



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“Calidad de vida percibida, bienestar psicológico y
síntomas psicológicos: Un estudio comparativo entre pacientes con asma
y población no clínica”

Informe Final del Trabajo de Investigación
correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

Alumnas:

Cuenca, Alicia del Lourdes
Matrícula: 5699/02 - DNI: 28.561.929

Manetta, María Celeste
Matrícula: 5791/02 - DNI: 30.025.010

Vazquez, María Abigail
Matrícula: 6004/02 - DNI: 31.144.235

Supervisora

Dra. Claudia E. Castañeiras

Co-Supervisora

Lic. María Paola Fasciglione

Cátedra de radicación

Instrumentos de Exploración Psicológica I

Fecha de presentación

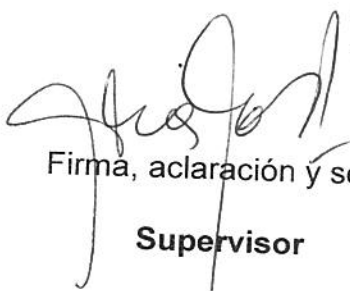
29 de Diciembre de 2011

N° CLASIFICACIÓN:	ADQUISICIÓN:
t-13 c	
	N° INVENTARIO:
	R-1128.



Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Alicia del Lourdes Cuenca, María Celeste Manetta y María Abigail Vazquez de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse sin el previo consentimiento de las autoras.

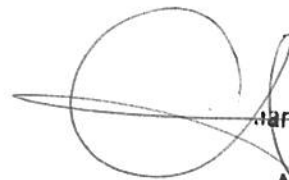
El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas: Alicia del Lourdes Cuenca, matrícula 5699/02; María Celeste Manetta, matrícula 5791/02; y María Abigail Vazquez, matrícula 6004/02, conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días del mes de Diciembre de 2011.



Claudia E. Castañeiras
Dra. en Psicología
Esp. en Psicología Clínica de Adultos
M. P. 45456

Firma, aclaración y sello

Supervisor



María Paola Fasciglione
Lic. en Psicología
MAT. PROV. 46806

Firma, aclaración y sello

Co-supervisor



INFORME DE EVALUACIÓN DEL SUPERVISOR

Aspectos a Evaluar según OCA 464/05 Art. 21

1) Grado de cumplimiento de los objetivos del plan de trabajo.

El plan de trabajo se ha cumplido en tiempo y forma de acuerdo a lo pautado en la propuesta original y el diseño de la investigación.

2) Dificultades que se hubieran presentado e incidido en los resultados del proyecto.

Si bien se presentaron algunas dificultades en el tiempo requerido para la obtención de la muestra clínica, esto no obstaculizó el cumplimiento de los objetivos en los plazos previstos según cronograma.

3) Grado de coherencia entre las actividades planificadas y las realizadas

Muy bueno

4) Aportes del trabajo

El presente trabajo constituye un aporte respecto al conocimiento del comportamiento diferencial de variables psicosociales relevantes para la salud en población general no clínica y en personas con diagnóstico de asma bronquial. Este estudio se enmarcó dentro de una investigación mayor sobre asma e intervenciones psicosociales para adultos con asma bronquial, y los datos obtenidos son de relevancia para la evaluación de estos

pacientes y el diseño y evaluación de programas de intervención específicos para esta población clínica.

5) Articulación y consistencia en la presentación del informe

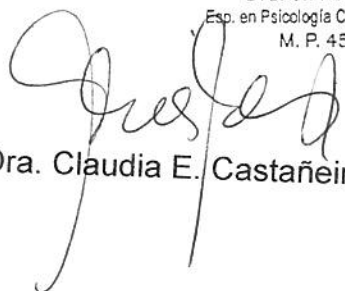
El informe presentado reúne las condiciones de consistencia y articulación esperables para un trabajo científico de pre grado.

Queremos dejar constancia como supervisoras de esta tesina, de la participación activa y responsable de las tesistas en las diferentes instancias de la investigación, así como destacar su colaboración en el trabajo de campo correspondiente al estudio mayor del cual se deriva este estudio empírico.


María Paola Fasciglione
Lic. en Psicología
MAT. PROV. 46806

Lic. María Paola Fasciglione

Claudia E. Castañeras
Dra. en Psicología
Esp. en Psicología Clínica de Adultos
M. P. 45456

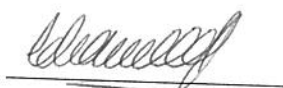

Dra. Claudia E. Castañeras



Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas: Alicia del Lourdes Cuenca, matrícula 5699/02; María Celeste Manetta, matrícula 5791/02; y María Abigail Vazquez, matrícula 6004/02.



MP Fasciglione.



C. ARIAS



C. CASTAÑEIRAS

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora

Fecha de aprobación: 28/02/2012

10 (diez)

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología
PLAN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO: Cuenca, Alicia del Lourdes

MATRÍCULA: 5699/02

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO: Manetta, María Celeste

MATRÍCULA: 5791/02

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO: Vazquez, María Abigail

MATRÍCULA: 6004/02

CÁTEDRA DE RADICACIÓN: Instrumentos de Exploración Psicológica I

SUPERVISOR: Castañeiras, Claudia

CO-SUPERVISOR: Fasciglione, María Paola

TÍTULO DEL PROYECTO: Calidad de vida percibida, bienestar psicológico y síntomas psicológicos: Un estudio comparativo entre pacientes con asma y población no clínica

DESCRIPCIÓN RESUMIDA: (150 palabras)

El proyecto que se presenta se enmarca dentro del área de la Psicología de la Salud que se dedica al estudio de los factores psicosociales relacionados con el proceso de salud-enfermedad. El objetivo de esta investigación es la evaluación de la calidad de vida percibida, el bienestar psicológico y su relación con los síntomas psicológicos informados en población general sin enfermedad física crónica comparada con población con diagnóstico clínico de asma bronquial. El estudio se basa en un diseño transversal descriptivo-correlacional en dos niveles: a) comparación entre grupos, muestra clínica (n=20) vs. control (n=60) y, b) análisis intragrupo. Se administrarán: registro de datos clínicos y sociodemográficos, WHOQOL-BREF, EBP y SA-45. Este estudio forma parte de un proyecto de investigación mayor sobre asma e intervenciones psicosociales, y se estima que los resultados pueden constituir un aporte para la evaluación clínica, y el diseño de intervenciones psicosociales complementarias a los abordajes médicos.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA - SINTOMAS PSICOLOGICOS – BIENESTAR PSICOLOGICO – ASMA BRONQUIAL - POBLACIÓN GENERAL – ADULTOS

DESCRIPCIÓN DETALLADA

1) Motivo y antecedentes

La Psicología de la Salud es una rama de la Psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial, según el cual la salud y la enfermedad física son el resultado de la interdependencia de factores biológicos, factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés, etc.) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, entre otras). Este área disciplinar está constituida por un conjunto de contribuciones científicas, profesionales y educativas tendientes a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud, al tratamiento integral de la enfermedad y a la mejora de las políticas en salud y por ende del sistema sanitario (Matarazzo, 1980).

En este sentido, la Calidad de Vida (CV) y el Bienestar Psicológico (BP) han sido conceptos especialmente estudiados dentro de este campo. La CV comprende factores tanto objetivos (condiciones externas del sujeto tales como las situaciones económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales) como subjetivos (evaluación del individuo respecto al grado de satisfacción con los diferentes aspectos de su vida), y la interacción entre ambos (García Viniegras & González Benítez, 2000).

En el marco de este estudio, y tal como la define la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida será entendida como la percepción que tiene el individuo del lugar que ocupa en su propio contexto cultural y sistema de valores, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Todo ello modulado por la salud física, el estado psicológico, las creencias personales, las relaciones sociales y las características del ambiente y el modo que el individuo se relaciona con éste (World Health Organization [WHO], 1997).

El bienestar psicológico, estrechamente vinculado a la calidad de vida, puede definirse como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, la cual incluye aspectos cognitivos (relacionados a la satisfacción con la vida en general y en áreas específicas como la laboral, matrimonial, etc.) y aspectos afectivos (frecuencia e intensidad con que se experimentan emociones positivas y negativas) (Díaz & Sánchez, 2002). Tal como señala Ryff (1989) el BP es un constructo complejo constituido por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

Tanto la calidad de vida como el bienestar psicológico han sido estudiados en relación a distintas enfermedades médicas (Avendaño Monje & Barra Almagiá, 2008; Novoa Gómez, Caycedo, Aguillón & Suárez Alvarez, 2008; Soares de Matos & Cardoso Machado, 2007) y a síntomas psicológicos tales como la ansiedad y la depresión (Casullo & Castro, 2000; Vinaccia et al., 2005).

Existen algunos estudios (Urzúa, 2008) que comparan calidad de vida en poblaciones clínico-médicas y población sana. Sin embargo no se reportan investigaciones en nuestro medio que hayan estudiado las relaciones entre estas tres variables (calidad de vida, bienestar psicológico y sintomatología psicológica) en poblaciones clínicas específicas comparadas con población general sin diagnóstico de enfermedad médica. El presente estudio pretende ser un aporte en este sentido.

El proyecto propuesto se enmarca dentro de una investigación mayor sobre asma e intervenciones psicosociales. El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas respiratorias caracterizada por la infiltración de la mucosa por células inmunitarias. Dicha inflamación genera hiperreactividad bronquial frente a distintos estímulos (humos, irritantes, frío, niebla, ejercicio, factores psicoemocionales y estrés), y un estrechamiento -y la consecuente obstrucción- de las vías respiratorias. Esta condición clínica es parcial o totalmente reversible de forma espontánea o con tratamiento, y se manifiesta a través de todos o algunos de los siguientes síntomas: disnea, sibilancias, opresión torácica, tos y secreciones (Global Initiative for Asthma [GINA], 2008; National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI], 2007).

Actualmente, la mortalidad debida al asma constituye un hecho relativamente infrecuente (Vázquez & Buceta, 1996). En Argentina las estadísticas señalan un porcentaje de defunciones de sólo un 0.20% (Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2007). No obstante en las últimas décadas la frecuencia de esta afección ha aumentando en todo el mundo (World Health Organization [WHO], 2004), y aún constituye un importante problema de salud pública por sus elevados índices de prevalencia e incidencia, y por el impacto que tiene sobre la vida de los pacientes y su familia debido al costo de la medicación, el ausentismo laboral /académico, la interrupción de las

actividades cotidianas y de los espacios de recreación y la estigmatización (GINA, 2008; Gómez, 2006; Vázquez & Buceta, 1996).

Si bien existen numerosos trabajos sobre CV y asma bronquial y sobre otros factores psicosociales asociados a esta afección respiratoria (Fasciglione & Castañeiras, 2007), no se hallaron estudios en nuestro medio que comparen estos factores en población asmática y población no clínica. En este sentido, se espera que el presente estudio constituya un aporte al conocimiento diferencial de estas características entre personas que conviven con una enfermedad crónica respiratoria y personas sin diagnóstico de enfermedad médica.

2) **Objetivo General:**

Evaluar la calidad de vida percibida y el bienestar psicológico relacionados con síntomas psicológicos informados en población general con y sin diagnóstico de asma.

Objetivos Particulares:

- a) Evaluar las características de la calidad de vida percibida, el bienestar psicológico y los síntomas psicológicos informados en una muestra de población general sin diagnóstico de enfermedad crónica
- b) Analizar las relaciones entre las dimensiones de calidad de vida percibida, bienestar psicológico y síntomas psicológicos en ambas muestras.
- c) Analizar la presencia de diferencias significativas en las puntuaciones entre ambas muestras (pacientes vs no pacientes).

3) **Hipótesis de trabajo:**

- 1- Las puntuaciones en síntomas psicológicos se relacionarán de manera negativa con el bienestar psicológico y la calidad de vida percibida en ambas muestras.
- 2- La muestra clínica informará puntuaciones significativamente menores en la calidad de vida percibida y en el bienestar psicológico y mayor presencia de síntomas psicológicos que la muestra no clínica.

4) **Métodos y técnicas:**

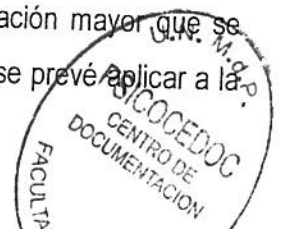
El estudio se basa en un diseño transversal descriptivo-correlacional en dos niveles: a) comparación entre grupos (muestra clínica vs. no clínica) y b) análisis intragrupo.

Se trabajó sobre una muestra de población general (N= 80) de la cual surgieron los grupos de comparación:

- a) Muestra clínica (intencional): personas de ambos sexos con un rango de edad de 21 a 70 años con diagnóstico clínico de asma bronquial parcialmente controlada/no controlada atendidos en centros de salud del Partido de General Pueyrredón (n=20).
- b) Muestra no clínica (sin diagnóstico de enfermedad física crónica): en este caso se incluirá como muestra control de la muestra clínica y se procurará mantener la equivalencia en las variables socio-descriptivas sexo, edad y nivel de instrucción (n=60).

Se considera como criterio de exclusión para la participación en el estudio, la presencia de psicopatología grave y/o historia de adicciones.

