Revista Reumatología clínica*. Vol. 6 Núm. 003. (pp. 1251-6). Recuperado en <http://www.elsevier.es/es/revistas/reumatologia-clinica-273/elaboracion-implantacion-seguimiento-un-protocolo-osteoporosis-posmenopausica-13149595-originales-2010>.
- Posada, J. Buitrago, J. Barreto, Y. y Rodríguez, M. (Junio-Diciembre 2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia año 2003. Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM. *Nova*. ISSN 1794 2370. Vol. 4 Núm. 006 (pp. 33-41).
- Sánchez, L. (Marzo 2010) *Socialización Status actual del .protocolo POWER MK 0822 -018 MSD. Conferencia* Centro Integral de Reumatología REUMALAB S.A.S., Club Unión Medellín.
- Schwartzmann, L. (2003) Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales [health-related quality of life: conceptual aspects] *Revista Ciencia y Enfermería*. Núm. 9 Vol. 2 ISSN 0717 – 2079 (pp.9-21).
- Taylor, G., Easter, K., Hegney, R., (2006). *Mejora de la salud y seguridad en el trabajo*. Elsevier (Ed). España. ISBN 84 8174880 3.
- Tobón, Vinaccia y Sandín (2003) Implicación del estrés psicosocial y los factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Revista Anales de Psicología*. Vol. 19 Núm. 002. ISSN 1695 2294. Universidad de Murcia. Murcia, España. (pp. 223-234).
- Vásquez Valverde, C., Jiménez Franco, F. (2003). Capítulo 21: Depresión y Manía. En Bulbena Vilarrasa, A., Berrios, G.E., Fernández de Larrinoa, P. Masson. (Ed). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. (pp. 259) Barcelona.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., Alonso, J.

- (Marzo-Abril, 2005). Revisión: el cuestionario de salud sf- 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Unidad de investigación en servicios sanitarios. Instituto Municipal de Investigación médica (IMIM-IMAS). *Gaceta Sanitaria versión ISSN 0213-9111. Vol. 19 N. 2 Barcelona.*
- Villegas, M.M. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas. *Revista Universidad Católica Popular de Risaralda* N° 83. (pp. 39-60).
- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R.E., Vásquez A., Contreras, F., Tobon, S., Sandín, B. (Diciembre, 2005) Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Revista terapia psicológica. Vol. 23, número 002. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Santiago de Chile. (pp. 65-74).*

ANEXOS

Anexo A. Formato consentimiento informado

ACEPTACIÓN DE MI PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION VALORACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL DE PACIENTES CON OSTEOPOROSIS, VINCULADAS ACTUALMENTE AL PROTOCOLO POWER MK 0822-018 MSD

A CARGO DE: -----

EN : -----

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en esta investigación.

Se me informó que:

- en cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación.
- se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de mis datos personales y de mi desempeño.
- se me brindará toda la información que sea posible sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación antes de mi participación en ella. Esa información podrá ser ampliada una vez concluida mi participación.

FIRMA:

C.C:

ACLARACION:

LUGAR Y FECHA:

Anexo B. Formato cuestionario Hamilton de Ansiedad

Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAMA)

(Spanish, Date of issue: 13-Feb-2007)

Reference: Translation process coordinated by H. Lundbeck A/S

Date of assessment:

Day			Month				Year												

Tick appropriate Box [X] for each item

1. Ansiedad

Este ítem hace referencia al estado emocional de incertidumbre ante el futuro y abarca: desde la preocupación, inseguridad, irritabilidad y aprensión; hasta un terror insuperable.

- 0 El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable de lo habitual.
- 1 Es dudoso si se encuentra más inseguro o irritable de lo habitual
- 2 El paciente expresa más claramente que se encuentra en un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede resultarle difícil de controlar. Sin embargo, ello no interfiere en la vida diaria del paciente ya que las preocupaciones se refieren a temas poco importantes
- 3 La ansiedad o la inseguridad son, en ocasiones, más difíciles de controlar ya que las preocupaciones se refieren a perjuicios o daños graves que pudieran ocurrir en el futuro. Ej. La ansiedad puede experimentarse como pánico, por ejemplo como un terror insuperable. Ha interferido ocasionalmente en la vida diaria del paciente.
- 4 El sentimiento de terror está presente tan a menudo que interfiere de forma importante en la vida diaria del paciente.

2. Tensión

Este ítem incluye: incapacidad para relajarse, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga asociada a inquietud.

- 0 El paciente no está ni más ni menos tenso de lo habitual.
- 1 El paciente refiere estar algo más nervioso y tenso de lo habitual.
- 2 El paciente expresa claramente su incapacidad para relajarse, está lleno de agitación interna que le resulta difícil de controlar, pero que no interfiere en su vida diaria.
- 3 El nerviosismo y la agitación interna son tan intensos o tan frecuentes que en ocasiones ha interferido con el trabajo diario del paciente.
- 4 La tensión y la agitación interfieren continuamente en la vida diaria y laboral del paciente.

Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAMA)

3. Miedos

Sentimientos que aparecen cuando el paciente se encuentra en situaciones específicas como: estar en espacios abiertos o cerrados, hacer cola, viajar en autobús o tren. El paciente siente alivio si evita dichas situaciones. En esta evaluación es importante explorar si el paciente ha experimentado más ansiedad fóbica en el episodio actual que habitualmente.

- 0 No están presentes
- 1 Presencia dudosa.
- 2 El paciente ha experimentado ansiedad fóbica pero ha sido capaz de combatirla
- 3 Para el paciente es difícil combatir o superar su ansiedad fóbica, lo que produce alguna interferencia en su vida diaria y laboral.
- 4 La ansiedad fóbica interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente

4. Insomnio

Este ítem se refiere únicamente a la percepción subjetiva de la duración del sueño por parte del paciente (horas de sueño en un periodo de 24 h) y de su intensidad (sueño superficial e interrumpido comparado con sueño profundo y mantenido). La puntuación se basa en las tres noches previas. Nota: No debe tenerse en cuenta la toma de hipnóticos o sedantes.

- 0 Duración y profundidad del sueño habituales.
- 1 La reducción en la duración del sueño es dudosa o mínima (ej. debido a dificultad para conciliar el sueño), pero no hay cambios en la profundidad del mismo.
- 2 La profundidad del sueño también ha disminuido, el sueño es más superficial. El sueño en general está algo alterado.
- 3 La duración y la profundidad del sueño han sufrido cambios importantes. Los periodos de sueño interrumpido suman solamente unas pocas horas en un periodo de 24.
- 4 El sueño es tan superficial que se hace difícil establecer la duración del mismo, ya que el paciente habla de periodos cortos de adormecimiento pero no de sueño real

5. Dificultades en concentración y memoria

Este ítem hace referencia a dificultades en la concentración, en la toma de decisiones sobre temas cotidianos y en la memoria.

- 0 El paciente no tiene ni más ni menos dificultades en la concentración y/o memoria de lo habitual
- 1 Es dudoso que el paciente tenga dificultades en la concentración y/o memoria.
- 2 Al paciente le es difícil concentrarse en su rutina de trabajo diaria, incluso haciendo un gran esfuerzo.
- 3 Existen dificultades más importantes en la concentración, la memoria o en la toma de decisiones. Por ejemplo, el paciente tiene dificultades para leer un artículo del periódico o para mirar un programa de televisión de principio a fin. La puntuación es 3 siempre y cuando la pérdida de concentración o memoria no haya tenido una influencia clara en la entrevista.
- 4 Cuando durante la entrevista el paciente ha mostrado dificultades en la concentración y/o memoria, y/o cuando la toma de decisiones está enlentecida de forma importante.

6. Humor deprimido

Este ítem se refiere tanto a la comunicación verbal como no verbal de: tristeza, depresión, abatimiento, impotencia y desesperanza.

- 0 Humor habitual.
- 1 Es dudoso que el paciente esté más abatido o triste de lo habitual. Ej. El paciente refiere vagamente estar más deprimido de lo habitual
- 2 El paciente, de forma más evidente, está preocupado por vivencias desagradables, aunque no sienta impotencia o desesperanza.
- 3 El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.
- 4 El paciente insiste de forma verbal o no verbal en su abatimiento e impotencia, de forma que estos temas dominan la entrevista sin que el paciente pueda ser distraído.

Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAMA)**7. Síntomas somáticos generales (síntomas musculares)**

Este ítem hace referencia a debilidad, rigidez, dolorimiento que puede transformarse en un dolor real localizado de manera más o menos difusa en los músculos. Ej. dolor en la mandíbula o en el cuello.

- 0 El paciente no tiene ni más ni menos molestias o dolor o rigidez en sus músculos de lo habitual.
- 1 El paciente refiere tener los músculos algo más doloridos o rígidos de lo habitual.
- 2 Los síntomas pasan a tener características de dolor.
- 3 Los dolores musculares producen alguna interferencia en la vida diaria y laboral del paciente.
- 4 Los dolores musculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.

8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)

Este ítem incluye aumento de la fatiga y de la debilidad que pueden llegar a convertirse en verdaderos trastornos funcionales sensoriales. Incluye: acúfenos, visión borrosa, sofocos, sudores fríos y sensación de pinchazos.

