

Factores asociados a la adaptación psicosocial de pacientes con enfermedad pulmonar crónica

SILVIA ARACELY TAFOYA RAMOS*

* Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental,
Facultad de Medicina-UNAM.
Trabajo recibido: 17-IV-2007; aceptado: 20-I-2008

RESUMEN

Antecedentes y objetivo: La adaptación psicosocial es una medida útil para conocer el grado de ajuste del paciente a los cambios internos y externos que conlleva la enfermedad, ajuste que puede depender de muchas variables, por lo que el presente estudio aporta datos sobre la asociación que tienen algunos factores sociodemográficos sobre el grado y tipo de adaptación en pacientes con enfermedad pulmonar crónica.

Método: Estudio transversal y analítico en una población de 231 neumópatas crónicos, externos y hospitalizados del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Se les aplicaron el Psychosocial Adjustment to Illness Scale Self-Reporting (PAIS-SR) y un cuestionario de datos sociodemográficos.

Palabras clave: Adaptación psicosocial, datos sociodemográficos, factores de riesgo, enfermedad pulmonar crónica, escala PAIS-SR.
Key words: Psychosocial adjustment, sociodemographics, risk factors, chronic lung disease, PAIS-SR.

Resultados: De acuerdo con el grado de adaptación total, la ausencia de pareja fue un factor que favoreció la adaptación, mientras que tener un bajo ingreso económico tuvo 1.4 veces más riesgo para una baja adaptación. Con relación a la adaptación por dominio, los hombres manifestaron menor malestar emocional y mejor cuidado de su salud; las personas con menor ingreso parecen tener menor apoyo familiar y recursos físicos.

Conclusiones: El bajo ingreso y tener pareja son factores que influyen sobre la adaptación general; el último factor quizá sea consecuencia de relaciones dependientes con la pareja, las cuales no permiten lograr una adaptación adecuada. Acorde a la teoría, las mujeres fueron más susceptibles a tener dificultades emocionales y estar menos comprometidas con el cuidado de su salud.

ABSTRACT

Background and objective: Psychosocial adaptation is a useful resource to detect a patient's degree of adjustment to internal and external changes imposed by a disease; such adjustment depends on many variables. This study pretends to contribute information to establish the association between certain social demographic factors and the degree and type of adaptation in patients with chronic lung disease.

Methods: Cross-sectional and analytic study of 231 hospitalized and outpatients with chronic lung disease from the National Institute of Respiratory Diseases Ismael Cosío Villegas. The PAIS-SR and a sociodemographic questionnaires were applied.

Results: Considering the degree of total adaptation, the absence of a couple was a protective factor for low adaptation, whereas having a low income implied a 1.4 times higher risk for low adaptation. In the field of adaptation by dominion, men showed less emotional uneasiness and better self healthcare; people with lower income seemed to have less familiar support and less physical resources.

Conclusions: Low income and presence of a partner are factors that influence general adaptation; the last may be a consequence of dependant relationships precluding an appropriate adaptation. In accordance to theory, women were more susceptible to emotional difficulties and to be less engaged with their own healthcare.

15

INTRODUCCIÓN

Un padecimiento crónico cambia la manera en que una persona se ve a sí misma y a su vida, y trata de *adaptarse* a su nueva condición restaurando o consiguiendo un nuevo equilibrio —cuya pérdida significa estrés—. De una adecuada adaptación dependerá una mejor calidad de vida. La adaptación se define como el proceso que permite la capacidad de enfrentarse a los cambios internos y externos del medio a fin de mantener el equilibrio físico, cognoscitivo, afectivo, motivacional, interpersonal, vocacional y conductual funcional.¹

El enfermo ahora tiene que reconocer sus síntomas, controlarlos y prevenir sus crisis, aceptar o no el tratamiento, mantener relaciones adecuadas con el médico y el resto del personal de salud, conservar un equilibrio emocional razonable y afrontar (tanto él como la familia) el malestar emocional asociado a la enfermedad, conservar la autoimagen y un sentido de control y competencia satisfactorios, conservar las relaciones con la familia y amigos, y prepararse para el futuro.²