Los datos pertenecientes a la muestra clínica serán proporcionados de un proyecto de investigación mayor que se desarrolla paralelamente al presente estudio, en el que se administran los mismos instrumentos que se prevé aplicar a la población general.



En todos los casos se requerirá el consentimiento informado por parte de los participantes antes de comenzar el estudio.

La evaluación de la muestra no clínica se realizará en un encuentro de aproximadamente 45 minutos, en el que se administrarán un **registro de datos** para recabar información sobre aspectos sociodemográficos básicos, datos sobre el estado de salud psicofísica general y ausencia de enfermedad médica crónica; y las versiones adaptadas para nuestra población de los siguientes instrumentos:

- **WHOQOL- BREF:** Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS - Versión breve (Whoqol Group, 1998)
- **SA-45:** Cuestionario de Evaluación de Síntomas psicopatológicos (Davison et al., 1997)
- **EBP:** Escalas de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989)

Se realizarán análisis cuantitativos y cualitativos de los datos obtenidos y se utilizará el software SPSS 15.0 para el procesamiento estadístico.

5) Lugar de realización del trabajo:

El plan de trabajo se desarrollará dentro del Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, el cual cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para la realización del plan de trabajo propuesto.

6) Cronograma mensual de actividades:

Tareas	Meses												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Revisión y actualización bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Elaboración del marco teórico			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Obtención muestra y administración de protocolo de evaluación				■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Asignación de puntuaciones y codificación de los datos.					■	■	■	■	■	■	■	■	
Ingreso de los datos en el software estadístico						■	■	■	■	■	■	■	
Análisis cuantitativo y cualitativo de los datos							■	■	■	■	■	■	
Interpretación de los datos y elaboración de conclusiones								■	■	■	■	■	
Redacción informe final												■	■

7) Referencias bibliográficas:

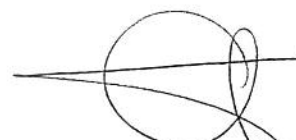
- Avendaño Monje, M. J. & Barra Almagiá, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172.
- Casullo, M.M. & Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú*, 18(1), 35-68.
- Davison, M.K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E. & Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment* 4, 259-276.
- Díaz, G. & Sánchez, M. (2002). El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 17(6), 572-579.
- Fasciglione, M.P. & Castañeiras, C.E. (2007). Asma bronquial hoy: una perspectiva psicosocial. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica*, 38 (1), 12-18.


- García-Viniegras, C. R. V & González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2008. Disponible en: <http://www.ginasthma.org>.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Elath and behavioral medicine: Frontiers for a new Elath psychology. *American Psychologist* 35(9), 807-817.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2007). *Estadísticas vitales. Información Básica-2006*. (Serie 5. Nro.50). Buenos Aires: Autor.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program (2007). *Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma*. Bethesda, United States: Autor.
Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/>
- Novoa Gómez, M., Caycedo, C., Aguillón, M. & Suárez Alvarez, R. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 177-192.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Sandín, B., Valiente, M.R., Chorot, P., Santed, M.A. & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema* 20(2), 290-296.
- Soares de Matos, A. P. & Cardoso Machado, A. C. (2007). Influência das Variáveis Biopsicossociais na Qualidade de Vida em Asmáticos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 139-148.
- Urzúa, A. (2008). Calidad de vida y factores biopsicosociales en patologías médicas crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 207-214.
- Vázquez, M.I. & Buceta J.M. (1996). *Tratamiento Psicológico del Asma Bronquial*. Madrid: Pirámide.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Vásquez, A., Contreras, F., Tobón, S. & Sandín, B. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia Psicológica*, 23(2), 65-74.
- WHOQOL Group (1998). *WHOQOL. Los instrumentos de calidad de vida de la organización mundial de la salud. Manual del usuario*. Buenos Aires: Cata.
- World Health Organization. Programme on Mental Health (1997). *WHOQOL. Measuring Quality of Life*. Geneva: autor.
- World Health Organization (2004). *Practical Approach to Lung Health. Respiratory Care in Primary Care Services- a survey in 9 countries*. Geneva: autor.


Firma del Supervisor
C. CASTAÑERAS


VÁZQUEZ, M.A.


Cándida Arias
Firma de las alumnas


Firma del Co-supervisor
María Paola Fasciglione
Lic. en Psicología
MAT. PROV. 46806


Nonella, Celeste

PI Área de investigación

Resultado de la evaluación (aprobado/rehacer)

Fecha: 20/11/2010

CANDIDA ARIAS
APROBADO

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Programa CV-Asma, el cual nos ha brindado datos de investigación sin los cuales no se podría haber llevado adelante esta tesina. También por habernos dado la posibilidad de ejercitar el rol de evaluadoras en el contacto con los pacientes.

A nuestras supervisoras. A la Dra. Claudia Castañeiras por darnos la oportunidad de recurrir a sus conocimientos, su capacidad y experiencia científica. A la Lic. Paola Fasciglione por acompañarnos en este recorrido y por el valioso tiempo que ha dedicado a despejar cada una de nuestras dudas. A ambas por la paciencia y tolerancia ante nuestras ansiedades y demandas. Y sobre todo por lo aprendido a lo largo de este trayecto que no sólo se plasma en el trabajo presente sino que constituye una experiencia con la que contaremos cada una de nosotras como futuras profesionales de la ciencia que nos reúne.

A las más de sesenta personas que brindaron desinteresadamente su tiempo y que constituyeron “nuestra muestra de investigación”, sin su participación este trabajo no hubiera sido posible.

A Valentina Cuenca porque con sus cortos diez años resistió muchas noches sin computadora y atravesó el desafío de no interrumpirnos.

Por último, nuestro eterno agradecimiento a nuestros padres, familias, amigos y compañeros por su incondicional apoyo y comprensión, su infinita paciencia y su constante estímulo.

INDICE GENERAL

Plan de Trabajo	VII
Agradecimientos	XII
Introducción	1
Marco Teórico	4
Psicología de la salud.....	5
Asma bronquial.....	10
Calidad de vida	17
Bienestar psicológico.....	24
Síntomas psicológicos.....	28
Objetivos e Hipótesis	38
Estudio empírico	40
Muestra	41
Procedimiento	42
Instrumentos	43
Resultados	44
Discusión y conclusiones	61
Referencias bibliográficas.....	66
Anexos	75

INTRODUCCION

La Psicología de la Salud es una rama de la Psicología basada en un modelo biopsicosocial que nace a finales de los años 70. Este campo de conocimiento comprende a la salud y la enfermedad como el resultado de la interdependencia de factores biológicos, psicológicos y sociales. Cuenta con el aporte de un conjunto de contribuciones científicas, profesionales y educativas que tienden a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud, al tratamiento integral de la enfermedad y a la mejora de las políticas en salud gestionadas por el sistema sanitario (Matarazzo, 1980).

La creciente consideración de los factores psicológicos y sociales en el proceso de salud-enfermedad ha conducido al diseño y evaluación de intervenciones psicosociales complementarias a los tratamientos médicos tradicionales. En este sentido ha sido esencial el estudio de estos factores en las diferentes patologías médicas y en población general, con el objetivo de conocer las características y necesidades particulares de cada grupo.

El trabajo que se presenta forma parte de una investigación de mayor alcance que se ocupa particularmente de una enfermedad crónica: el asma bronquial.

Si bien en la actualidad, la mortalidad debida al asma constituye un hecho relativamente infrecuente, en las últimas décadas la frecuencia de esta afección ha aumentando en todo el mundo (World Health Organization [WHO], 2004), y aún constituye un importante problema de salud pública por sus elevados índices de prevalencia e incidencia, y por el impacto que tiene

sobre la vida de los pacientes y su familia (Global Initiative for Asthma [GINA], 2010; Gómez, 2006; Vázquez & Buceta, 1996).

Específicamente en esta investigación se estudiaron tres variables psicosociales: calidad de vida, bienestar psicológico y síntomas psicológicos. Tanto la calidad de vida como el bienestar psicológico han sido estudiados en relación a distintas enfermedades médicas y síndromes clínicos como ansiedad y depresión. Sin embargo no se reportan investigaciones en nuestro medio que hayan estudiado las relaciones entre las tres variables, en poblaciones clínico-médicas comparadas con población general sin diagnóstico de enfermedad. El presente estudio intentó ser un paso en esta dirección y contribuir a la evaluación clínica y el diseño de nuevas intervenciones psicosociales que complementen y potencien los abordajes médico-farmacológicos tradicionales.

MARCO TEÓRICO

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La Psicología de la Salud ha sido definida como el conjunto de contribuciones científicas, profesionales y educativas tendientes a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud, al tratamiento integral de la enfermedad y a la mejora de las políticas en salud gestionadas por el sistema sanitario (Matarazzo, 1980, 1982).

Este campo de conocimiento nace a finales de los años 70 sobre la base de un modelo biopsicosocial que entiende la salud y la enfermedad como el resultado de la interdependencia de factores biológicos, psicológicos y sociales. Esta nueva concepción se consolida como superadora del modelo biomédico tradicional que equiparaba al ser humano con una máquina y a la enfermedad con una falla en una de sus partes constitutivas. De esto se derivaba la importancia de la localización de los procesos patológicos (Ballester, 1997) y un determinismo biológico que excluía otros factores determinantes de la enfermedad, tales como los factores psicológicos, sociales y culturales (Engel, 1977 citado en Ballester, 1997). Desde una perspectiva asistencialista, otorgaba al individuo un rol pasivo, desatendiendo la responsabilidad individual en el cuidado de la salud, y con ello el papel de la prevención en los procesos de salud y enfermedad (Ballester, 1997).

El modelo biopsicosocial surge entonces en respuesta a la necesidad de una mirada más comprensiva e integradora de los factores comprometidos en el proceso de salud-enfermedad (Ballester, 1997). Sustentado en la teoría de los sistemas (Bertalanffy, 1968 citado en Ballester, 1997), toma



consideración los factores biológicos, los factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés, etc.) y los sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, entre otras), así como la interacción entre ellos en la determinación de esta dinámica. Concede particular importancia a la responsabilidad individual sobre la salud y su cuidado, al adjudicar un rol activo al paciente en el modo de percibir y enfrentar su enfermedad y en la búsqueda de su salud, prestando especial atención a su experiencia de enfermedad (Ballester, 1997).

En la actualidad salud y enfermedad se consideran parte de un proceso dinámico y cambiante, atendiendo a sus determinantes históricos y sociales. En este proceso se reconoce además la existencia de una dimensión subjetiva que no se corresponde necesariamente con el estado objetivo de salud o enfermedad del individuo (Ballester, 1997). Desde esta perspectiva Gyarmati (1992 citado en Llull, 1999) considera a la salud y la enfermedad como dos polos dentro de un continuo en el cual el individuo se desplaza a lo largo de su vida según se refuerce o se altere el equilibrio entre los factores físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales, que están en permanente interacción.

En el mismo sentido, Ballester (1997) subraya la importancia de que la Psicología de la Salud se sustente en una concepción de salud como un proceso continuo de ajuste o adaptación óptima del individuo en su totalidad, y en sus intercambios con el ambiente a través de los comportamientos y estilos de vida que resultan en experiencias subjetivas de bienestar.

Además de la formulación del modelo biopsicosocial, otros factores también han sido reconocidos como antecedentes del surgimiento y consolidación de la Psicología de la Salud. Entre ellos pueden considerarse (Ballester, 1997):

1. El cambio en las pautas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades transmisibles hacia las enfermedades crónicas y accidentes. En el último siglo se observó un aumento de la esperanza de vida como consecuencia del avance en el conocimiento y el desarrollo de la investigación sobre las enfermedades, pero progresivamente también aumentó la prevalencia de otro tipo de afecciones.
2. El reconocimiento de la implicancia de múltiples factores en la etiología de las enfermedades y problemas médicos, principalmente causas conductuales (por ejemplo tabaquismo o sedentarismo) asociadas con las patologías crónicas.
3. El coste económico de los sistemas sanitarios, los cuales fueron en aumento de manera desproporcionada con respecto a los beneficios conseguidos.
4. Un mayor énfasis en la prevención y promoción de estilos de vida saludables.
5. La necesidad de una mirada y un trabajo interdisciplinario respecto a los problemas médicos y sanitarios.
6. El reconocimiento de la utilidad de las técnicas comportamentales por parte de los profesionales sanitarios.

7. El apoyo institucional respecto a los puestos de trabajo y recursos asignados para el área.

El nacimiento institucional de la Psicología de la Salud se remonta a principios de la década del 70, cuando la American Psychological Association (APA) designa en 1973 un Grupo de Trabajo sobre la Investigación en Salud, denominado Task Force on Health Research. Luego de varios años de intenso trabajo fue aprobada la constitución de la División número 38 de la APA, con el nombre de División de Psicología de la Salud (*Division of Health Psychology*) y presidida por Joseph Matarazzo.

