

Artículo de revisión

Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en enfermos crónicos colombianos

Vinaccia Alpi Stefano,¹ Quiceno SierraJapcy Margarita²

RESUMEN

Se revisa el desarrollo de la investigación de la calidad de vida relacionada con la salud de enfermos crónicos colombianos, con especial insistencia en su asociación con emociones negativas. Se describen los antecedentes históricos que llevaron al surgimiento de los estudios de calidad de vida relacionada con la salud en Colombia, los principales grupos de investigación y algunos estudios publicados en el área. Por último, se analizan los resultados encontrados en los estudios colombianos. La mayor parte de los estudios colombianos demuestra que los pacientes tienen una percepción de calidad de vida global favorable, con bajos niveles de ansiedad y depresión y las relaciones entre calidad de vida y emociones negativas son inversamente proporcionales.

Palabras clave: calidad de vida relacionada con la salud, enfermedad crónica, emociones negativas.

ABSTRACT

The aim of the following review is to present the development of the research on health-related quality of life in chronic Colombian patients, with special emphasis in its associations with negative emotions. There are described the historical precedents that led to the emergence of the studies of health-related quality of life in Colombia, the principal groups of research and some studies published in the area. Finally, there is done an analysis of the results found in the Colombian studies. Conclusion, the majority of the Colombian studies demonstrate that the patients have a quality of global life perception favorable, do not present clinical levels of anxiety and depression and the relations between quality of life and negative emotions are inversely proportional.

Key words: Health-related quality of life, Chronic disease, Negative emotions.

Históricamente, para algunos especialistas en la materia, la primera persona que utilizó el término calidad de vida fue el economista norteamericano Galbraith, a finales del decenio de 1950, para otros, fue en 1964 el entonces presidente norteamericano Lyndon B. Johnson. Fue en la década de 1970 cuando el término adquirió una connotación semántica. Inicialmente, este concepto consistía en el cuidado de la salud personal, luego se convirtió en la preocupación por la salud e higiene

públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud.^{1,2,3}

En 1945, la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como: “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no únicamente la ausencia de enfermedad”. A partir de esta definición, por un sinnúmero de autores se da auge al desarrollo y evolución del concepto de calidad de vida. Más tarde, Kaplan y Bush⁴ relacionaron el término calidad de vida con la salud, para distinguir el amplio concepto de calidad de vida de los aspectos de calidad específicamente relevantes para el estado de salud y los cuidados sanitarios, a la par que se dieron distintos modelos teóricos de calidad de vida con salud.

La diferencia entre ambos conceptos es relativamente sutil, mientras que calidad de vida hace hincapié en los aspectos psicosociales cuantitativos o cualitativos del bienestar social (*welfare*) y del bienestar subjetivo general (*wellbeing*), en la calidad de vida con salud se da

¹ Universidad Santo Tomas, Bogota, Colombia.

² Universidad CES, Medellín, Colombia.

Correspondencia: vinalpi47@hotmail.com, japcyps@hotmail.com

Recibido: 13 de abril 2013

Aceptado: 8 de julio 2013

Este artículo debe citarse como: Alpi Stefano V, SierraJapcy Margarita Q. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en enfermos crónicos colombianos. Rev Latinoam Psiquiatría 2012;11:156-163.

www.nietoeditores.com.mx

mayor importancia a la evaluación de parte del individuo de las limitaciones que en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado una determinada enfermedad o accidente.^{5,6}

A pesar de las diferencias puede encontrarse, desde la visión bio-psico-social, un punto de convergencia en todas las definiciones a lo largo del tiempo. En el contexto más específico de la salud, la calidad de vida con salud se hizo popular a partir de la década de 1980, posiblemente asociada con los cambios en los perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad que empezaron a marcarse de manera muy importante en algunos países desarrollados, con el incremento de la esperanza de vida y, consecuentemente, de las enfermedades crónicas. Se dio un fuerte desarrollo, que continúa hasta nuestros días, de investigaciones con muestras poblacionales con algún nivel de minusvalía resultado de la cronificación de diferentes enfermedades o accidentes.^{7,8}

Desde mediados del siglo pasado se viene dando un cambio paulatino del perfil epidemiológico en el mundo y en América Latina y Colombia, con una transformación sustancial de las enfermedades infecciosas que aquejaron a la humanidad hasta principios del siglo XX por las enfermedades crónicas que empezaron a tener mayor auge hasta nuestros días, y que son las responsables de una alta morbilidad y mortalidad.⁹ En el año 2002 se registraron 29 millones de muertes en el mundo asociadas con enfermedades crónicas; las principales son las cardiovasculares, los tumores malignos y los padecimientos respiratorios, endocrinos e inmunológicos.¹⁰