Las neumopatías crónicas son la quinta causa de mortalidad, y el segundo grupo de enfermedades significativas presentes en adultos maduros en nuestro país.^{3,4} En general, algunas enfermedades respiratorias comparten las características de una enfermedad crónica en cuanto a su duración temporal, ser origen de discapacidades funcionales, interferir en la calidad y requerir reorganización del estilo de vida. La disnea, síntoma capital de muchas de ellas, por sí misma puede conducir a un trastorno psicológico, por lo que su panorama se complica.⁵

Por otra parte, la forma de respuesta a la enfermedad depende de factores relacionados con la enfermedad misma, personales, y otros relacionados con el entorno físico y social.⁵ Los dos últimos incluyen los factores sociodemográficos que pueden actuar como facilitadores u obstaculizadores en el proceso de la enfermedad.

El nivel educativo de la persona, su entorno y el estatus social pueden condicionar las posibilidades de información sobre la enfermedad y las estrategias más adecuadas para enfrentarlo. El nivel de ingresos económicos también influye sobre las posibilidades de elección de recursos sanita-

rios para el tratamiento, frecuentemente costoso, el poder trasladarse a otro domicilio que facilite un mayor bienestar, contratar cuidadores personales, etc.⁶ La familia, amigos, comunidad y trabajo también son componentes importantes del bienestar social, además del supuesto que menciona que cuando la enfermedad afecta al varón ocurre un cambio más radical en las relaciones que cuando afecta a la mujer.^{7,8}

Como muchos de estos aspectos están poco estudiados en relación con las enfermedades respiratorias, este trabajo pretende determinar la asociación que tienen algunos factores sociodemográficos asociados a la adaptación social y psicológica en neumópatas crónicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal y analítico en una muestra no probabilística de 250 pacientes adultos de los cuales sólo 231 cumplieron con los criterios de selección: tener cualquier enfermedad pulmonar crónica, como fibrosis intersticial difusa (FID), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma (As), u otra que constara en su expediente médico; que se atendiera en consulta externa u hospitalización, sin condiciones que le impidieran contestar por escrito la escala de adaptación.

Previo consentimiento informado se les aplicó la versión en español del *Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Reporting* (PAIS-SR), que es una escala multidimensional que evalúa la adaptación psicológica y social de los pacientes a la enfermedad física; su consistencia interna es de 0.91 y tiene una adecuada validez factorial.⁹ Consta de 38 reactivos divididos en seis dominios: *Apoyo familiar, malestar emocional, entorno social, relaciones sexuales, recursos físicos y económicos y orientación del cuidado de su salud*; puede analizarse a través del puntaje total, el cual da una medida de adaptación general, así como por dominio, cuyo análisis indica el ajuste a un área específica. Asimismo, en otro cuestionario se solicitaron los datos sociodemográficos, conservando la confidencialidad del paciente.

Las variables fueron: *adaptación general o total* (baja y alta), así como *adaptación por los dominios mencionados*. Para efectos de este estudio, el

punto de corte para dichas variables se estableció en el cuartil 50. Las variables sociodemográficas fueron: sexo (masculino y femenino); edad, dividida en adultos jóvenes (< 60 años) y adultos mayores (> 60 años); escolaridad baja (primaria o menos) y mayor (> primaria); el estado civil se dividió en personas con pareja (casados o en unión libre por lo menos en los últimos seis meses), y sin pareja (solteros, viudos, separados o los que manifestaron no tener pareja formal); el ingreso económico se calificó por la ocupación, siendo de bajo ingreso los obreros y las personas dedicadas al hogar, y de mayor ingreso los empleados, jubilados, pensionados o comerciantes.

Análisis estadístico

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS versión 12 (SPSS Inc. Michigan, IL, USA). Como medidas descriptivas se obtuvieron los porcentajes; para establecer los factores de riesgo se realizó un análisis univariado para la adaptación total y para la adaptación por dominio. El intervalo de confianza fue del 95%.