La División de la Psicología de la Salud de la APA ha establecido diez objetivos prioritarios para esta disciplina (Carrobles, 1993 citado en Buela-Casal, Sierra & Carrobles, 1995):

1. Comprender y evaluar la interacción que existe entre el estado de bienestar físico y los factores biopsicosociales.
2. Entender la aplicabilidad de las teorías, principios y métodos de la investigación psicológica para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de las enfermedades.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta al estrés y su importancia en el origen de numerosos problemas de salud.
4. Entender la contribución de los métodos y técnicas conductuales y cognitivas en el afrontamiento y control del estrés.

5. Desarrollar las habilidades necesarias para el diseño y aplicación de programas que tengan como objetivo crear o potenciar hábitos y estilos de vida personales de salud.

6. Comprender las dificultades por las que atraviesan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus malestares y problemas.

7. Tener consciencia del estado y las condiciones que sobrellevan los pacientes en el ámbito hospitalario, de los factores implicados en la adherencia al tratamiento y los problemas derivados de la relación médico-paciente.

8. Comprender las diferencias entre los métodos psicológicos y médicos para aliviar el dolor y su combinación para mejorar la eficacia del tratamiento.

9. Ser consciente del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los pacientes y sus familias.

10. Descubrir y comprender la aplicabilidad de las técnicas y principios psicológicos en el afrontamiento y control de las enfermedades crónicas.

El presente estudio se enmarcó dentro del área de la Psicología de la Salud al abordar variables psicosociales involucradas en el proceso de salud-enfermedad, como calidad de vida percibida, bienestar psicológico y síntomas psicológicos en una muestra de población general y en una muestra clínica de personas con asma bronquial. Se estima que la comparación entre ambos grupos puede constituir un aporte para la

evaluación clínica y el diseño de nuevas intervenciones psicosociales que complementen y potencien los abordajes médicos tradicionales.

ASMA BRONQUIAL

La enfermedad crónica ha sido definida como una condición clínica extendida en el tiempo, que tiende a persistir a lo largo de la vida y que conlleva algún grado de limitación para el individuo (Yeo & Sawyer, 2005 citado en Avendaño Monje & Barra Almagiá, 2008). Tanto la enfermedad como su tratamiento implican cambios físicos, psicológicos, sociales y ambientales que modifican el estilo de vida del paciente. Todo ello conduce a un esfuerzo adaptativo y a un proceso de ajuste por parte de quien la padece (Bishop, 2005; Han, Lee, Lee & Park, 2003 citado en Avendaño Monje & Barra Almagiá, 2008).

A nivel mundial el asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes. Su prevalencia ha aumentado considerablemente en las dos últimas décadas y su costo puede llegar a representar hasta el 2% del presupuesto sanitario. En nuestro país uno de cada diez argentinos padece síntomas asmáticos (Gómez, 2006).

Según datos reportados por la Iniciativa Global por el Asma (GINA, 2010), la prevalencia mundial de esta afección varía de 1% a 18% de la población en los distintos países. Existe buena evidencia de que las diferencias internacionales en la prevalencia global de síntomas de asma se han reducido, especialmente en los grupos de edades de 13-14 años. No

obstante, el porcentaje de niños que informan tener asma ha aumentado de manera significativa, posiblemente debido a una mayor conciencia de esta condición clínica y/o a los cambios producidos en la práctica diagnóstica. Particularmente, el incremento en la prevalencia de síntomas de asma en África, Latinoamérica y Asia indica que la carga global del asma sigue en aumento.

La mortalidad debida al asma es actualmente un hecho infrecuente. En Argentina las estadísticas señalan un porcentaje de defunciones de sólo un 0.14% (Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2009).

Desde el punto de vista médico, el asma bronquial se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas respiratorias caracterizada por la infiltración de la mucosa por células inmunes e inflamatorias. Dicha inflamación genera hiperreactividad bronquial frente a distintos estímulos (humos, irritantes, frío, niebla, ejercicio, factores psicoemocionales y estrés), y un estrechamiento -y la consecuente obstrucción- de las vías respiratorias. Esta condición clínica es parcial o totalmente reversible de forma espontánea o con tratamiento, y se manifiesta a través de todos o algunos de los siguientes síntomas: disnea (sensación de ahogo, de falta de aire), sibilancias (debido a la disminución del calibre bronquial), opresión torácica, tos y secreciones (GINA, 2006; National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI], 2007).

Diagnóstico

Además de la presencia de los síntomas característicos del asma bronquial, existen diversos recursos para su diagnóstico (GINA, 2006; NHLBI, 2007):

- Antecedentes familiares
- Examen físico
- Pruebas de función pulmonar (espirometría) que contribuye a la confirmación del diagnóstico de asma y proporcionan una estimación de su severidad
- Pruebas de alergia que permiten explorar los posibles factores de riesgo desencadenantes de las crisis asmáticas

Además la variabilidad e intermitencia de los síntomas, su precipitación por irritantes inespecíficos, su probabilidad de agravarse por la noche o en determinadas estaciones del año, y su respuesta al tratamiento constituyen otros recursos para el diagnóstico del asma bronquial.

Etiología

Aunque no se conoce con exactitud su etiología, el asma tiene componentes genéticos y ambientales involucrados tanto en el desarrollo de la enfermedad como en la precipitación de sus síntomas. La interacción gen-medioambiente es importante para la expresión del asma (NHLBI, 2007).

Entre los factores genéticos que influyen en su desarrollo se distinguen genes que predisponen a la atopia (predisposición genética a la producción

de Inmunoglobulina E) y genes que predisponen a la hiperreactividad de las vías aéreas. También la obesidad y el género han sido identificados como factores predisponentes. Con respecto a este último, se ha detectado que antes de los 14 años, la prevalencia del asma es casi dos veces mayor en niños que en niñas, constituyendo un factor de riesgo para la presencia del asma en la infancia el ser de sexo masculino. En cambio, en la edad adulta la prevalencia del asma es mayor en mujeres que en hombres. No existen fundamentos claros que expliquen estas diferencias por sexo. No obstante, el tamaño del pulmón al nacer es más pequeño en varones que en niñas, pero es mayor en la edad adulta (GINA, 2006).

Los factores ambientales influyen sobre todo en la aparición de los síntomas del asma, pero algunos de ellos predisponen también su desarrollo, como por ejemplo los sensibilizadores ocupacionales. Entre los factores ambientales se encuentran (GINA, 2006; NLHBI, 2007):

1. Alergenos intra y extradomiciliarios: ácaros, pelos de animales domésticos, alergenos de la cucaracha, hongos, levaduras, polen, etc.
2. Infecciones respiratorias (predominantemente virales)
3. Sensibilizantes ocupacionales (exposición a un determinado agente encontrado en el ambiente de trabajo)
4. Humo del tabaco
5. Contaminación ambiental
6. Dieta
7. Estrés y factores psicoemocionales

Aunque la crisis asmática típica presente un patrón regular, la variabilidad, intermitencia y reversibilidad que caracterizan su presentación delimitan las diferencias inter e intraindividuales en las manifestaciones clínicas del trastorno (Vázquez & Buceta, 1996).

Tratamiento del Asma Bronquial

El tratamiento del asma tiene como objetivo controlar la enfermedad procurando prevenir los síntomas y las crisis por vía farmacológica, evitando las sustancias que pueden desencadenar los síntomas en cada paciente, e identificando otros factores que directa o indirectamente pudieran estar afectando la evolución o el manejo del asma, por ejemplo otras enfermedades (sinusitis, rinitis), el tabaquismo o factores emocionales como el estrés y el estado de ánimo, entre otros.

Tratamiento Farmacológico

Los medicamentos para el asma pueden ser clasificados en medicación preventiva o controladora y medicación de rescate o de alivio. Existen diferentes vías de administración, según el tipo de medicamento y el objetivo terapéutico: vía oral, inhalatoria o inyectable. La terapia inhalada tiene la ventaja de que los fármacos entran en contacto directamente con las vías respiratorias, lo cual permite mayores concentraciones locales y menos efectos secundarios.



Medicación Preventiva o Controladora

Son medicamentos administrados regularmente en un programa a largo plazo para mantener el asma bajo control clínico. Se usan para disminuir la inflamación de los bronquios y la hiperreactividad bronquial. Dentro de este grupo se incluyen los siguientes fármacos: corticosteroides inhalados, corticosteroides sistémicos orales, agonistas beta-2 adrenérgicos de acción prolongada, inhibidores de los leucotrienos, cromonas, metilxantinas. Asimismo el Omalizumab (anti IgE) y la inmunoterapia alérgeno-específica son tratamientos que también pueden incluirse dentro de esta categoría (GINA, 2010; NHLBI, 2007).

Medicación de Rescate o Alivio

Estos medicamentos actúan para revertir la broncoconstricción y sus síntomas. Los principales fármacos dentro de este grupo son: *anticolinérgicos, agonistas beta-2 adrenérgicos de acción corta y, corticosteroides sistémicos* (GINA, 2010; NHLBI, 2007).

Como se puede observar la farmacoterapia del asma -y sus posibles combinaciones- es sumamente heterogénea, lo cual condice con la variabilidad clínica observada en estos pacientes.

Abordajes Psicosociales

Desde el modelo biopsicosocial se comprende la importancia otorgada a los factores psicosociales en el desencadenamiento, evolución, modulación y tratamiento del asma bronquial (Fasciglione & Castañeiras, 2007).

Existen distintos tipos de factores implicados y diferentes vías de influencia (Vázquez & Buceta, 1996): a) el estrés, la sugestión o los procesos de condicionamiento actúan alterando de manera directa el calibre bronquial; b) algunas variables cognitivas y comportamentales parecen condicionar el curso clínico del asma y los índices de morbilidad y, c) las características de la enfermedad (cronicidad, efectos disruptivos en la vida del enfermo y amenaza a la propia vida) pueden provocar la aparición de diversas alteraciones psicosociales en el paciente y/o su entorno familiar.

Dentro de los principales factores psicosociales que se han identificado y desempeñan un papel preponderante en relación al asma pueden citarse: calidad de vida, ansiedad, depresión, personalidad, alexitimia, afrontamiento y conducta de enfermedad (Fasciglione & Castañeiras, 2007).

A partir del reconocimiento de la influencia de las variables psicológicas en la evolución y curso del asma bronquial se han desarrollado abordajes psicosociales innovadores que complementan los procedimientos médicos tradicionales, tales como programas de entrenamiento para el automanejo del asma bronquial, programas de educación sanitaria y psicoeducación, imaginación, intervenciones basadas en la relajación y el biofeedback, e intervenciones cognitivo-conductuales (Fasciglione & Castañeiras, 2007).

Si bien en la actualidad estos desarrollos constituyen un activo campo de investigación y práctica clínica, el presente trabajo no profundizará en la temática ya que sus objetivos se centran principalmente en factores psicosociales más que en aspectos terapéuticos.

Se ha observado que las variables psicosociales asociadas al asma bronquial mantienen entre sí y con la misma enfermedad, múltiples relaciones que se tornan más complejas si se considera que cada persona asmática sigue un patrón relativamente idiosincrásico, en cuanto al tipo y número de variables involucradas así como el peso específico que representan para la evolución de la enfermedad (Vázquez & Buceta, 1996). En este sentido se considera relevante el estudio de estas mismas variables en población no clínica con el objetivo de analizar su comportamiento diferencial. A continuación se abordan las variables evaluadas en el presente estudio.

CALIDAD DE VIDA

El concepto de Calidad de Vida (CV) no ha estado exento de dificultades en su definición y delimitación conceptual debido a su relatividad histórico-social y cultural y al carácter polisémico del término (Llull, 1999; Minayo, Hartz & Buss, 2000; Soares de Matos & Cardoso Machado, 2007).

Desde una perspectiva sociológica y económica y, en sentido amplio, la CV ha sido referida a las condiciones materiales de vida, en función de la

satisfacción de necesidades básicas tales como alimentación, vivienda, educación, trabajo, recreación y salud. Desde este enfoque se han elaborado indicadores objetivos de tipo sociodemográfico para su evaluación. Sin embargo algunos autores consideran que si bien estos indicadores son necesarios, resultan una medida sesgada y parcial al dejar de lado la perspectiva del sujeto en relación a la percepción de su propia vida (García Viniegras & González Benítez, 2000). En este sentido, la CV comprende también una dimensión subjetiva que abarca la percepción y valoración del sujeto acerca de su propia vida (García Viniegras & González Benítez, 2000; García-Viniegras & Rodríguez López, 2007; Vinaccia et al., 2005).

En relación a la relatividad del concepto de CV, pueden distinguirse tres marcos de referencia: uno histórico, otro cultural y, por último, la pertenencia a una clase socioeconómica. El primero hace referencia a los diferentes criterios de CV que cada sociedad establece en un determinado momento histórico. El segundo considera las particularidades a partir de las cuales cada sociedad define necesidades y valores que son representativos de la CV en función de sus tradiciones. Con respecto al tercer marco de referencia, los estudios que analizan las sociedades en las que hay una alta estratificación y desigualdades muy marcadas, muestran que los patrones y las concepciones de bienestar son también estratificadas, existiendo de esta manera una estrecha relación entre las expectativas que cada persona tiene con respecto a su propia vida y su pertenencia a una determinada clase social (Minayo, et al., 2000; Schwartzmann, 2003).