La Organización Mundial de la Salud estima que las enfermedades crónicas son responsables de 60% de las muertes en el mundo y, junto con las enfermedades reumáticas y la depresión, constituyen el principal gasto en salud; considera, además, que serán la principal causa de discapacidad para el año 2020. Por consiguiente, se vaticina que el mayor peso de este cambio epidemiológico será soportado, especialmente, por los países en vías de desarrollo, por tener menores recursos y encontrarse en plena transición epidemiológica, sumándose además las patologías asociadas con el proceso de envejecimiento y los cambios en estilos de vida. También se considera que la esperanza de vida en Latinoamérica ha aumentado paulatinamente, indicando que en pocos años la mayoría de la población se encontrará en edad avanzada.⁹⁻¹⁶

Estas tendencias no distan mucho en la población

colombiana donde desde la década de 1940 empezaron a reflejarse cambios paulatinos en los estilos y hábitos de vida ligados a la migración del hombre del campo a la ciudad y a las mejoras en los servicios públicos, de salud y educación que han generando, a su vez, un aumento de la esperanza de vida en los últimos 50 años de 50.6 a 72.2 años.¹⁷ La longevidad, ampliamente mejorada, ha significado un crecimiento en la carga de enfermedad porque los padecimientos crónicos son más frecuentes en la mediana edad y edad avanzada y, si bien pueden ser fatales, la mayoría de las personas que padecen una enfermedad crónica viven durante muchos años con ella. Los pacientes deben enfrentar síntomas continuos, la ambigüedad de los mismos, el riesgo para su vida y cierto tipo de restricciones en sus actividades cotidianas, muchas veces asociado con dolor, fatiga, depresión, ansiedad, estrés, entre otros.^{9,10,15,16,18}

En general, las enfermedades crónicas suelen afectar significativamente diferentes áreas vitales de funcionalidad en los pacientes,^{19,20} que empiezan a verse reflejadas desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de síntomas de ansiedad, miedo y desorientación,²¹ hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica, en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y socio-afectiva, condición que suele durar con cambios cíclicos toda la vida,¹⁸ afectando de manera importante la calidad de vida de las personas que padecen una determinada enfermedad, porque los estados emocionales en esta condición, aparte de producir alteraciones fisiológicas, alteran también otros procesos psicológicos a nivel conductual y cognitivo, como la atención, percepción, memoria, planificación de acciones, comunicación verbal y no verbal y la motivación a la acción, las relaciones sociales o afectivas, como el apego y búsqueda de tratamientos médicos.^{22,23}

Investigaciones de calidad de vida en Colombia

A principios de la década de 1980, en Colombia comenzó a hacerse investigación en psicología de la salud de manera aislada, en áreas tan diversas como: enfermedades coronarias, hipertensión esencial, dolor, psicología oncológica, biorretroalimentación aplicada a la rehabilitación neuromuscular y a las cefaleas tensionales, dismenorrea y tortícolis espasmódica, insuficiencia renal y asma, entre

otros. Las primeras investigaciones se hicieron en el Hospital Regional Simón Bolívar de Bogotá, por la psicóloga María Inés Menotti, autora de numerosos estudios de factores psicosociales asociados con la hipertensión en los años 1984-1987 y en el Hospital Militar Central de Bogotá, por los psicólogos Enrique González y Gloria María Berrio, en la rehabilitación de pacientes con hipertensión esencial e infarto de miocardio en los años de 1985-1988. A partir del año 2000, con el surgimiento de los sistemas de clasificación de COLCIENCIAS sobre grupos de investigación en Colombia, se posibilitó un importante desarrollo de investigaciones en el campo de la psicología de la salud; dándose un auge creciente en Colombia de estudios en el área de calidad de vida relacionada con la salud con enfermos crónicos, gracias a los trabajos desarrollados fundamentalmente por los grupos de investigación “Psicología, Salud y Calidad de Vida” de la Universidad Santo Tomás de Bogotá, “Psicología y Salud” de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá; “Psicología, Salud y Calidad de Vida” de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali; y “Salud Comportamental” de la Universidad de San Buenaventura de Medellín.²⁴