- 0 No están presentes.
- 1 Es dudoso que los pinchazos o la sensación de presión referidas por el paciente (ej. en oídos, ojos o piel) sean más acusados de lo habitual.
- 2 La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido; en los ojos llegan a aparecer alteraciones visuales, y en la piel llegan a aparecer sensaciones de pinchazos o prurito (parestesias).
- 3 Los síntomas sensoriales generalizados producen alguna interferencia en la vida diaria y laboral del paciente.
- 4 Los síntomas sensoriales generalizados están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.

9. Síntomas cardiovasculares

Este ítem incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, sensación de pulsación en los vasos sanguíneos, y sensación de desmayo

- 0 No están presentes.
- 1 Presencia dudosa.
- 2 Los síntomas cardiovasculares están presentes pero el paciente aún puede controlarlos.
- 3 El paciente tiene, de vez en cuando, dificultades para controlar los síntomas cardiovasculares los cuales producen alguna interferencia en su vida diaria y laboral.
- 4 Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.

10. Síntomas respiratorios

Este ítem incluye sensaciones de opresión o de contracción en garganta o pecho, disnea que puede llegar a sensación de falta de aire y suspiros.

- 0 No están presentes.
- 1 Presencia dudosa.
- 2 Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente aún puede controlarlos.
- 3 De vez en cuando el paciente tiene dificultades para controlar los síntomas respiratorios lo que produce alguna interferencia en su vida diaria y laboral.
- 4 Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.

Anexo C. Formato Cuestionarios SF 12 calidad de vida en salud

Su Salud y Bienestar

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. *¡Gracias por completar estas preguntas!*

En cada pregunta, por favor marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, ¿diría usted que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual ahora que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita para nada
	1	2	3
a. <u>Actividades intensas</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, barrer, bailar o andar en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Levantar o llevar las bolsas de las compras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e. Subir <u>un</u> piso por la escalera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
g. Caminar <u>más de un kilómetro</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
h. Caminar <u>varios cientos de metros</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
i. Caminar <u>cien metros</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
j. Bañarse o vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
b. ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
c. ¿Se ha visto limitado en el tipo de trabajo u otras actividades?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
d. ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
b. ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
c. ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5

6. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?

Nada en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Cuánto dolor **físico** ha tenido usted durante las **últimas 4 semanas**?

Ninguno	Muy poco	Poco	Moderado	Mucho	Muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto ha dificultado el **dolor** su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido sus cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a se ha sentido lleno de vitalidad?	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ha estado muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
c se ha sentido con ánimo tan decaído que nada podía animarlo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
d se ha sentido tranquilo y sereno?	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e ha tenido mucha energía?	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se ha sentido desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
g se ha sentido agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
h se ha sentido feliz?	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se ha sentido cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5

0. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5

11. ¿Cuán **CIERTA** o **FALSA** es cada una de las siguientes frases para usted?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera..... <i>Más sana q la mayoría.</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

¡Gracias por completar estas preguntas!

Anexo D. Formato entrevista estructurada para evaluar depresión

DEPRESIÓN

Humor depresivo: tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad

A.0. Ausente

B.1. Expresa estas sensaciones si se le pregunta cómo está

C.2. Se expresan estas sensaciones de forma espontánea

D.3. Se evidencias de forma no verbal estas sensaciones (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

E.4. Se expresan espontánea y continuamente estas sensaciones de forma verbal y no verbal durante toda la entrevista

Sentimiento de culpa

•0. Ausente

•1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente

•2. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

•3. Siente que la enfermedad actual es un castigo

•4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

Suicidio

- 0. Ausente
- 1. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- 3. Ideas de suicidio o amenazas
- 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

Dificultades para dormir

- 0. No presenta dificultades
- 1. Presenta dificultades para conciliar el sueño, tarda más de 30 minutos en dormirse
- 2. Se despierta varias veces durante la noche, ya que, se siente desvelado o inquieto
- 3. Se despierta en la madrugada y no logra volverse a dormir
- 4. Dificultades significativas todas las noches para dormir

Trabajo y actividades:

- 0. No hay dificultad
- 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad para realizar trabajos y pasatiempos
- 2. Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- 3. Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

•4. Ya no realiza trabajos y actividades. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

- 0. Palabra y pensamiento normales
- 1. Ligero retraso en el habla
- 2. Evidente retraso en el habla
- 3. Dificultad para expresarse
- 4. Incapacidad para expresarse

Pérdida de peso

- 0. No ha perdido peso
- 1. Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana
- 2. Pérdida de más de 500 gr en una semana
- 3. Pérdida de más de 1 kgr en una semana

Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada.

Transpiración)

- 0. Ausente
- 1. Ligera
- 2. Moderada

- 3. Severa
- 4. Incapacitante

Perspicacia

- 0. Se da cuenta que está deprimido
- 1. Se da cuenta que está deprimido pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 2. No se da cuenta que está deprimido