Teniendo en cuenta la diversidad de perspectivas en el abordaje de la CV, en el marco de este estudio se considerará la conceptualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que entiende la CV como la percepción que tiene el individuo del lugar que ocupa en su propio contexto cultural y sistema de valores, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Todo ello modulado por la salud física, el estado psicológico, las creencias personales, las relaciones sociales y las características del ambiente y el modo en que el individuo se relaciona con éste (World Health Organization [WHO], 1997).

La CV ha sido definida también en sentido estricto específicamente referida al campo de la salud. La denominación Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) describe la apreciación del paciente acerca de los efectos de una enfermedad determinada y su tratamiento, sobre su bienestar físico, emocional y social (Minayo et al., 2000; Soares de Matos & Cardoso Machado, 2007; Vinaccia & Orozco, 2005). La CVRS no es un concepto unitario, y constituye un componente de la CV total determinado principalmente por la percepción del paciente sobre su estado de salud (Juniper, 2001 citado en Soares de Matos & Cardoso Machado, 2007).

Se han diseñado distintos instrumentos para medir la CV. En algunos casos se ha operacionalizado este constructo de una manera simplificada y unívoca. Uno de los más difundidos ha sido el Índice de Desarrollo Humano (IDH) elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el cual involucra la idea de que la salud, es junto a los ingresos y la

educación, uno de los tres elementos principales que hacen a la CV de una población. El IDH se basa sólo en variables objetivas, no toma en cuenta las diferencias culturales ni las variaciones en el tiempo en un mismo lugar (Minayo et al., 2000). En cambio cuando se privilegia al individuo y, en particular a aquel que convive con una enfermedad, los instrumentos deben considerar la percepción subjetiva del nivel de bienestar con la situación, y sus resultados servir de base para intervenciones futuras (Schwartzmann, 2003).

Otros instrumentos han procurado incorporar esta dimensión subjetiva en la medición de la CV, de manera global o multidimensionalmente. Algunas de las variables que se evalúan en este caso son el aspecto físico, psicológico, económico y social, el entorno, el aspecto espiritual, el nivel de actividad o nivel de funcionamiento en la vida diaria. Las diferencias entre los instrumentos están dadas por la incorporación de algunas de estas variables, ya que no todos consideran estas facetas en su totalidad (Llull, 1999; Schwartzmann, 2003; Vinaccia & Orozco, 2005; WHO, 1997).

Teniendo en cuenta la definición de CV de la OMS, resulta insuficiente para la medición de este constructo el criterio médico profesional, la valoración de la familia del paciente o de la comunidad a la que pertenece. Un instrumento de evaluación de la CV debería reflejar la perspectiva del paciente y permitir la comprensión de los significados que le otorga a su propia vida en el contexto de las diferencias socio-culturales entre los individuos (Llull, 1999). En este sentido, los Instrumentos de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100 y WHOQOL-BRIEF) han sido desarrollados de

manera simultánea en varios países, lo cual permite su uso en diferentes culturas y en grupos con distintos niveles socioeconómicos (Schwartzmann, 2003; WHO, 1997).

Calidad de Vida y Patologías Médicas Crónicas

En las últimas décadas la Psicología de la Salud ha ido otorgando cada vez mayor importancia al concepto de CV (Avendaño Monje & Barra Almagiá, 2008), convirtiéndose en una categoría de estudio central en esta disciplina (García-Viniegras & Rodríguez López, 2007). Al mismo tiempo ha aumentado considerablemente el número de investigaciones en este área con pacientes crónicos debido, entre otros factores, a la alta incidencia y prevalencia de las patologías crónicas, cuyo carácter permanente exige cambios en los hábitos y estilos de vida (Vinaccia et al., 2005).

La creciente consideración de los factores psicológicos y sociales en el proceso salud-enfermedad ha ido sustituyendo al modelo biomédico tradicional. Hasta hace muy poco tiempo, el tratamiento médico de las enfermedades crónicas se dirigía fundamentalmente al alivio de los síntomas y a la prolongación de la vida. Durante los años 60 y 70 del pasado siglo, los indicadores materiales de CV evolucionaron hacia la consideración de indicadores psicológicos y sociales. En el área de la salud, y específicamente en relación a las enfermedades crónicas, esto implicó asumir que era tan importante la curación de las enfermedades como lograr una vida más funcional y satisfactoria para los pacientes afectados por este tipo de patologías (García-Viniegras & Rodríguez López, 2007). En este

sentido, junto al objetivo de controlar la enfermedad, se comenzó a utilizar la categoría de CV como otra de las metas en el abordaje de las enfermedades médicas crónicas (García-Viniegras & Rodríguez López, 2007; Vinaccia & Orozco, 2005).

En muchos casos la presencia de una enfermedad crónica suele interferir en la mayor parte de las actividades y relaciones cotidianas de quienes la padecen, reflejándose en un empobrecimiento de la CV general (Urzúa 2008). Bayes (1994 citado en Vinaccia & Orozco, 2005) señala que la importancia de evaluar la CV de las personas con enfermedades crónicas reside en que permite conocer el impacto de la enfermedad y del tratamiento, a un nivel diferente y complementario al biológico. La evaluación de la CV y la CVRS posibilita: a) obtener un mayor y mejor conocimiento del paciente, su evolución y su adaptación a la enfermedad; b) ampliar el conocimiento sobre los efectos secundarios de los tratamientos; c) evaluar mejor las terapias paliativas; eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; d) colaborar en la toma de decisiones médicas y en la comunicación médico-paciente y, e) facilitar la rehabilitación de los pacientes.

Calidad de Vida y Asma Bronquial

En el caso específico del asma bronquial, las investigaciones evidencian el deterioro de la CV de las personas afectadas con esta patología. El empobrecimiento de la CV estaría relacionado con la vivencia de las consecuencias esperables de cualquier enfermedad crónica cuyo

tratamiento es prolongado y su evolución irregular, y a la imprevisibilidad de los síntomas y crisis, todo lo cual afecta de manera generalizada las actividades cotidianas de estos pacientes (Fasciglione & Castañeiras, 2007). Con frecuencia, los síntomas y limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de una crisis traen como consecuencia un mayor grado de dependencia, así como repetidos ingresos hospitalarios y prolongadas estancias (García-Viniegras & Rodríguez López, 2007).

Si bien parece un hecho que las enfermedades crónicas imponen un deterioro de la CV, los estudios en esta área no son concluyentes. Algunos autores no hallaron diferencias entre la CV de pacientes crónicos y no crónicos (Cassileth et al., 1984). Otras investigaciones sugieren que las diferencias estarían dadas por la condición clínica y el tipo de cronicidad (Urzúa 2008). Asimismo existen hallazgos que han informado que pacientes con patologías graves evalúan muchos aspectos de su CV de forma más favorable que aquellos que padecen enfermedades de menor gravedad. Tales resultados sugieren que la CV de estos pacientes está determinada por factores subjetivos y no sólo por su estado objetivo de salud (Fasciglione & Castañeiras, 2007; García-Viniegras & Rodríguez López, 2007).

En síntesis, se observa que un aspecto importante en el estudio de la CV es su evaluación a partir de la percepción de la propia persona, tanto en poblaciones clínicas con patologías crónicas como en la población general (Vinaccia & Orozco, 2005).

BIENESTAR PSICOLÓGICO

El estudio del bienestar humano es complejo y aún no existe un consenso sobre su conceptualización y evaluación. Esta situación se debe principalmente al carácter temporal y plurideterminado del término, en el cual intervienen factores objetivos y subjetivos (García-Viniegras & González Benítez, 2000). En este sentido, el concepto de bienestar psicológico ha sido utilizado como sinónimo de otros términos como el de bienestar subjetivo (Vázquez, 2009). Y, si bien existen estrechas relaciones entre ellos, se trata de conceptos diferentes.

El bienestar subjetivo es definido como la valoración que realiza la persona de su grado de satisfacción con áreas específicas y globales de su vida en las que existe un predominio de estados anímicos positivos. Numerosos autores también lo han conceptualizado como uno de los factores que constituyen la calidad de vida (García-Viniegras & González Benítez, 2000).

Vale aclarar que el concepto de bienestar psicológico se desprende y constituye una parte integrante del bienestar subjetivo, que alude específicamente al nivel psicológico, dado que el bienestar subjetivo está compuesto por otros aspectos como por ejemplo la satisfacción de necesidades fisiológicas (García-Viniegras & González Benítez, 2000). El bienestar psicológico es una categoría que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial relacionada con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. El concepto de bienestar incluye

tanto aspectos afectivos como evaluativos (García-Viniegras & González Benítez, 2000; Power & Dalglish, 1997 citado en Vázquez, 2009).

En cuanto a los aspectos afectivos son elementos reactivos y transitorios vinculados a las emociones, pero que trascienden la respuesta emocional inmediata y el estado de ánimo. Asimismo se sabe que el bienestar psicológico incluye afectos positivos y negativos, no como un eje bipolar sino como dos dimensiones diferentes. La independencia entre los dos tipos de afecto constituye uno de los hallazgos más importantes en el tema (Diener & Emmons, 1985 citado en García-Viniegras & López González, 2003; García-Viniegras & González Benítez, 2000; Vázquez, 2009).

Los aspectos evaluativos son componentes estables del orden de lo cognitivo y valorativo. Ambos están estrechamente vinculados entre sí y muy influenciados por la personalidad como sistema de interacciones complejas y por las circunstancias medioambientales, especialmente las más estables (García-Viniegras & González Benítez, 2000; Vázquez, 2009).

Otros autores (Ryff, 1989; García-Viniegras & González Benítez, 2000; Romero Carrasco, García-Mas & Brustad, 2009) describen el bienestar psicológico como un constructo compuesto por ejes y dimensiones que abarcan aspectos individuales y sociales del sujeto, la valoración que hace y el significado que otorga a su realidad. Siguiendo a García-Viniegras y López González (2003), si se concibe a la salud de forma integral puede considerarse que el bienestar psicológico es la expresión psicológica de ella.

En el marco de este trabajo se adoptará la propuesta de Ryff (1989) que vincula las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental

positivo y las teorías del ciclo vital (Casullo & Castro Solano, 2000; García-Viniegras & López González, 2003). En concordancia con otros autores citados en párrafos anteriores, Ryff (1989) sostiene que el bienestar psicológico hace referencia a un constructo complejo y multidimensional que tiene variaciones importantes según la edad, el sexo y la cultura. Está constituido por seis dimensiones:

1. Auto-aceptación: es uno de los conceptos nodales del bienestar, dado que una característica fundamental del buen funcionamiento psicológico es tener actitudes positivas hacia sí mismo, reconociendo las propias limitaciones (Keyes et al., 2002 citado en Díaz 2006).
2. Relaciones positivas con otras personas: el bienestar es mayor en la medida en que se establecen relaciones sociales duraderas y vínculos de confianza. La capacidad de amar es un componente esencial del bienestar y por lo tanto de la salud mental (Ryff & Keyes, 1995 citado en Díaz et al., 2006).
3. Autonomía: los sujetos necesitan basarse en sus convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad para consolidar su individualidad en diversos entornos sociales (Ryff & Keyes, 1995 citado en Díaz et al., 2006). Las personas autónomas poseen mayor capacidad para resistir la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento (Ryff & Singer, 2002 citado en Díaz et al., 2006).
4. Dominio del entorno: habilidad de elegir o construir ambientes positivos para satisfacer los propios deseos y necesidades. Esto implica mayor sensación de control sobre el mundo y la capacidad percibida de

influir en el contexto que los rodea (Ryff & Keyes, 1995 citado en Díaz et al., 2006).

5. Propósito en la vida: se refiere a la necesidad de proponerse metas que permitan guiar y dar sentido a la vida (Ryff & Keyes, 1995 citado en Díaz et al., 2006).

6. Crecimiento personal: hace referencia al esfuerzo por desarrollar las propias potencialidades y capacidades, y continuar creciendo como persona (Keyes et al, 2002 citado en Díaz et al., 2006).

Bienestar Psicológico y Patologías Médicas Crónicas

El desarrollo del concepto de salud en las últimas décadas y la realización de innumerables investigaciones clínico-epidemiológicas han demostrado que la salud adquiere entidad en relación a un conjunto de factores que trascienden lo biológico. En este sentido, muchas de las categorías psicosociales han contribuido de una forma u otra al creciente auge y desarrollo de los estudios acerca de las relaciones entre bienestar y salud (García-Viniegras & González Benítez, 2000).

Se ha observado que tener una enfermedad o una discapacidad grave que conlleva una reducción sustancial de aspectos placenteros en la vida cotidiana, en ocasiones es independiente del nivel de bienestar psicológico de una persona (Oramas Viera, Santana López & Vergara Barrenechea, 2006; Vázquez, 2009). En esta dirección, diversos estudios que evaluaron el

bienestar psicológico y la calidad de vida en población oncológica y en población sana no hallaron diferencias significativas entre los grupos. Estos datos cuestionan la asociación directa entre condiciones de malestar fisiológico y alteraciones en las funciones orgánicas con la propia percepción de bienestar. Este hecho sugiere la necesidad de considerar procesos de evaluación y atribución más allá de las condiciones clínicas objetivas (Novoa Gómez, Vargas Gutiérrez, Obispo Castellanos, Pertuz Vergara & Rivera Pradilla, 2010).