RESULTADOS

La muestra estuvo representada por 231 pacientes con edad promedio de 50.5 ± 13.2 años, del sexo masculino 67%; escolaridad primaria 47%, secundaria 23%, bachillerato/técnica 18% y profesional 13%; ocupación hogar 57%, obreros 19%, empleados 16%, jubilados 4%, comerciantes 3% y estudiantes 1%. EPOC, 21%; FID, 25%; As, 33%; otros, 21% (4% cáncer, 17% otra enfermedad pulmonar crónica). La población estudiada mostró las mayores dificultades adaptativas en las áreas de *recursos físicos*, *entorno social* y *malestar emocional* (Figura 1). En relación con los diagnósticos no se encontraron diferencias entre los grupos en la adaptación general, pero a nivel de dominio los pacientes con As percibieron mayor malestar emocional ($p = 0.01$) y los pacientes con EPOC mostraron mayores dificultades a nivel de recursos físicos y económicos ($p = 0.03$) (Figura 2).

La Tabla I muestra la proporción de cada uno de los factores de riesgo analizados de acuerdo con

el grado de adaptación total (baja y alta); los únicos con diferencias significativas son el ingreso económico y el estado civil; la escolaridad sólo mostró una tendencia a ser diferente. El análisis de riesgo reveló que el bajo ingreso económico tuvo 1.4 veces más riesgo para una baja adaptación total, pero el no tener pareja resultó factor protector para una baja adaptación total (Tabla II).

La Tabla III muestra el grado de adaptación por dominio de las variables sociodemográficas estudiadas. En general, el sexo mostró diferencias significativas en los dominios de *malestar emocional* y de *cuidado de su salud*; la escolaridad presentó diferencias significativas a nivel de *recursos físicos*; la condición civil mostró diferencias significativas en las áreas de *entorno social* y menores dificultades a nivel de *relaciones sexuales*. Por su parte, el ingreso mostró diferencias en cuanto a *apoyo familiar* y *recursos físicos*.

Al realizar el análisis de riesgo por dominio, el sexo masculino resultó factor protector para *malestar emocional* ($RM = 0.559$, $IC_{95\%} = 0.320-0.976$, $p = 0.04$) y dificultades en el *cuidado de su salud* ($RM = 0.535$, $IC_{95\%} = 0.300-0.954$, $p = 0.03$). El bajo ingreso económico fue factor de riesgo para dificultades de adaptación en las áreas de *entorno social* y *recursos físicos* ($RM = 2.144$, $IC_{95\%} = 1.103-4.170$, $p = 0.02$ y $RM = 2.011$, $IC_{95\%} = 1.054-3.835$, $p = 0.03$; respectivamente). La baja escolaridad fue factor de riesgo para

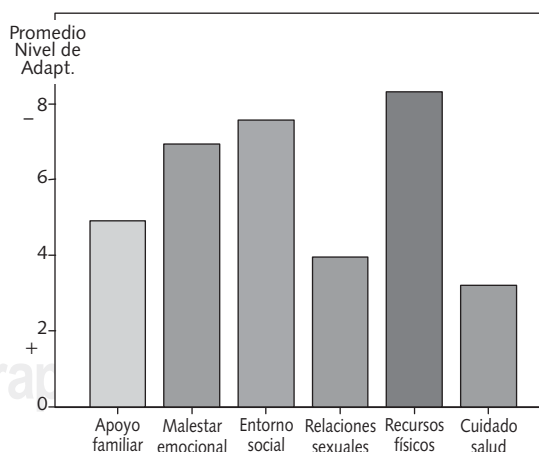


Figura 1. Grado de adaptación de la muestra total por dominios del PAIS-SR.

Tabla I. Descripción de los factores asociados con la adaptación total en la población de estudio.