Los estudios de calidad de vida relacionada con la salud en Colombia han estado focalizados específicamente en enfermedades: reumáticas (artritis reumatoide,^{25,26,27} lupus eritematoso sistémico²⁸ y fibromialgia),²⁹ oncológicas (cáncer colo-rectal,³⁰ cáncer de próstata,³¹ cáncer de pulmón³² y en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico),³³ gastrointestinales (síndrome de colon irritable³⁴ y dispepsia funcional),^{35,36} endocrinas (diabetes mellitus tipo 2),³⁷ urinarias y renales (hiperplasia prostática⁴⁰ e insuficiencia renal crónica),^{41,42} neurológicas (traumatismo craneoencefálico⁴³ y esclerosis múltiple),⁴⁴ respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica⁴⁵ y tuberculosis pulmonar),⁴⁶ dermatológicas (psoriasis vulgar),⁴⁷ inmunológicas (VIH),⁴⁸ y en trasplantes de riñón, hígado y médula ósea.^{49,50} Todos estos estudios se han centrado en evaluar la calidad de vida relacionada con la salud asociada con diferentes variables psicosociales, como: repercusión en la enfermedad, ajuste marital, optimismo disposicional, personalidad resistente, estrategias de afrontamiento, conducta de enfermedad, estilos de vida, cognición hacia la enfermedad, apego al tratamiento, intervención grupal, apoyo social, salud mental, estrés, depresión y ansiedad.

Más específicamente, las investigaciones en el área de calidad de vida y su relación con ansiedad, depresión y

estrés en enfermos crónicos son recientes en Colombia, en la mayor parte de los estudios se encuentran bajos niveles de ansiedad y depresión que correlacionan negativamente con la calidad de vida de la salud.

OBJETIVOS

Presentar los resultados de estudios que evaluaron la calidad de vida y su relación con la ansiedad y la depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer en tratamiento quimioterapéutico de la ciudad de Medellín, Colombia. El diseño de los estudios fue descriptivo-correlacional-transversal exploratorio mediante encuestas.

Síndrome de colon irritable. En el estudio de pacientes con síndrome de colon irritable³⁴ se trabajó con una muestra no probabilística de 73 personas, entre 19 a 75 años de uno y otro sexo, donde la mayoría fueron personas menores de 50 años (78%). Hubo mayor agrupamiento del género femenino (86.3%), con un nivel de estudios superior al bachillerato (63%). El estrato socioeconómico fue medio-alto (61.6%) y gran parte estaban empleados (65.7%). Cerca de 80% de la muestra estuvo ubicada por igual en la categoría de solteros y casados (39.7%). En este estudio se utilizaron el cuestionario de salud MOS SF-36 versión 1 en español que mide calidad de vida y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en la versión colombiana que mide ansiedad y depresión. De acuerdo con las puntuaciones medias encontradas en los instrumentos utilizados respecto a una muestra de personas sanas de la ciudad de Medellín, Colombia, se evidenció a nivel general que la calidad de vida de los pacientes con síndrome de colon irritable fue buena; las dimensiones físicas fueron mejores que las mentales, mientras que se encontraron indicadores clínicos de síntomas de ansiedad a diferencia de los de depresión en la escala hospitalaria de ansiedad y depresión. En el análisis de correlación de Pearson hubo correlaciones negativas entre algunas dimensiones del cuestionario de salud MOS SF-36 con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, así: entre vitalidad con escala hospitalaria de ansiedad y ansiedad ($r=-0.50$; $p<0.05$) y escala hospitalaria de depresión ($r=-0.61$; $p<0.05$); entre función social con escala hospitalaria de depresión ($r=-0.53$; $p<0.05$); entre rol emocional con escala hospitalaria de depresión ($r=-0.54$; $p<0.05$); y entre salud mental con

escala hospitalaria de ansiedad ($r=-0.61$; $p<0.05$) y escala hospitalaria de depresión ($r=-0.64$; $p<0.05$). En conclusión: a mayor ansiedad menores sentimientos de energía y vitalidad, y mayor detrimento en la salud mental, y a menor depresión, más sentimientos de vitalidad, menor función social, rol emocional y salud mental. Estas correlaciones confirman nuevamente el impacto de los aspectos emocionales y sociales sobre la calidad de vida de los pacientes con síndrome de colon irritable.