En contraposición, se ha demostrado empíricamente que los estados afectivos positivos que forman parte del bienestar psicológico tienen un impacto beneficioso sobre la salud física, ya que mejoran el funcionamiento del sistema inmune, permiten tolerar mejor el dolor e incrementan la longevidad (Vázquez, 2009).

Es relevante destacar que no se han hallado investigaciones que evalúen específicamente el bienestar psicológico en personas con asma bronquial, por lo cual este estudio constituye un importante aporte en este sentido

SINTOMAS PSICOLOGICOS

Dentro del espectro de la clínica psicológica, un síntoma se define como una manifestación subjetiva de un estado patológico que es informado por el individuo afectado más que observado por un evaluador externo. En

cambio el signo, término relacionado y en ocasiones confundido con el anterior, se refiere a la manifestación objetiva de un estado patológico que es descrito por un experto (American Psychiatric Association [APA], 1995).

En el marco de este trabajo se estudió una serie particular de síntomas psicológicos agrupados en dimensiones que habitualmente constituyen una medida de cribaje sensible para indagar estados sintomáticos transitorios sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos (Muñoz, Espinosa de Santillana, Cárdenas, Fócil & Cavazos, 2005; Sandín, Valiente, Chorot, Santed & Lostao, 2008). Estos síntomas son:

- a) Somatizaciones: reflejan el malestar que surge de la percepción de disfunciones corporales, y quejas respecto a los sistemas cardiovascular, gastrointestinal y respiratorio, cefaleas, lumbalgias, mialgias y otros equivalentes somáticos de ansiedad.
- b) Obsesiones y compulsiones: síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre caracterizado por pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.
- c) Sensitividad interpersonal: sentimientos de inferioridad e inadecuación, y síntomas que dan cuenta de una marcada incomodidad durante las interacciones interpersonales.
- d) Depresión: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, anhedonia, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.



- e) Ansiedad: síntomas y comportamientos característicos de la ansiedad clínica: nerviosismo, tensión, inquietud, miedo y crisis de pánico.
- f) Hostilidad: pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo y fastidio. Presencia de deseos incontrolables de romper objetos y temperamento explosivo.
- g) Ansiedad fóbica: respuestas persistentes de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que son en sí mismas irracionales y desproporcionadas en relación con el estímulo que la provoca. Dentro de esta dimensión se incluyen síntomas de agorafobia y de fobia social.
- h) Ideación paranoide: comportamientos y pensamientos caracterizados por la hostilidad, desconfianza y suspicacia, la grandiosidad, los delirios y el temor a la pérdida de autonomía.
- i) Psicoticismo: Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión de pensamientos y control del pensamiento.

Síntomas Psicológicos y Patologías Médicas Crónicas

Los estudios epidemiológicos recientes indican que los factores psicológicos pueden desempeñar un importante papel en la evolución de las enfermedades (Piqueras Rodríguez et al., 2008). Asimismo la evidencia científica actual muestra que cualquier trastorno físico u orgánico suele implicar también, a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa (Oblitas & Becoña, 2000 citado en Piqueras Rodríguez et al., 2008). A

diferencia de enfoques psicosomáticos tradicionales que postulan el carácter causal de las emociones en las enfermedades físicas, los estudios recientes consideran que la explicación etiológica de las patologías orgánicas debe atender a la multicausalidad y la interrelación entre distintos factores de orden fisiológico, genético, medio ambiental, psicológico y social (Piqueras Rodríguez et al., 2008).

Bajo la denominación de *Factores psicológicos que afectan al estado físico*, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) establece una serie de factores psicológicos y comportamentales que pueden afectar negativamente al estado médico general. Los factores que pueden influir sobre el curso de la enfermedad o interferir en su tratamiento son: a) trastornos clínicos (Eje I), b) trastornos de la personalidad (Eje II), c) síntomas psicológicos o rasgos de personalidad que no cumplen con los criterios para ser diagnosticado como trastorno mental específico, d) comportamientos desadaptativos, y e) respuestas fisiológicas frente al ambiente o estresores sociales.

En síntesis, según el DSM IV-TR existe suficiente evidencia para sugerir una asociación entre los factores psicológicos y el estado físico, aunque aún no es posible demostrar una causalidad directa ni los mecanismos subyacentes de la relación.

Síntomas Psicológicos y Asma Bronquial

En la misma dirección de lo expuesto en párrafos anteriores, en el caso de las enfermedades respiratorias y específicamente del asma bronquial, no se ha demostrado la influencia etiopatogénica de los factores psicológicos, pero ha sido ampliamente documentada la participación de los factores psicosociales en la evolución y en el mantenimiento de los síntomas de esta enfermedad (Fasciglione & Castañeiras, 2007; Piqueras Rodríguez et al., 2008).

Vázquez y Buceta (1996) consideran que las características del asma bronquial pueden provocar distintas alteraciones psicosociales en el paciente y su familia, dando lugar a una retroalimentación entre variables psicológicas y asma, es decir, una misma variable puede actuar de modo sucesivo o simultáneo como antecedente, concurrente o consecuente en la enfermedad.

Existe evidencia de que las personas con enfermedades crónicas tienen una mayor predisposición a presentar trastornos psiquiátricos que la población general (Forlenza & Vieira, 1997 citado en Carvalho et al., 2007). También hay estudios con personas asmáticas que muestran una alta prevalencia de alteraciones psiquiátricas y problemas psicosociales, lo que sugiere una posible asociación entre gravedad del asma y alteraciones psicológicas (Harrison, 1998 citado en Carvalho et al., 2007).

Según la literatura científica, los factores psicológicos principalmente asociados con las enfermedades físicas en general y el asma bronquial en particular, son la ansiedad y la depresión (Fernández-Álvarez, 1994).

Ansiedad y Asma

La ansiedad es una emoción psicobiológica adaptativa que se desencadena ante un peligro o amenaza percibida -externa o interna-. Esta respuesta motiva conductas dirigidas a superar dicha situación y se manifiesta a través de sentimientos de temor, preocupación, aprensión y alerta. Cuando esta respuesta se presenta de manera exacerbada y no vinculada necesariamente a un peligro real, es denominada ansiedad patológica y puede resultar incapacitante e interferir de manera negativa en las distintas esferas de la vida diaria (Cía, 2008).

Con frecuencia, las personas asmáticas informan una mayor sintomatología ansiosa que la población general (Cooper et al., 2007). Además, en numerosos estudios se ha demostrado la influencia de la ansiedad asociada a las crisis de asma sobre la evolución de la enfermedad (Bosley, Corden y Cochrane, 1996 citado en Piqueras Rodríguez et al., 2008; Fernandes et al., 2010). En el intento de explicar la alta comorbilidad entre trastornos de ansiedad y asma, se han formulado varias hipótesis (Fasciglione & Castañeiras, 2007):

1. Una de ellas postula que las enfermedades respiratorias crónicas podrían desencadenar ataques de pánico en individuos con características ansiosas.
2. Otra hipótesis indica que los síntomas somáticos asociados a ciertas enfermedades respiratorias podrían agudizar las cogniciones catastróficas y el ataque de pánico en pacientes vulnerables a la ansiedad.

3. En tercer lugar, se han vinculado los trastornos de ansiedad y el asma por el uso de medicamentos como corticosteroides, antihistamínicos y broncodilatadores beta 2-agonistas, que podrían influir en el estado de ánimo de los pacientes.

4. Una cuarta hipótesis postula que la ansiedad agravaría los síntomas del asma, y estos generarían a su vez niveles aún mayores de ansiedad, estableciéndose de esta manera una relación circular.

5. Por último se considera que las limitaciones y restricciones que impone este tipo de enfermedad en los distintos ámbitos de la vida, podrían actuar como estresores que incrementan el riesgo de que surjan trastornos de ansiedad y depresión.

En general la ansiedad se asocia a una peor evolución de la enfermedad, ya que puede incrementar la sintomatología y transmitir mayor sensación de gravedad, con la consecuente necesidad de tratamientos de emergencia y/o frecuentes, y también más agresivos y costosos (Piqueras Rodríguez et al., 2008).

Depresión y Asma

La depresión, en su forma clínica, es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una intensa sensación de tristeza que se produce por diversas causas (acontecimientos de la vida diaria relacionados con pérdidas o indefensión, cambios químicos en el cerebro, efectos secundarios de

medicamentos, enfermedades físicas o médicas, entre otras) (Piqueras Rodríguez et al., 2008).

Desde el punto de vista cognitivo, el núcleo depresivo se basa en la interpretación que el individuo hace de las experiencias de su vida, y da lugar a un conjunto de signos y síntomas emocionales, conductuales, interpersonales, físicos y motivacionales que configuran el síndrome depresivo (Beck, Emery, Rush & Shaw, 1983).

Diversos estudios demuestran una alta comorbilidad entre el asma bronquial y la depresión (Hommel, Chaney, Wagner & McLaughlin, 2002; Ryu, Chun, Lee & Chang, 2010; Tovt-Korshynskaa, Dew. Chopeya, Spivakf & Lemkog, 2001; Valença et al., 2006).

Al igual que la ansiedad, la depresión puede influir de manera negativa en la evolución de los pacientes con asma bronquial. Se ha encontrado sintomatología depresiva en comorbilidad con esta afección, aunque no tan estrechamente asociada como la ansiedad (Fasciglione & Castañeiras, 2007).

Algunos de los factores que podrían explicar la presencia de síntomas depresivos en pacientes asmáticos están relacionados con las características propias de esta enfermedad tales como la imprevisibilidad de los síntomas y su multicausalidad, que pueden suscitar una percepción permanente de falta de control sobre la situación y tener como resultado estados de pasividad e inhibición (Vázquez y Buceta, 1996).

El trastorno depresivo afecta negativamente el curso y evolución del asma dado que los síntomas depresivos acarrearán un autocuidado pobre,

incumplimiento de las prescripciones médicas e indiferencia ante los síntomas respiratorios (Vázquez, Romero-Frais y Sáñez, 2003 citado en Piqueras Rodríguez et al., 2008).

Síntomas Psicológicos, Asma y otras variables psicosociales

Síntomas Psicológicos, Asma y Calidad de Vida

La ansiedad y la depresión se presentan por lo general asociadas, y ambas ejercen una influencia negativa sobre la CV de las personas con asma bronquial (Fasciglione & Castañeiras, 2007). Algunos autores como Nascimento y colaboradores (2002) postulan la hipótesis de una causalidad inversa, lo cual implicaría que una pobre CV en personas con asma podría incrementar el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad y depresión.

En trabajos que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con asma y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) se ha indicado la influencia de síntomas de depresión y ansiedad en los bajos puntajes de calidad de vida encontrados (Carvalho et al., 2007).

En relación al tema objeto de este estudio empírico, no se han hallado estudios sobre asma, calidad de vida y otros síntomas psicológicos más allá de la sintomatología ansiosa y depresiva.

Síntomas Psicológicos, Asma y Bienestar Psicológico

Si bien no se han hallado estudios que indagaran específicamente la relación entre asma, sintomatología psicológica y bienestar subjetivo, existe

evidencia sobre la relación negativa entre el bienestar psicológico y la presencia de síntomas psicopatológicos (Castro & Casullo, 2000).

En un estudio descriptivo-correlacional (Castro & Casullo, 2000) se evaluó el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida y la presencia de síntomas psicopatológicos en adolescentes. Se encontró que a mayor grado de psicopatología había una disminución en la autopercepción del bienestar psicológico.

A continuación se expondrá el estudio empírico realizado en el marco de esta tesis de grado.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la calidad de vida percibida y el bienestar psicológico relacionados con síntomas psicológicos informados en población general con y sin diagnóstico de asma.

Objetivos Particulares

- a) Evaluar las características de la calidad de vida percibida, el bienestar psicológico y los síntomas psicológicos informados en una muestra de población general sin diagnóstico de enfermedad crónica.
- b) Analizar las relaciones entre las dimensiones de calidad de vida percibida, bienestar psicológico y síntomas psicológicos en ambas muestras.
- c) Analizar la presencia de diferencias significativas en las puntuaciones entre ambas muestras (pacientes vs no pacientes).

HIPOTESIS

- 1) Las puntuaciones en síntomas psicológicos se relacionarán de manera negativa con el bienestar psicológico y la calidad de vida percibida en ambas muestras.
- 2) La muestra clínica informará puntuaciones significativamente menores en la calidad de vida percibida y en el bienestar psicológico y mayor presencia de síntomas psicológicos que la muestra no clínica.

ESTUDIO EMPÍRICO

Este estudio empírico se basó en un diseño transversal descriptivo-correlacional en dos niveles: a) comparación entre grupos (muestra clínica vs. no clínica) y b) análisis intragrupo.

Sujetos

Se trabajó sobre una muestra de población general (N= 80) de la cual surgieron los grupos de comparación. La muestra clínica (n=20) compuesta por 16 mujeres (80%) y 4 varones (20%), con un rango de edad de 23 a 66 años (Me=42,75; DS=14,33), y diagnóstico clínico de asma bronquial parcialmente controlada/no controlada atendidos en centros de salud del Partido de General Pueyrredón. Los datos correspondientes a la muestra clínica pertenecen a un proyecto mayor en curso.