Variables	Grado de adaptación	
	Baja	Alta
<i>Sexo</i>		
Femenino	75 (48%)	81 (52%)
Masculino	30 (40%)	45 (60%)
<i>Edad</i>		
Adulto joven	74 (45%)	91 (55%)
Adulto mayor	30 (47%)	34 (53%)
<i>Escolaridad</i>		
Baja (primaria)	49 (47%)	72 (57%)
Alta (mayor a primaria)	56 (53%)	54 (43%)
<i>Estado civil</i>		
Sin pareja	30 (33%)	61 (67%)
Con pareja	75 (54%)	65 (46%)*
<i>Ingreso</i>		
Bajo	89 (30%)	88 (50%)
Alto	16 (30%)	38 (70%)*

* χ^2 , $p = 0.01$

dificultades en *recursos físicos* ($RM = 1.816$, $IC_{95\%} = 1.074-3.071$, $p = 0.03$). El no tener pareja fue factor protector para problemas en el *apoyo familiar* ($RM = 0.553$, $IC_{95\%} = 0.322-0.950$, $p = 0.03$).

DISCUSIÓN

La adaptación psicosocial a la enfermedad es de gran importancia cuando se desea procurar un mejor curso y calidad de vida al paciente con enfermedades crónicas; las enfermedades respiratorias no son la excepción.

Si se considera que la detección oportuna de la enfermedad y la ejecución de cambios apropiados en favor de la salud (buen ajuste), favorecen un mejor pronóstico (menor posibilidad de deterioro e incluso la posibilidad de reversión de estado patológico), entonces resulta importante detectar los factores que la entorpecen.

El neumópata crónico debe enfrentar sus síntomas, así como las dificultades en el tratamiento, todo ello con repercusiones en las diversas esferas de su vida; en la medida en que esté mejor adaptado se espera un mejor pronóstico, como lo han demostrado estudios en los cuales los síntomas emocionales pueden predecir recaídas.

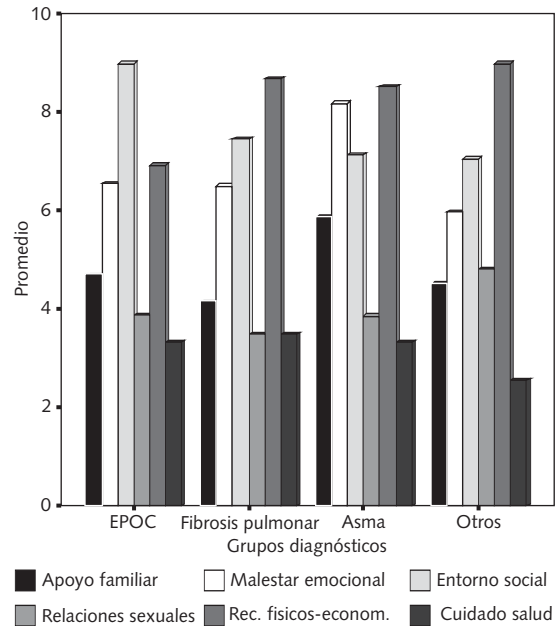


Figura 2. Adaptación por dominio de acuerdo con el diagnóstico.

En relación con los factores emocionales, la teoría sugiere que variables tales como sexo, edad y nivel socioeducativo influyen de manera importante sobre la adaptación.^{7,8,10,11} En nuestra muestra no

hubo diferencias entre adultos jóvenes y adultos mayores en cuanto al grado de adaptación general ni por dominio ni diferencias estadísticamente significativas en relación con su enfermedad.

El estado civil, considerado como tener o no pareja, influyó sobre el grado de adaptación de manera contraria a lo esperado. La hipótesis inicial sugería que el acompañamiento o apoyo so-

Tabla II. Características sociodemográficas asociadas a la adaptación total en la población de estudio.

Factor de riesgo	RM	IC _{95%}	Valor p*
Sexo (masculino)	0.720	0.412–1.259	0.248
Edad (adulto mayor)	1.085	0.608–1.936	0.782
Escolaridad (primaria)	1.524	0.905–2.566	0.112
Estado civil (sin pareja)	0.426	0.246–0.738	0.002
Ingreso (bajo)	2.402	1.249–4.621	0.008

Tabla III. Descripción de los factores asociados a la adaptación por dominio.