Lupus eritematoso sistémico. En el estudio de pacientes con lupus eritematoso sistémico²⁸ se trabajó con una muestra no probabilística de 32 sujetos de uno y otro sexo, con edad media de 32.37 (DE=13.77). El 93,8% de los participantes fueron mujeres, con un nivel de estudios de básica secundaria. El estrato socioeconómico fue medio-bajo (93.1%) y la mayoría de los pacientes eran solteros (56%). Se utilizaron en este estudio como instrumentos el cuestionario de salud MOS SF-36 versión 1 en español que mide calidad de vida, la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en la versión colombiana que mide ansiedad y depresión y el cuestionario DIOP para medir optimismo disposicional. De acuerdo con las puntuaciones medias encontradas en los instrumentos utilizados y en comparación a una muestra de personas sanas de la ciudad de Medellín, Colombia, se observó que la calidad de vida de los pacientes con lupus eritematoso sistémico fue buena, especialmente en las dimensiones asociadas con la salud mental. Respecto a la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, no se encontraron niveles significativos de ansiedad y depresión. Con respecto a la escala de optimismo disposicional hubo niveles favorables de optimismo. En cuanto a los resultados del modelo de regresión lineal múltiple, donde la variable dependiente era calidad de vida, se encontró que la depresión predecía negativamente las dimensiones de salud general, dolor corporal, función social, vitalidad, salud mental y especialmente rol emocional mientras que, por otro lado, la dimensión función social estaba positivamente influida por la variable predictora de optimismo.

Esclerosis múltiple. En el estudio realizado en pacientes con esclerosis múltiple⁴⁴ se trabajó con una muestra no probabilística de 30 personas entre los 18 y los 75 años de uno y otro sexo, donde la mayoría fueron mujeres, de estrato socioeconómico medio-bajo (70%), con estudios superiores al bachillerato (60%) y la mayoría vivían con sus familiares (46,6%) y se agruparon en la categorías de

casados y unión libre (43.4%). Se utilizaron en este estudio como instrumentos el cuestionario de salud MOS SF-36 versión 1 en español que mide calidad de vida, la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en la versión colombiana que mide ansiedad y depresión y el cuestionario AS que evalúa apoyo social. De acuerdo con las puntuaciones medias encontradas en los instrumentos utilizados, y en comparación a una muestra de personas sanas de la ciudad de Medellín se evidenció que la calidad de vida de los pacientes con esclerosis múltiple a nivel de las dimensiones físicas eran menos favorables respecto a las dimensiones de salud mental, siendo la función física la más afectada. En cuanto a los niveles de ansiedad y depresión medidos por la escala hospitalaria de ansiedad y depresión no se encontraron niveles clínicos. En relación con la escala de apoyo social se evidenciaron niveles favorables de apoyo social. A nivel del análisis de correlación de Pearson hubo correlaciones negativas entre la dimensión de salud mental del cuestionario de salud MOS SF-36 con la escala hospitalaria de ansiedad ($r=-0.86$; $p<0.05$) y escala hospitalaria de depresión ($r=-0.71$; $p<0.05$), mientras que por otro lado hubo correlación positiva entre la salud mental del cuestionario de salud MOS SF-36 con el cuestionario de apoyo social -AS ($r=-0.72$; $p<0.05$). En conclusión, se evidenció que los pacientes tuvieron una percepción positiva en cuanto a la disponibilidad de personas a su entorno que le puedan brindar ayuda práctica o apoyo emocional en las áreas afectiva, económica, laboral y familiar; esta variable fue amortiguadora ante los efectos del estrés y de las emociones negativas.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En el estudio con pacientes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)⁴⁵ se trabajó con una muestra no probabilística de 60 sujetos entre los 35 y 88 años de ambos géneros, con una edad media de 67.7 años (DT=10.4). La mayoría de los participantes eran mujeres (65.0%), quienes realizaron estudios de básica primaria (55%). El estrato socioeconómico fue medio-bajo (71.7%) y gran parte estaban jubilados (58%). El 48.3% de la muestra estuvo agrupada en la categoría de casados. Se utilizaron en este estudio como instrumentos el cuestionario de salud MOS SF-36 versión 1 en español que mide calidad de vida, la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en la versión colombiana que mide ansiedad y depresión y el cuestionario AS que evalúa apoyo social. De acuerdo con las puntuaciones medias encontradas en los

instrumentos utilizados y en comparación a una muestra de personas sanas de la ciudad de Medellín se observó que las dimensiones físicas de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica fueron significativamente afectadas por la enfermedad especialmente las dimensiones de función física y rol físico, mientras que las dimensiones de salud mental fueron menos afectadas. Respecto a los niveles de ansiedad y depresión medidos por la escala hospitalaria de ansiedad y depresión no se evidenciaron indicadores clínicos de estos síntomas. En cuanto a la escala de apoyo social se encontraron niveles significativos de apoyo social. En el análisis de correlación de Pearson hubo correlación negativa entre la dimensión de salud mental del cuestionario de salud MOS SF-36 con hospitalaria de ansiedad ($r=-0.69$; $p<0.05$), mientras que no hubo correlación entre las dimensiones de calidad de vida con la salud con el apoyo social.