La muestra no clínica (n=60), sin diagnóstico de enfermedad física crónica estuvo compuesta por 48 mujeres (80%) y 16 varones (20%) con un rango de edad de 22 a 67 años (Me=42,52; DS=13,86), y se obtuvo homologando las variables socio-descriptivas sexo, edad, nivel de instrucción y estado civil (ver Tabla 1).

Se consideró como criterio de exclusión para la participación en el estudio la presencia de psicopatología grave y/o historia de adicciones.

En todos los casos los participantes brindaron su consentimiento informado antes de comenzar el estudio (ver Anexo 1).

Tabla 1. Distribución muestra clínica - no clínica por sexo, nivel de instrucción y estado civil

Sexo	Muestra Clínica		Muestra no clínica	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	4	20%	12	20%
Femenino	16	80%	48	80%
Nivel de Instrucción				
Primario	3	15%	9	15%
Secundario	5	25%	15	25%
Terciario	7	35%	19	31,7%
Universitario	5	25%	17	28,3%
Estado Civil				
Soltero	6	30%	18	30%
Casado/Convivencia	12	60%	38	63,3%
Divorciado/Separado	2	10%	4	6,7%

Procedimiento

Se realizó el matching con la muestra clínica y se acordó con los participantes un encuentro de aproximadamente 45 minutos, en un lugar establecido por las responsables del estudio que reuniera las condiciones para la cumplimentación del protocolo previsto. En la primera parte del encuentro se informaba y explicaba a los sujetos sobre las características de la investigación y de su participación en el estudio y se firmaba el consentimiento informado.

Se utilizó el software SPSS 15.0 para el procesamiento estadístico de los datos y se realizó análisis de contenido de las respuestas dadas por los sujetos.

Instrumentos

Registro de datos

Se diseñó un registro para recabar información sobre aspectos sociodemográficos básicos y datos sobre el estado de salud psicofísica general. El registro incluía dos ítems para indagar la definición personal del concepto de calidad de vida del participante y la propia valoración de su calidad de vida para su posterior análisis cualitativo (ver Anexo 2).

Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud- Versión breve (WHOQOL-BREF) (Whoqol Group, 1998)

Es un cuestionario de autoinforme que evalúa la calidad de vida. Consta de 26 preguntas que se responden a través de una escala de 5 puntos. Aporta puntuaciones de calidad de vida global y la salud general, y puntuaciones en relación a 4 grandes áreas de la calidad de vida: Salud Física, Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente (ver Anexo 3).

Cuestionario de Evaluación de Síntomas psicopatológicos (SA-45) (Davison et al., 1997).

Se trata de un autoinforme que a través de 45 descriptores evalúa síntomas psicopatológicos. Consiste en 9 escalas de 5 ítems cada y evalúa las siguientes dimensiones: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. El sujeto debe indicar en qué medida ha

tenido cada uno de ellos según durante la última semana una escala Likert entre 0 y 4 (ver Anexo 4).

Escalas de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989a, 1989b).

Versión para la adaptación argentina (Verdinelli & Castañeiras, 2009).

Manuscrito no publicado.

Es un autoinforme que evalúa el bienestar psicológico. La versión utilizada en esta investigación consta de 55 afirmaciones y el sujeto debe informar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas en una escala Likert de 0 ("Totalmente en desacuerdo") a 5 ("Totalmente de acuerdo"). Cuenta con 6 escalas que miden dimensiones relevantes para evaluar el bienestar psicológico: dominio del entorno, autoaceptación, autonomía, propósito en la vida, relaciones positivas con otros, crecimiento personal (ver Anexo 5).

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos organizados en función de los objetivos del estudio empírico.

1) *Evaluar las características de la calidad de vida percibida, el bienestar psicológico y los síntomas psicológicos informados en una muestra de población general sin diagnóstico de enfermedad crónica.*

En relación a la CV percibida de la muestra no clínica, se observaron puntuaciones medias entre moderadas y satisfactorias para todas las

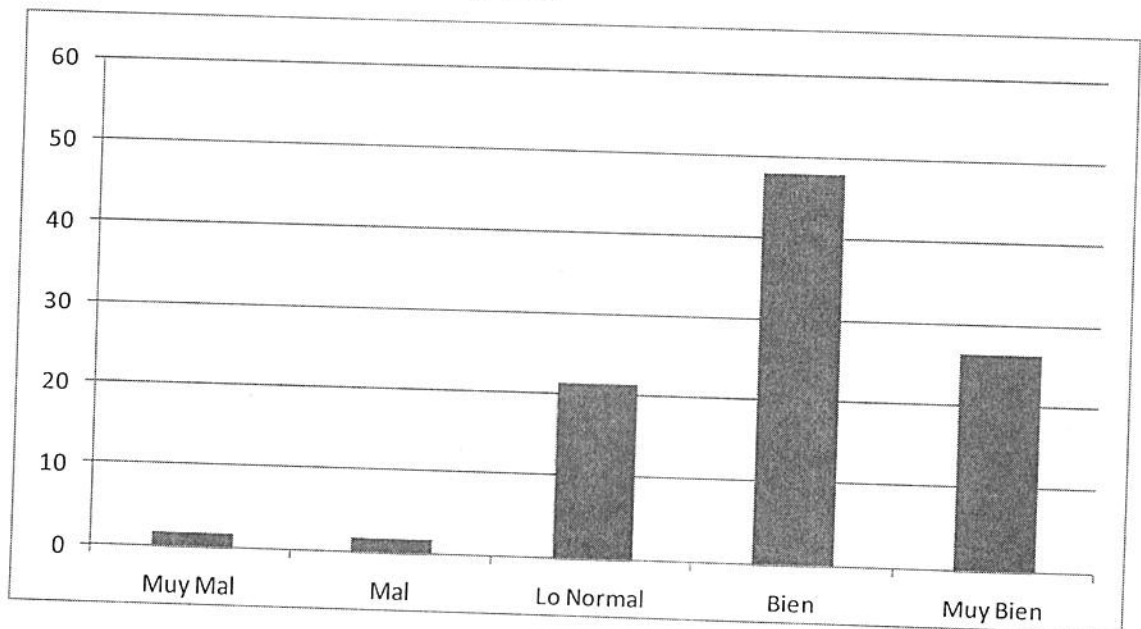
dimensiones evaluadas del WHOQOL y la CV global informada por los sujetos teniendo en cuenta el rango de puntuaciones 1-5 (ver Tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de CV global, salud general y dimensiones del WHOQOL

	CV GLOBAL	SALUD GENERAL	SALUD FÍSICA	PSICOLÓGICA	RELACIONES SOCIALES	AMBIENTE
ME (DE)	3,97 (0,84)	4,03 (0,78)	3,77 (0,49)	3,47 (0,57)	3,76 (0,74)	3,30 (0,50)

Como puede observarse en el Gráfico 1, el 75% de la muestra no clínica valoró su CV como buena o muy buena, el 21,7% como normal y con una presencia residual el 3,3% consideró su CV como mala o muy mala.

Gráfico 1. Calificación de la CV global



Los resultados obtenidos por las Escalas de Bienestar Psicológico (EBP) permiten observar que las puntuaciones medias más elevadas se alcanzaron

en Crecimiento Personal, Propósito en la Vida y Relaciones Positivas con los Otros (Tabla 3).

La tendencia media general para todas las escalas está representada por un grado de bienestar psicológico percibido como satisfactorio tomando como criterio el rango de puntuaciones mínimo-máximo que aportan las escalas.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las escalas de BP

	Dominio Entorno	Crecimiento personal	Autoaceptación	Autonomía	Relaciones + con los otros	Propósito en la vida
MEDIA (DE)	24,28 (5,33)	27,07 (5,19)	24,25 (5,07)	24,22 (6,05)	28,12 (5,63)	26,92 (5,51)

En cuanto a los síntomas psicológicos informados por el SA-45, las medias y desviaciones típicas en cada escala se presentan en la Tabla 4. Si bien no se cuenta con puntos de corte clínicos para la versión utilizada en la actualidad, las escalas con mayor elevación se corresponden con pensamientos intrusivos y dificultades de control, síntomas cognitivos y comportamentales como nerviosismo, miedos, inquietud y activación fisiológica asociada a correlatos somáticos de ansiedad como palpitaciones y opresión torácica; también desconfianza y temor a la pérdida de autonomía, disforia, falta de motivación y de interés, desesperanza y tristeza.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos por grupo de síntomas

<u>ESCALAS SA-45</u>	<u>MEDIA (DE)</u>
Depresión	0,72 (0,77)
Hostilidad	0,56 (0,63)
Sensibilidad Interpersonal	0,56 (0,57)
Somatización	0,72 (0,66)
Ansiedad	0,86 (0,74)
Psicoticismo	0,30 (0,46)
Obsesión-Compulsión	0,87 (0,80)
Ansiedad Fóbica	0,29 (0,42)
Ideación Paranoide	0,82 (0,65)

2) *Analizar las relaciones entre las dimensiones de calidad de vida percibida, bienestar psicológico y síntomas psicológicos en ambas muestras.*

Para responder a este objetivo se realizaron análisis de correlación (rho de Spearman) entre las dimensiones analizadas. En términos generales se observó un patrón consistente de asociaciones negativas entre las dimensiones de bienestar psicológico y síntomas, y positivas entre bienestar psicológico y calidad de vida en ambas muestras.

A continuación se presentan los resultados para cada una de las muestras.

Muestra clínica:

Las relaciones específicamente halladas en esta muestra establecen como constante la presencia de síntomas depresivos asociados a una menor calidad de vida global (CV). Al hacer un análisis pormenorizado por dominios

específicos de la CV, se observó que el malestar emocional basado en las somatizaciones y la ansiedad fóbica, particularmente en lo referido al miedo y la evitación a ciertos lugares o situaciones específicas se relaciona con un menor dominio físico autopercebido. Respecto al dominio psicológico, de relaciones sociales y de medio ambiente de la CV, la tendencia mantiene las relaciones negativas con los estados sintomáticos de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, sentimientos de inferioridad e inadecuación, somatizaciones, intrusiones e impulsos no deseados, nerviosismo, tensión, ataques de pánico, y miedos.

En cuanto a las relaciones CV-BP, en todos los casos se encontró independencia entre BP, el dominio físico de la CV y la salud general. No obstante todas las correlaciones fueron positivas para el dominio psicológico, y relaciones sociales con la medida de CV.

Puntuaciones más elevadas en dominio del entorno es decir, la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables dirigidos a satisfacer los deseos y necesidades propias, una mayor sensación de control sobre el contexto, la tendencia a desarrollar las propias potencialidades y capacidades, tener actitudes positivas hacia uno mismo, la posibilidad de establecer metas y definir objetivos que permitan dotar la vida de sentido, se asoció con un mayor apoyo social y relaciones personales confiables y estables con otros significativos y con sentimientos positivos, con mayor grado de autoestima y menor referencia a pensamientos y sentimientos negativos. La dimensión autonomía del BP también correlacionó de modo significativo con un mayor acceso a mejores condiciones de vida respecto a

las necesidades vitales, y la disponibilidad de recursos que garantizan el cuidado de la salud, el estatus financiero, la oportunidad de adquirir nuevas habilidades e información, y mayores oportunidades de recreación entre otros.

Por otra parte en cuanto al BP, se hallaron relaciones negativas significativas con prácticamente la totalidad de los estados sintomáticos evaluados. Es decir, en la muestra clínica los sujetos que informaron mayores niveles de BP manifestaron menos síntomas de malestar emocional en sus distintas variantes. Las asociaciones más fuertes se observaron con depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatizaciones, ansiedad y síntomas obsesivo-compulsivos. También y específicamente para algunas dimensiones del BP como dominio del entorno, autoaceptación, autonomía y propósito en la vida se constató presencia significativa de desconfianza y sentimientos de soledad (ver Tablas 5a-5c).