Variables	Dominios del PAIS-SR											
	Apoyo familiar		Malestar emocional		Entorno social		Relaciones sexuales		Recursos físicos		Cuidado de su salud	
	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+
Sexo	67	89	87	69*	72	84	66	90	69	87	73	83*
Femenino	(43%)	(57%)	(56%)	(44%)	(46%)	(54%)	(42%)	(58%)	(44%)	(56%)	(47%)	(53%)
Masculino	28	47	31	44	32	43	34	41	33	42	24	51
	(37%)	(63%)	(41%)	(59%)	(43%)	(57%)	(45%)	(55%)	(44%)	(56%)	(32%)	(68%)
Edad												
Adulto joven	65	100	87	78	73	92	70	95	74	91	73	92
	(39%)	(61%)	(53%)	(47%)	(56%)	(44%)	(42%)	(58%)	(45%)	(55%)	(44%)	(56%)
Adulto mayor	29	35	30	34	30	34	30	34	26	38	24	40
	(45%)	(55%)	(47%)	(53%)	(47%)	(53%)	(47%)	(53%)	(41%)	(59%)	(37%)	(63%)
Escolaridad	49	61	58	52	56	54	45	65	57	53 [§]	47	63
Baja	(45%)	(55%)	(53%)	(47%)	(51%)	(49%)	(41%)	(59%)	(48%)	(52%)	(43%)	(57%)
Alta	46	75	60	61	48	73	55	66	45	76	50	71
	(38%)	(62%)	(50%)	(50%)	(40%)	(60%)	(45%)	(55%)	(37%)	(63%)	(41%)	(59%)
Estado civil	35	56	45	46	33	58	13	78 [¶]	41	50	43	48
Sin pareja	(38%)	(62%)	(50%)	(50%)	(36%)	(64%)	(14%)	(86%)	(45%)	(55%)	(47%)	(53%)
Con pareja	60	80	73	67	71	69	87	53	61	79	54	86
	(43%)	(57%)	(52%)	(48%)	(51%)	(49%)	(62%)	(38%)	(44%)	(56%)	(39%)	(61%)
Ingreso	80	97**	92	85	84	93	80	97	85	92**	76	101
Bajo	(45%)	(55%)	(52%)	(48%)	(47%)	(53%)	(45%)	(55%)	(48%)	(52%)	(43%)	(57%)
Alto	15	39	26	28	20	34	20	34	17	37	21	33
	(28%)	(72%)	(48%)	(52%)	(37%)	(63%)	(37%)	(63%)	(31%)	(69%)	(39%)	(61%)

- Baja adaptación

+ Alta adaptación

* RM= 0.559, IC_{95%} = (0.320-0.976), p= 0.04

† RM= 0.535, IC_{95%} = (0.300-0.954), p= 0.03

§ RM= 1.816, IC_{95%} = (1.074-3.071), p= 0.02

|| RM= 0.553, IC_{95%} = (0.322-0.950), p= 0.03

¶ RM= 0.102, IC_{95%} = (0.051-0.200), p= 0.0001

** RM= 2.144, IC_{95%} = (1.103-4.170), p= 0.02

** RM= 2.011, IC_{95%} = (1.054-3.835), p= 0.03

cial disminuiría el estrés, además de ser un factor asociado al cumplimiento terapéutico;¹² sin embargo, en este estudio, el tener pareja formal no se asoció con el apoyo; por el contrario, el no tener pareja fue factor protector para una baja adaptación. Del mismo modo, en el análisis por área fue factor protector para dificultades sexuales.

Este estudio sugiere que el tipo de remuneración económica influye sobre la adaptación. Los obreros y las personas dedicadas al hogar, clasificadas como poco remuneradas, presentaron una peor adaptación total con respecto a aquellos con mayor remuneración, resultados que son similares a los de Williams que señala la clara situación de desventaja percibida por la clase trabajadora que reside en grandes ciudades, con dificultades económicas, problemas de alojamiento, aislamiento social, etc.,¹⁰ de tal forma que los empleados menos remunerados tienen 1.4 más riesgo para una pobre o baja adaptación que los de mayores ingresos. Asimismo, a nivel de dominio, un empleo poco remunerado fue factor de riesgo para dificultades con el apoyo familiar al igual que para el área de recursos físicos y económicos, de tal manera que un trabajo mejor remunerado tiene mejores posibilidades de elección de recursos sanitarios para el tratamiento o poder trasladarse a un nuevo domicilio, contratar cuidadores personales, etc.