Cáncer. En el estudio con pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico³³ se trabajó con una muestra no probabilística de 28 sujetos entre los 18 a 70 años de ambos géneros, con una edad media de 67.7 años (DT=10.4). La mayoría de los participantes eran mujeres (60.7%), quienes realizaron estudios de básica primaria (75.0%). El estrato socioeconómico fue bajo (89.3%) y gran parte eran amas de casa (53.6%). El 50,0% de la muestra está ubicada en la categoría de casados y unión libre. En cuanto a las variables diagnósticas se encontró que la mayoría de los pacientes padecían cáncer de colon (28.6%) y cáncer de mama (21.4%). Se utilizaron en este estudio como instrumentos el módulo general del cuestionario de calidad de vida (EORTC QLQ-C30), la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en la versión colombiana que mide ansiedad y depresión y el cuestionario de afrontamiento del estrés.

Respecto a los resultados de las medias obtenidas en el cuestionario de calidad de vida (EORTC QLQ-C30) se encontró una calidad de vida de buena a muy favorable en lo relacionado con factores psicosociales y de rol o actividades diarias; es decir, hubo puntuaciones medias en las escalas de función emocional, función de rol, fatiga y problemas del sueño, y puntuaciones medio altas en las escalas de función física, función cognitiva, función social y global. Hubo poca manifestación de dificultades económicas y de síntomas asociados con la enfermedad y con los efectos del tratamiento quimioterapéutico como náuseas y vómito, dolor, disnea, pérdida apetito, estreñimiento y

diarrea. Respecto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas se encontraron la evitación y la reevaluación positiva y entre las menos utilizadas la de expresión emocional abierta. En cuanto a los niveles de ansiedad y depresión medidos por la escala hospitalaria de ansiedad y depresión no se evidenciaron indicadores clínicos de estos síntomas. A nivel del análisis de correlación de Pearson no hubo correlaciones entre el cuestionario que mide calidad de vida con las demás variables del estudio.

DISCUSIÓN

En términos generales, la mayor parte de los estudios colombianos se han efectuado en pacientes adultos, con un gran vacío en lo referente a estudios con niños y adolescentes enfermos.⁶ Son muy pocas las escalas de calidad de vida con salud validadas en Colombia. Actualmente se cuenta con: 1) la confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 desarrollado en la ciudad de Medellín con pacientes de dolor musculoesquelético, depresión mayor, diabetes mellitus tipo 2 y personas sanas.⁵¹ 2) Con la evaluación del cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ C-30 dentro de un estudio con pacientes adultos de centros de oncología de Bogotá.⁵² 3) Con la validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh.⁵³ 4) Con la validación de la escala de somnolencia de Epworth.⁵⁴ 5) Con la construcción y validación de un inventario para evaluar calidad de vida en adultos con epilepsia (INCAVI-72)⁵⁵ desarrollado en Bogotá. 6) Con la validez lingüística de los cuestionarios para adolescentes VSP-A⁵⁶ y el Kidscreen-52.⁵⁷ La mayor parte de los estudios de calidad de vida con la salud han sido desarrollados por grupos de investigación en psicología de la salud y por diferentes especialistas en medicina y enfermería encontrándose alrededor de 30 investigaciones empíricas publicadas hasta la fecha.

CONCLUSIONES

Las conclusiones de los resultados de los estudios colombianos planteados anteriormente, respecto a las relaciones calidad de vida con salud, ansiedad y depresión, donde no se evidencian niveles clínicamente significativos de estas emociones negativas, son en cierto sentido paradójicos en comparación con los estudios epidemiológicos recientes de salud mental efectuados en población general colombiana

donde sí se han encontrado altos niveles de ansiedad y depresión.^{58,59}

Es posible que estas diferencias entre pacientes enfermos crónicos y población normal se deban, en parte, al alto apoyo social que caracteriza a la población colombiana, especialmente la antioqueña, en los momentos de padecer una enfermedad física. Es de anotar que en la gran mayoría de la muestras de los estudios planteados sobre calidad de vida con salud colombianos prevalece el género femenino y son habitantes de la ciudad de Medellín, población que se caracteriza por el alto estatus matriarcal dentro de las redes familiares conformadas por grupos humanos numerosos, donde se recibe un amplio apoyo social y emocional en el transcurso de la vida.⁶⁰ Acorde con lo anterior, diferentes investigaciones con enfermos crónicos han demostrado que el apoyo social percibido en el ámbito emocional por parte del personal asistencial, amigos, compañeros de trabajo y familiares, pueden servir de amortiguadores de los efectos de las emociones negativas creados por las enfermedades y su tratamiento.⁶¹ Estos resultados confirman la importancia del apoyo social percibido sobre el estrés⁶² y destacan el importante papel que ejerce este último sobre la adaptación emocional del paciente.⁶³