Tabla 5a. Relación entre dimensiones de CV y del BP en muestra clínica

		BIENESTAR PSICOLÓGICO					
		Dominio del Entorno	Crecimiento Personal	Auto-aceptación	Autonomía	Relaciones Positivas con los Otros	Propósito en la vida
CALIDAD DE VIDA	Salud Física	0,236	0,432	0,161	0,290	0,183	0,308
	Psicológica	0,535*	0,703**	0,539*	0,555*	0,423	0,584**
	Relaciones Sociales	0,784**	0,536*	0,611**	0,411	0,601**	0,606**
	Ambiente	0,400	0,257	0,349	0,555*	0,241	0,608**
	CV Global	0,250	0,154	0,241	0,077	-0,060	0,200
	Salud General	-0,029	0,085	0,143	-0,078	0,017	0,163

* p < 0,05; ** p < 0,01

Tabla 5b. Relación entre dimensiones del BP y síntomas psicológicos en muestra clínica

		BIENESTAR PSICOLÓGICO					
		Dominio del Entorno	Crecimiento Personal	Auto-aceptación	Autonomía	Relaciones Positivas con los Otros	Propósito en la vida
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	Depresión	-0,730**	-0,580**	-0,733**	-0,755**	-0,434	-0,599**
	Hostilidad	-0,732**	-0,644**	-0,731**	-0,723**	-0,421	-0,568**
	Sensibilidad Interpersonal	-0,858**	-0,455*	-0,618**	-0,784**	-0,592**	-0,603**
	Somatización	-0,579**	-0,484*	-0,543*	-0,455*	-0,362	-0,584**
	Ansiedad	-0,852**	-0,532*	-0,786**	-0,835**	-0,585**	-0,617**
	Psicoticismo	-0,575**	-0,449*	-0,482*	-0,696**	-0,336	-0,401
	Obsesión-Compulsión	-0,885**	-0,663**	-0,870**	-0,677**	-0,738**	-0,669**
	Ansiedad Fóbica	-0,621**	-0,351	-0,280	-0,544*	-0,283	-0,342
	Ideación Paranoide	-0,605(**)	-0,350	-0,490(*)	-0,603(**)	-0,277	-0,526(*)

* p < 0,05; ** p < 0,01



Tabla 5c. Relación entre dimensiones de CV y síntomas psicológicos en muestra clínica

		CALIDAD DE VIDA					
		Salud Física	Psicológica	Relaciones Sociales	Ambiente	CV Global	Salud General
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	Depresión	-0,498*	-0,680**	-0,537*	-0,748**	-0,500*	-0,267
	Hostilidad	-0,278	-0,476*	-0,395	-0,336	-0,155	0,088
	Sensibilidad Interpersonal	-0,280	-0,443	-0,635**	-0,591**	-0,221	0,090
	Somatización	-0,451*	-0,404	-0,661**	-0,549*	-0,244	-0,357
	Ansiedad	-0,375	-0,601**	-0,622**	-0,667**	-0,338	-0,065
	Psicoticismo	-0,334	-0,301	-0,429	-0,552*	-0,019	-0,007
	Obsesión-Compulsión	-0,361	-0,599**	-0,737**	-0,571**	-0,352	-0,232
	Ansiedad Fóbica	-0,458*	-0,373	-0,467*	-0,456*	-0,175	-0,029
	Ideación Paranoide	-0,227	-0,212	-0,374	-0,554*	-0,185	0,095

* p < 0,05; ** p < 0,01

Muestra no clínica:

Para las dimensiones de calidad de vida y bienestar psicológico se constató la presencia de relaciones negativas significativas principalmente con síntomas depresivos y ansiosos, básicamente miedos y temores asociados a la sensibilidad interpersonal, y con mayor presencia de desconfianza y soledad respecto a las relaciones sociales.

La CV global se asoció con puntuaciones más elevadas en las dimensiones *dominio del entorno*, autoaceptación, relaciones positivas con otros y propósito en la vida. Específicamente mejores niveles de salud general autopercibida se correspondieron con mayor control efectivo sobre la

propia vida y el entorno, con sentimientos positivos sobre uno mismo y mayor consciencia de las propias limitaciones. Otros hallazgos a destacar incluyen las asociaciones positivas entre todas las dimensiones del BP y los dominios físico, psicológico y de relaciones sociales de la CV. Otro dato de interés a destacar en los resultados obtenidos es que el crecimiento personal, la autonomía y la capacidad de establecer metas y darle un sentido a la vida mostraron independencia respecto a los aspectos económicos y de acceso material a mejores condiciones de vida asociadas a la CV. En las Tablas 6a-6c se exponen los resultados comentados.

Tabla 6a. Relación entre dimensiones de CV y del BP en muestra no clínica

		BIENESTAR PSICOLÓGICO					
		Dominio del Entorno	Crecimiento Personal	Auto-aceptación	Autonomía	Relaciones Positivas con los Otros	Propósito en la vida
CALIDAD DE VIDA	Salud Física	0,469**	0,515**	0,481**	0,322*	0,432**	0,316*
	Psicológica	0,560**	0,399**	0,631**	0,358**	0,435**	0,336**
	Relaciones Sociales	0,360**	0,367**	0,373**	0,147	0,582**	0,339**
	Ambiente	0,310*	0,189	0,343**	-0,023	0,300*	0,206
	CV Global	0,272*	0,236	0,409**	0,179	0,340**	0,309*
	Salud General	0,296(*)	0,195	0,283(*)	0,232	0,203	0,225

* p < 0,05; ** p < 0,01

Tabla 6b. Relación entre dimensiones del BP y síntomas psicológicos en muestra no clínica

		BIENESTAR PSICOLÓGICO					
		Dominio del Entorno	Crecimiento Personal	Auto-aceptación	Autonomía	Relaciones Positivas con Otros	Propósito en la vida
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	Depresión	-0,614**	-0,494**	-0,514**	-0,281*	-0,277*	-0,245
	Hostilidad	-0,607**	-0,130	-0,253	-0,076	-0,268*	-0,097
	Sensibilidad Interpersonal	-0,560**	-0,313*	-0,438**	-0,411**	-0,495**	-0,254*
	Somatización	-0,510**	-0,354**	-0,354**	-0,474**	-0,153	-0,252
	Ansiedad	-0,673**	-0,306*	-0,445**	-0,427**	-0,215	-0,298*
	Psicoticismo	-0,494**	-0,416**	-0,295*	-0,165	-0,203	-0,217
	Obsesión-Compulsión	-0,439**	-0,163	-0,386**	-0,441**	-0,197	-0,262*
	Ansiedad Fóbica	-0,194	-0,168	-0,037	0,043	-0,005	-0,006
	Ideación Paranoide	-0,504**	-0,150	-0,258*	-0,053	-0,331**	-0,085

* p < 0,05; ** p < 0,01

Tabla 6c. Relación entre dimensiones de CV y síntomas psicológicos en muestra no clínica

		CALIDAD DE VIDA					
		Salud Física	Psicológica	Relaciones Sociales	Ambiente	CV Global	Salud General
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	Depresión	-0,358**	-0,653**	-0,218	-0,301*	-0,314*	-0,175
	Hostilidad	-0,236	-0,308*	-0,154	-0,160	-0,192	-0,141
	Sensibilidad Interpersonal	-0,285*	-0,459**	-0,292*	-0,088	-0,330*	-0,202
	Somatización	-0,380**	-0,477**	-0,202	-0,087	-0,321*	-0,316*
	Ansiedad	-0,309*	-0,479**	-0,202	-0,123	-0,288*	-0,210
	Psicoticismo	-0,224	-0,200	-0,140	-0,008	-0,305*	0,041
	Obsesión-Compulsión	-0,222	-0,437**	-0,075	-0,104	-0,273*	-0,119
	Ansiedad Fóbica	-0,188	0,023	0,095	0,090	0,058	0,087
	Ideación Paranoide	-0,288*	-0,296*	-0,346**	-0,407**	-0,506**	-0,182

* p < 0,05; ** p < 0,01

3) Analizar la presencia de diferencias significativas en las puntuaciones entre ambas muestras (pacientes vs no pacientes).

Para cumplimentar este objetivo se realizaron análisis comparados de diferencia de medias (U de Mann-Witney) entre las muestras. Los resultados se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7. Diferencias muestra clínica - no clínica (rangos promedio)

	Muestra clínica	Muestra no clínica	U	
BIENESTAR PSICOLÓGICO	Dominio del Entorno	30,90	43,70	408,00*
	Crecimiento Personal	32,73	43,09	n.s.
	Autoaceptación	35,03	42,33	n.s.
	Autonomía	40,80	40,40	n.s.
	Relaciones + con Otros	34,33	42,56	n.s.
	Propósito en la vida	34,65	42,45	n.s.
CALIDAD DE VIDA	CV Global	25,65	45,45	303,00***
	Salud General	14,93	49,03	88,50***
	Dominio Salud Física	15,18	48,94	93,50***
	Dominio Salud Psicológica	26,73	45,09	324,50**
	Dominio Relaciones Sociales	23,15	46,28	253,00***
	Dominio Medio Ambiente	25,15	45,62	293,00***
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	Depresión	49,78	37,41	414,50*
	Hostilidad	46,90	38,37	n.s.
	Sensibilidad Interpersonal	50,25	37,25	405,00*
	Somatización	55,63	35,46	297,50***
	Ansiedad	53,13	36,29	347,50**
	Psicoticismo	49,05	37,65	429,00*
	Obsesion-Compulsion	46,33	38,56	n.s.
	Ansiedad Fóbica	51,05	36,98	389,00**
	Ideación Paranoide	44,85	39,05	n.s.

* p < 0,05; ** p < 0,01*; *** p < 0,001 – n.s. no significativo

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los dominios específicos evaluados de la CV, en la CV global y en la salud

general autopercibida entre las muestras bajo análisis. En todos los casos, los sujetos con diagnóstico de enfermedad crónica informaron un mayor deterioro de su CV global y relacionada a la salud, más sentimientos negativos, afectación de la autoestima y menos sentimientos positivos, más dificultades en la sexualidad, las relaciones personales y el apoyo social, y menos recursos materiales y financieros.

Como puede observarse en la Tabla 7, también la muestra clínica alcanzó puntuaciones significativamente más elevadas en síntomas informados, específicamente en depresión, estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, sentimientos de inferioridad e inadecuación, somatizaciones, signos generales de ansiedad como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos.

Cuando se analizaron las dimensiones del BP, sólo en dominio del entorno las puntuaciones comparadas entre las muestras se diferenciaron significativamente. Es decir, los sujetos no clínicos informaron una mayor habilidad personal para elegir o crear entornos favorables que permitan satisfacer los deseos y necesidades personales, mayor sensación de control y capacidad de influir sobre el contexto que les rodea.

Finalmente se realizó análisis de contenido de las respuestas dadas por los sujetos de la muestra no clínica a dos preguntas que se incluyeron en el protocolo administrado con el fin de indagar los significados atribuidos por

cada uno de ellos a la calidad de vida. En la Tabla 8 se presentan las categorías resultantes y sus frecuencias relativas.

Tabla 8. ¿Qué significa para usted tener calidad de vida? ⁽¹⁾

CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SALUD FÍSICA	34	26,56%
*Hábitos Saludables	6	4,69%
CONDICIONES ECONÓMICAS	34	26,56%
BIENESTAR PSICOLÓGICO	18	14,06%
*Tiempo Libre	10	7,81%
RELACIONES INTERPERSONALES	18	14,06%
NIVEL DE INDEPENDENCIA	4	3,13%
ESPIRITUALIDAD	4	3,13%

(1) categorías sobre total de respuestas dadas n=128

Algunos ejemplos de respuestas para las distintas categorías se exponen a continuación:

Salud física:

Significa cuidarse, estar bien, sin ninguna enfermedad. ¿Te doy un ejemplo? Cuidarse del SIDA.

Hábitos de salud:

Calidad de vida significa por empezar cuidarse en las comidas, llevar una vida más o menos ordenada, comer cosas que sean buenas para tu salud. ...No soy de salir de noche, no soy de tomar nada en especial. Trato de cuidarme, pero con cosas naturales.



Condiciones económicas y contextuales:

Poder vivir dignamente, que trabajes y puedas vivir de tu trabajo. A la calidad de vida le puedes agregar la seguridad, porque yo puedo tener mucha calidad de vida, estar bien, trabajar, y vivir dignamente y criar a mis hijos y no tener ninguna seguridad.

Que la gente tenga su trabajo, y que con ese trabajo pueda cumplir las necesidades básicas, tener una casa, tener un estudio, tener una buena atención médica.

Bienestar psicológico:

La calidad de vida te da alegría supongo. Vida sana y vivir feliz, vivir alegre, te tomas las cosas de otra manera.

Nivel de independencia:

Una buena calidad de vida tiene que ver con vivir de acuerdo a mis planes. La posibilidad de decidir que hago con mi vida cotidiana me parece muy saludable.

Sin embargo, prácticamente la totalidad de las respuestas incluyó la combinación de varios de los aspectos identificados en su definición. Por ejemplo:

La calidad de vida habla de un bienestar emocional, físico, en relación con lo que te rodea, no solamente yo conmigo misma sino también con lo que me rodea, y también económico, por qué no, porque es como que todo va en conjunto, obviamente si no tenés lo físico y lo emocional, lo económico

no te sirve de nada pero si tenés todo el resto y no tenés un peso también influye.

Para mí es poder dedicarte a lo que te gusta y en buenas condiciones de trabajo, me refiero a no muchas horas y un salario acorde con lo que uno hace, y en lo personal poder compartir la vida con la gente que uno elige y que quiere, y tener salud.

Es sentir bienestar en todos los aspectos, tanto en lo que hace a salud, como a la realización personal, a los afectos.

Tener capacidad de disfrute, estar sano, equilibrado, poder establecer buenos vínculos. También tiene que ver con alimentarse bien, tener hábitos saludables.

Tener una buena rutina diaria, una buena alimentación, y paz... paz en general, cómo te puedo explicar, paz espiritual, y tratar de buscar un equilibrio, cuerpo, espíritu, mente, tratar, uno trata en lo posible.