Contrario a lo esperado, el nivel de escolaridad no influyó sobre la adaptación; por ejemplo, los sujetos con primaria mostraron solamente una tendencia a estar menos adaptados que los de nivel profesional. Los hallazgos de este estudio sugieren que el grado de adaptación general es independiente del nivel de escolaridad, siendo factor de riesgo exclusivo para recursos físicos y económicos; esto es, el área relacionada con los gastos y la percepción sobre su capacidad para realizar el trabajo.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que, para la población estudiada, es importante considerar la percepción económica como un factor que influye sobre la adaptación, sobre todo porque mu-

chas de las actividades laborales son incompatibles con el programa terapéutico; asimismo, considerar que la mujer es más susceptible emocionalmente y tiende a cuidar menos su salud.

De modo que es importante detectar las dificultades de adaptación a nivel general y por área, así como poner especial atención en los pacientes con dificultades económicas, porque el tratamiento implica comprar el medicamento, y hacer una serie de ajustes en el estilo de vida para promover una mejor adaptación, lo que a su vez contribuye a una mejor calidad de vida.

Agradecimientos

A los doctores Víctor Manuel Mendoza-Núñez, Alejandra Ramírez Venegas y Guadalupe Díaz Castro, por su apoyo para realizar este trabajo.

REFERENCIAS

1. Rodríguez-Marín J. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis-Psicología; 1995:176-180.
2. Derogatis LR, Fleming MP, Sudler NC, DellaPietra L. *Psychological assessment*. In: Nicassio PM, Smith TW, editors. *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective*. Washington, DC: American Psychological Association; 1995.p.59-115.
3. *Sistema Nacional de Información en Salud 2005*. Available from: http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/tabs/m_005.xls; 17-II-2008.
4. *Sistema Nacional de Información en Salud, 2005*. Available from: http://sinais.salud.gob.mx/egresoshosp/tabs/eh_morbsec_006.xls; 17-II-2008.
5. Moos RH. *Coping with acute health crises*. In: Millon T, Green C, Meagher R, editors. *Handbook of clinical health psychology*. New York: Plenum Press; 1982.p.129-151.
6. Martínez MA. *Calidad de vida de las personas con insuficiencia respiratoria crónica*. En: Jiménez M, Servera E, Vergara P, editores. *Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica*. Madrid: Médica Panamericana; 2001.p.287-304.
7. Newman S. *Consecuencias psicológicas de accidente cerebral vascular y de lesiones en la cabeza*. En: Fitzpatrick RF, editor. *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1990.p.199-223.
8. Velasco C, Sinibaldi G. *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México, DF: El Manual Moderno; 2001.p.71-75.
9. Tafoya SA, Gómez-Peresmitré G. *Adecuación y propiedades psicométricas de la Escala de Adaptación Psicosocial a la Enfermedad (PAIS-SR) en un grupo de pacientes con enfermedad respiratoria crónica: Resultados preliminares*. Psiquis 2006;15:71-81.

10. Williams SJ, Bury MR. *Impairment, disability and handicap in chronic respiratory illness*. Soc Sci Med 1989;29:609-616.
11. Bardel A, Wallander MA, Svärdsudd K. *Factors associated with adherence to drug therapy: a population-based study*. Eur J Clin Pharmacol 2007;63:307-314.
12. Menezes A, Macedo SC, Gigante DP, et al. *Prevalence and risk factors for chronic obstructive pulmonary disease according to symptoms and spirometry*. COPD 2004;1:173-179.

Correspondencia:

Mtra. Silvia Araceli Tafoya Ramos.
Departamento de Psicología
Médica, Psiquiatría y Salud Mental,
Facultad de Medicina. UNAM.
Circuito interior s/n, edificio F,
Ciudad Universitaria. México,
DF.04510.
Correo electrónico:
sartafoya@hotmail.com

www.medigraphic.com