A pesar de las particularidades de cada tipo de enfermedad, del género y la edad, más concretamente, no se observan en estos estudios colombianos sobre calidad de vida con la salud diferencias respecto a la percepción de salud general del cuestionario de salud MOS SF-36, lo que indicaría posiblemente que la percepción de la salud actual, las perspectivas de la salud en el futuro y la resistencia a enfermar es fundamentalmente de visión optimista en estos pacientes. Al respecto, diferentes estudios han planteado que las personas en la etapa adulta y en etapas posteriores es cuando alcanzan mayor bienestar y satisfacción con la vida, controlan mejor la enfermedad crónica a nivel emocional porque han adquirido mayor experiencia en el afrontamiento de eventos estresantes a través de los años y los problemas de salud constituyen un tipo de situación estresante habitual y, por tanto, esperable o predecible por la persona, por lo que la adaptación resulta más fácil.⁶⁴ Las investigaciones recientes plantean que la población colombiana tiene índices muy altos de optimismo, independientemente de los acontecimientos negativos o positivos que les acontezcan.^{65,66}

Al respecto, estudios recientes con enfermos crónicos colombianos han encontrado altos niveles de resiliencia⁶⁷ y

de religiosidad-espiritualidad,⁶⁸ especialmente en estudios con apoyo social religioso y la resiliencia fueron variables que predecían la calidad de vida con salud, sobre todo en relación con el índice de salud mental del cuestionario de salud MOS SF-36. Los autores concluyen, entonces, que la competencia personal de la resiliencia y el apoyo social religioso, como estrategia de afrontamiento espiritual, son variables moderadoras y amortiguadoras ante eventos traumáticos de la vida, como la enfermedad crónica que promueven la salud mental, lo que ha sido igualmente planteado en la bibliografía.⁶⁹⁻⁷²

En definitiva, como plantea Ramírez,⁷³ “las investigaciones en calidad de vida relacionada con la salud, hacen posible investigar los efectos de la enfermedad a lo largo de su evolución, la imagen social e individual que se tiene de la enfermedad y sus tratamientos, los efectos del tratamiento en los estados de ánimo y las expectativas del enfermo, los efectos del ingreso hospitalario, de las relaciones médico-paciente, las características del apoyo familiar, el análisis de los proyectos de vida y las formas en que se percibe todo este complejo proceso”.

REFERENCIAS

1. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm* 2003;2:9-21.
2. Schalock RL, Verdugo MA. Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid:Alianza, 2003;23-31.
3. Badía X, Lizán L. Calidad de vida: definiciones y conceptos. En: Martínez P (Ed.). *Calidad de vida en neurología*. Barcelona:Ars Médica, 2006;3-18.
4. Kaplan R, Bush JW. Health related quality of life measurements for evaluation research and policy analysis. *Health Psychol* 1982;1:61-80.
5. Goldwurm GF, Baruffi M, Colombo F. Qualità della vita e benessere psicologico: Aspetti comportamentali e cognitivi del vivere felice. Milano: McGraw-Hill, 2004;17-46.
6. Quiceno JM, Vinaccia S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: Una aproximación conceptual. *Psicología y Salud* 2008;18:33-44.
7. Padilla G. Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Rev Col Psicol* 2005;13:80-88.
8. Permanyer G, Ribera A. Medidas de calidad de vida en investigación. En: Martínez P, (ed). *Calidad de vida en neurología*. Barcelona:Ars Médica, 2006; 63-75.
9. Dirección Seccional de Salud -DSSA- (2000). Mortalidad por tumores. *Rev Epidemiol Antioquia* 2000; 25:103-105.
10. Yach D, Hawkes C, Gould LC, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases. Overcoming impediments to prevention and control. *JAMA* 2004; 291:2616-2622.

11. Albala C, Vio F, Yáñez M. Transición epidemiológica en América Latina: comparación de cuatro países. *Rev Med Chile* 1997; 125:719-727.
12. CEPAL (2003). América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población 1950-2050. CELADE, 72:39-96.
13. Pelechano V. Acerca de "enfrentamiento" y la "enfermedad crónica": una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. *Rev. Psicopatol Psicol Clín* 2005;10: 3-14.
14. Peláez M, Vega E. Envejecimiento, pobreza y enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe. *Diabetes Voice* 2006; 5:30-33.
15. Cusumano AM, Inserta F. Enfermedad renal crónica: Necesidad de implementar programas para su detección precoz y prevención de su progresión. *Rev Nefrol Diál y Transpl* 2007; 27:113-118.
16. Marks D, Murray M, Evans B, Willig C, Woodall C, Sykes C. *Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica*. México: El Manual Moderno, 2008;3-28.
17. Cortés A. Inequidad, pobreza y salud. *Colombia Med* 2006;37:223-227.
18. Pelechano V. *Enfermedades crónicas y psicología*. Madrid: Klinik; 2008;52-72.
19. Sandín B. *Estrés psicosocial*. Madrid:Klinik, 1999;16-19.
20. Taylor S. *Psicología de la Salud*. 6a ed. México: McGraw-Hill, 2007; 3-15.
21. Brannon L, Feist J. *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo, 2001;225-235.
22. Fernández-Abascal E, Palmero F. Emociones y Salud. En: Fernández-Abascal E, Palmero F (Eds.). *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel, 1999; 5.
23. Barra E. Influencia del estado emocional en la salud física. *Ter Psicol* 2003;21:55-60.
24. Contreras F, Londoño L, Vinaccia S, Quiceno JM. Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Invest. Educ Enferm* 2006; 24:120-129.
25. Cadena J, Vinaccia S, Rico MI, Hinojosa R, Anaya JM. The impact of disease activity on quality of life and mental health status in Colombian patients with rheumatoid arthritis. *Jcr-J Clin Rheumatol* 2003;9:142-150.
26. Vinaccia S, Tobón S, Moreno-San Pedro E, Cadena J, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Int Psicol Ter Psicol* 2005; 5:45-60.
27. Vinaccia S, Fernández F, Moreno E, Padilla G. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis QOL- RA en Colombia. *Rev Colom Reum* 2006; 13:284-270.
28. Vinaccia S, Quiceno JM, Zapata C, Abad L, Pineda R, Anaya JM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con lupus eritematoso sistémico y su relación con depresión, ansiedad y optimismo disposicional. *Rev Col Psicol* 2006; 15:57-65.
29. Rojas A, Zapata AL, Anaya JM, Pineda R. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Rev Colom Reum* 2005; 12(4):295-300.
30. Vinaccia S, Arango SC. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer colo-rectal. *Suma Psicológica* 2003;10: 43-65.
31. Novoa MM, Wilde K, Rojas L, Cruz CA. Efectos secundarios de los tratamientos de cáncer de próstata localizado en la calidad de vida y el ajuste marital. *Univ Psychol* 2003; 2:169-186.
32. Vinaccia S, Quiceno JM, Contreras F y cols. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón. *Psicología y Salud* 2005; 15: 207-220.
33. Gaviria AM, Vinaccia S, Riveros MF, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento al estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicol Caribe* 2007; 20:50-75.
34. Vinaccia S, Fernández H, Amador O y cols. Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Ter Psicol* 2005; 23:65-74.
35. Cano E, Quiceno JM, Vinaccia S, Gaviria AM, Tobón S, Sandín B. Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Univ Psychol* 2006; 5:511-520.
36. Tobón S, Vinaccia S, Sandín B. Estudio preliminar de validez y confiabilidad del cuestionario PAGI-SYM para determinar síntomas de dispepsia acorde con la calidad de vida. *Rev Col Gastroenterol* 2006;21:268-274.
37. Vinaccia S, Fernández H, Escobar O y cols. Conducta de enfermedad y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica* 2006; 13:15-31.
38. Varela MT, Arrivillaga M, Cáceres DE, Correa DE, Holguín LE. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Act Colom Psicol* 2005; 14:69-85.
39. Vinaccia S, Quiceno JM, Gómez A, Montoya LM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Diversitas: Perspectivas en Psicología* 2007; 3:203-211.
40. Vinaccia S, Quiceno JM, Fonseca P, Fernández, Tobón S. Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Act. Colom Psicol* 2006; 9:47-56.
41. Contreras F, Esguerra G, Espinosa JC, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ Psychol* 2006; 5(3): 487-499.
42. Contreras F, Esguerra GA, Espinosa JC, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Act Colom Psicol* 2007; 10(2):169-179.
43. Cáceres DE, Montoya Z, Ruiz AM. Intervención psicosocial para el incremento de la calidad de vida en pacientes con trauma craneoencefálico moderado a severo. *Rev Col Psicol* 2003;12:60-76.
44. Vinaccia S, Quiceno JM, Zapata C, Gonzáles AC, Villegas J. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple. *Rev Argent Clín Psicol* 2006; 15:125-134.
45. Vinaccia S, Quiceno JM, Zapata C, Obesso S, Quintero DC. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Psicol Caribe* 2006; 18:89-108.
46. Vinaccia S, Quiceno JM., Fernández H, Pérez BE, Sánchez MO, Londoño A. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *An Psicol* 2007; 23:245-252.
47. Vinaccia S, Quiceno JM, Martínez AM, Arbeláez CP. Calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar. *Psicol Salud* 2008; 18:17-25.

48. Uribe AF. Intervención grupal y calidad de vida en personas diagnosticadas de VIH. *Rev Col Psicol* 2005; 14:28-33.
49. Otalvaro LH, Villa A, Zapata C, Vinaccia S. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes trasplantados de riñón, hígado y médula ósea. *Psicol Salud* 2007; 17:125-131.
50. Burgos VA, Amador A, Ballesteros BP. Calidad de vida en pacientes con trasplante de hígado. *Univ Psychol* 2007; 6:383-397.
51. Lugo LH, García HI, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2006; 24:37-50.
52. Portillo C, Restrepo M. Evaluación del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ C-30 dentro de un estudio con pacientes adultos de centros de oncología de Bogotá. *Avances en Medición* 2004; 2:51-61.
53. Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburg. *Rev Neurol* 2005; 40:150-155.
54. Chica-Urzola HL, Escobar-Cordoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación de la Escala de Somnolencia de Epworth. *Rev Salud Pública* 2007; 9:558-567.
55. Berrío GM. Diseño, construcción y validación de un Inventario para evaluar Calidad de Vida en adultos con Epilepsia. *Act Colom Psicol* 2002; 7: 7-19.
56. Jaimes-Valencia ML, Richart-Martínez M, Cabrero-García J, Palacio J, Flórez-Alarcón L. Validez lingüística del cuestionario Vecu et Santé Percue de L'adolescent (VSP-A) en población adolescente colombiana. *Anal Modif Conduct* 2007; 33:103-133.
57. Jaimes-Valencia ML, Richart-Martínez M, Cabrero-García J, Flórez-Alarcón L, Palacio J. Validación lingüística del instrumento Health-Related Quality of Life Questionnaire for Children and Adolescents en población escolar colombiana. (en prensa).
58. Gómez C, Bohórquez A, Pinto D, Gil J, Rondón M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica* 2004;16:378-386.
59. Ministerio de Protección Social. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. (Publicación periódica en línea) 2008: [2 pantallas]. Dirección URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNsNo15417DocumentNo2663.PDF>. citada 2008 Agosto 11.
60. Gutiérrez de Pineda V. Estructura, función y cambio de la familia colombiana. Medellín: Universidad de Antioquia, 1999; 35-40.
61. Gil-Roales J. Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Madrid: Pirámide, 2004;217-232.
62. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Rev. Int. psicol. clin. y salud* 2003; 3:141-157.
63. Barra, E. Apoyo social estrés y salud. *Psicología y Salud* 2004; 14:237-243.
64. Yanguas JJ. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2006; 78-79.
65. Cruz J, Torres J. ¿De qué depende la satisfacción subjetiva de los colombianos?. *Cuad Econ* 2006; 45:131-154.
66. Sinisterra, D. Colombian happiness: A look at life satisfaction and explanatory style. Disertación Doctoral no publicada. Florida: Atlantic University, 2007; 66-116.
67. Vinaccia S. Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. Diploma de Estudios Avanzados DEA. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2008; 80-90.
68. Quiceno J.M. Creencias y afrontamiento espiritual-religioso y calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. Diploma de Estudios Avanzados DEA. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2008; 82-96.
69. Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health. *Psychol Inq.* 1998; 9:1-28.
70. Koenig HG, George, LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:554-562.
71. Moreira-Almeida A, Lotufo F, Koenig GH. Religiousness and mental health: a review. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006;28:242-50.
72. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. *Br Med Bull* 2008; 85:1-14.
73. Ramírez, R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev Col Card* 2007;14:73, 207-222.