Como se puede observar los significados predominantemente relacionados a la definición de calidad de vida y a su valoración aludieron a aspectos combinados que incluyeron la salud física, las condiciones económicas y contextuales, y el bienestar psicológico, emocional e interpersonal, esta última categoría como algo no necesariamente

dependiente del estatus de salud física ni de los recursos materiales disponibles. Un dato de interés también lo aporta el referido a los significados de autonomía y espiritualidad vinculados a una calidad de vida valorada como satisfactoria.

El espectro de significados asociados a las representaciones sobre la calidad de vida pone en evidencia la diversidad de factores y la complejidad que adopta su naturaleza en la experiencia de las personas, algo que sin duda requiere tener en cuenta las diferentes dimensiones necesarias a considerar en su abordaje, y justifica haber incluido en este trabajo la evaluación del bienestar psicológico.

En el próximo capítulo se discutirán los resultados obtenidos en el marco de los hallazgos de investigación disponibles en el tema y los objetivos de este estudio empírico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En términos generales, los resultados derivados de este estudio empírico son convergentes con los hallazgos de otras investigaciones.

La muestra de población general bajo análisis se caracterizó por presentar valores entre moderados y satisfactorios de la calidad de vida percibida, el bienestar psicológico y el estatus de salud en función del criterio de los propios sujetos. Teniendo en cuenta que al momento de su participación en este estudio no presentaban diagnóstico clínico, estos datos –en principio– siguen la tendencia esperable. De todas maneras se observó la presencia de síntomas ansiosos y depresivos como pensamientos intrusivos y dificultades de control, nerviosismo, miedos, inquietud y activación fisiológica, desconfianza y temor a la pérdida de autonomía, disforia, falta de motivación y de interés, desesperanza y tristeza. Estos datos conducen a una presunción acerca del impacto de las condiciones de vida actuales y los factores psicosociales sobre la calidad de vida y el bienestar percibido que sin duda repercute en la salud-enfermedad de las personas.

Se observó un patrón consistente de relaciones positivas entre las dimensiones de bienestar psicológico y los dominios de la calidad de vida evaluados, y negativas con síntomas independientemente de la naturaleza de la muestra (clínica-no clínica).

No obstante se constató un predominio de síntomas ansiosos y depresivos asociados a una menor calidad de vida en los sujetos con asma bronquial. Estos datos van en la línea de la habitual presentación comórbida ansioso-depresiva, y de acuerdo a datos relevados también por otros

estudios aportan evidencia del impacto negativo sobre la calidad de vida de las personas con asma bronquial (Cooper et al., 2007; Hommel et al., 2002; Fasciglione & Castañeiras, 2007; Ryu et al., 2010; Tovt-Korshynskaa et al., 2001; Valença et al., 2006). En lo que respecta a la calidad de vida, tanto el dominio de la salud física (referido a la fatiga, la falta de energía, el dolor y las dificultades en el descanso) como el dominio psicológico (relaciones sociales, disponibilidad de recursos materiales y accesibilidad a los sistemas de salud que sustentan la calidad de vida), se han visto afectados por los síntomas de malestar emocional, predominantemente por estados sintomáticos de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, sentimientos de inferioridad e inadecuación, somatizaciones, intrusiones e impulsos no deseados, nerviosismo, tensión, ataques de pánico, y miedos.

Otro dato que avala la hipótesis de la multidimensionalidad y de la naturaleza compleja de la calidad de vida particularmente referida a la salud, es la independencia entre la medida de bienestar, el dominio físico de la calidad de vida y la salud general percibida por los sujetos, tal como lo informan estudios previos como el de Oramas Viera, Santana López & Vergara Barrenechea (2006) y Vázquez (2009) que exponen que el bienestar psicológico no se comporta como una variable dependiente del padecimiento de una enfermedad o discapacidad grave, aun con la reducción de elementos placenteros que esto conlleva. Estos autores plantean la desvinculación entre malestar fisiológico y alteraciones en las funciones orgánicas con la propia percepción de bienestar.

Sin embargo, nuestros resultados sólo apoyan parcialmente la segunda hipótesis de trabajo que postulaba que la muestra clínica informaría puntuaciones significativamente menores en la calidad de vida percibida y en el bienestar psicológico y mayor presencia de síntomas psicológicos que la muestra no clínica. Aunque se observaron diferencias significativas entre ambas muestras con respecto a una menor CV y mayor presencia de síntomas en la muestra clínica, esto no ocurrió en el caso del bienestar psicológico.

Por otra parte, en esta relativa independencia entre aquello que lleva a los sujetos a valorar su calidad de vida en términos de bienestar y su estado de salud general, características personales relacionadas con la capacidad para crear entornos favorables, una mayor sensación de control, tener actitudes positivas y de aceptación hacia uno mismo, y la posibilidad de dotar de sentido la experiencia, un funcionamiento autónomo se asociaron con una mejor calidad de vida relacionada a la salud y consecuentemente con menos síntomas psicológicos. Estos datos mantienen la tendencia de otros hallazgos y también informan sobre el efecto modulador de los factores psicosociales sobre la salud y la calidad de vida.

Efectivamente la condición clínica-no clínica de los sujetos resultó una variable sensible para las medidas de calidad de vida y salud general analizadas, y tal como se esperaba los pacientes informaron mayor deterioro de estos aspectos, y también más sentimientos negativos, afectación de la autoestima y de las relaciones sociales. Esto puede explicarse según

estudios como el de Urzúa (2008) y Fasciglione & Castañeiras (2007), por la presencia concreta de una enfermedad de carácter crónico y los necesarios ajustes y consecuencias de cara al funcionamiento cotidiano que esto conlleva.

Cuando la fuente de información fueron los significados atribuidos por los propios sujetos no clínicos a la calidad de vida, se observó que en su gran mayoría las respuestas incluyeron una concepción compuesta tanto por aspectos físico-orgánicos de la salud como por recursos económicos y condiciones de accesibilidad para cubrir las necesidades vitales, y el bienestar psicológico, emocional e interpersonal, como algo que no está ligado necesariamente al estatus de salud física ni a los recursos materiales disponibles, pero que impacta en la valoración positiva de la calidad de vida.

En conclusión, los datos obtenidos en este trabajo constituyen un aporte para la evaluación clínica y el diseño de intervenciones psicosociales complementarias a los abordajes médicos de personas con esta afección respiratoria. Efectivamente, los síntomas psicológicos tienen un impacto importante sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas en general. Particularmente en el caso de pacientes con una enfermedad crónica como el asma bronquial, estas variables psicosociales producen además una impronta sobre el dominio físico, algo que sin duda es importante no olvidar si de condiciones vitales de existencia se trata como objetivo de las prácticas e intervenciones en el campo de la salud-enfermedad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- American Psychiatric Association (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed. TR). Barcelona: Masson.
- Avendaño Monje, M. J. & Barra Almagiá, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172.
- Ballester, R. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud. Aspectos conceptuales*. Valencia: Promolibro.
- Beck, A. T., Emery, G., Rush, A. J. & Shaw, B. F. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Buenos Aires: Descleé de Brouwer.
- Becoña, E. & Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectiva. *Investigación en Detalle*, 4. Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. Bogotá. Disponible en: <http://www.alapsa.org/detalle/04/index.htm>
- Bishop, M. (2005). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: a conceptual and theoretical synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(4), 219-231.
- Buela Casal, G., Sierra, J. C. & Carrobbles, J. A. (1995). Psicología Clínica y de la Salud en España: su estado actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 27(1), 25-40.
- Carvalho, N. S., Robles Ribeiro, P., Ribeiro, M., Tenório Nunes, M. P., Cukier, A. & Stelmach, R. (2007). Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(1), 1-6.

- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Strouse, T. B., Miller, D. S., Brown, L. L., Cross, P. A. & Tenaglia, B. S. (1984). Psychosocial status in chronic illness; a comparative analysis of six diagnostic groups. *The New England Journal of Medicine*, 23, 506-511.
- Casullo, M.M. & Castro Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú*, 18(1), 35-68.
- Cía, A. H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Roche.
- Cooper, C.L., Parry, G.D., Saul, C., Morice, A.H., Hutchcroft, B.J., Moore, J. & Esmonde, L. (2007). Anxiety and panic fear in adults with asthma: prevalence in primary. *BMC Family Practice*, 8(62), 1-7. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/8/62>
- Davison, M.K., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E. & Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment* 4, 259-276.
- Díaz, D., Rodríguez Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema* 18(3), 572-577.
- Fasciglione, M.P. & Castañeiras, C.E. (2007). Asma bronquial hoy: una perspectiva psicosocial. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica*, 38 (1), 12-18.

- Fernandes, L., Fonseca, J., Martins, S., Delgado, L., Costa Pereira, A., Vaz, M. & Branco, G. (2010). Association of anxiety with asthma: subjective and objective outcome measures. *Psychosomatics* 51(1), 39-46.
Disponibile en: <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/reprint/51/1/39.pdf>
- Fernández Alvarez, H. (1994). Abordaje cognitivo de los trastornos psicossomáticos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3(1), 33-46.
- García-Viniegras, C. R. V & González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- García-Viniegras, C.R. & López González, V. (2003). Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2(7). Disponible en:
http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev7/carmen.html
- García-Viniegras, C.R. & Rodríguez López, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(4).
Disponibile en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_6num_4/rhcm02407.htm
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2006. Disponible en: <http://www.ginasthma.org>
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2010. Disponible en: <http://www.ginasthma.org>
- Gómez, M. (2006). Epidemiología del asma en Argentina. *Archivos de alergia e inmunología clínica*, 37(2), 63-70.

- Hommel, K.A., Chaney, J.M., Wagner, J.L. & McLaughlin M.S. (2002). Asthma-Specific Quality of Life in Older Adolescents and Young Adults with Long-Standing Asthma: The Role of Anxiety and Depression. *Journal of Clinical Psychology in Medical settings*, 9(3), 185-191.
- Llull, D.M. (1999). Algunas reflexiones sobre el concepto de Calidad de Vida. *Revista Quirón*, 30 (3), 40-44.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Elath and behavioral medicine: Frontiers for a new Elath psychology. *American Psychologist* 35(9), 807-817.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-4.
- Minayo, M.C.S., Hartz, Z.M.A & Buss, P.M. (2000) Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2010). *Estadísticas vitales. Información Básica-2009*. (Serie 5. Nro.53). Buenos Aires: Autor.
- Muñoz, C.L., Espinosa de Santillana, I., Cárdenas, M.L., Fócil, M. & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y Validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 42-50.
- Nascimento, I., Nardi, A.E.,Valença, A.M., Lopesa, F.L., Mezzasalmaa, M.A., Nascentesb, R. & Zin, W.A. (2002). Psychiatric disorders in asthmatic outpatients. *Psychiatry Research*, 110(1), 73-80.

- National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program (2007). *Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma*. Bethesda, United States: Autor. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/>
- Novoa Gómez, M., Caycedo, C., Aguillón, M. & Suárez Alvarez, R. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 177-192.
- Novoa Gómez, M. M., Vargas Gutiérrez, R. M., Obispo Castellanos, S. A., Pertuz Vergara, M. & Rivera Pradilla, Y. K. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 10(2), 315-329.
- Oramas Viera, A., Santana López, S. & Vergara Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista cubana de salud y trabajo*, 7(1-2), 34-39.
- Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L. J. & Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.
- Romero Carrasco, A. E., García-Más, A. & Brustad, R. J. (2009). Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 335-347.

- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryu, Y.J., Chun, E.M., Lee, J.H. & Chang, J.H. (2010). Prevalence of depresión and anxiety in outpatients with chronic airway lung disease. *The Korean Journal of Internal Medicine* 25(1), 51-57. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2829416/pdf/kjim-25-51.pdf>
- Sandín, B., Valiente, M.R., Chorot, P., Santed, M.A. & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema* 20(2), 290-296.
- Sanjuás Benito, C. (2005). Medición de la calidad de vida: ¿cuestionarios genéricos o específicos? *Archivos de Bronconeumología*, 41(3), 107-109.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21.
- Soares de Matos, A. P. & Cardoso Machado, A. C. (2007). Influência das Variáveis Biopsicossociais na Qualidade de Vida em Asmáticos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 139-148.
- Tovt-Korshynskaa, M., Dew, M., Chopeya, I., Spivakf, M.Y. & Lemkog, I.S. (2001). Gender differences in psychological distress in adults with asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 629-637.
- Urzúa, A. (2008). Calidad de vida y factores biopsicosociales en patologías médicas crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 207-214.

- Valença, A.M., Falcão, R., Freire, R.C., Nascimento, I. Nascentes, R., Zin, W.A. & Nardi, A.E. (2006). The relationship between the severity of asthma and comorbidity with anxiety and depressive disorders *Revista Brasileira de psiquiatria*, 28(3), 206-208. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n3/2274.pdf>
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (Coords.), *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, M.I. & Buceta J.M. (1996). *Tratamiento Psicológico del Asma Bronquial*. Madrid: Pirámide.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Vásquez, A., Contreras, F., Tobón, S. & Sandín, B. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia Psicológica*, 23(2), 65-74.
- Vinaccia, S. & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología* 1(2), 125-137.
- WHOQOL Group (1998). *WHOQOL. Los instrumentos de calidad de vida de la organización mundial de la salud. Manual del usuario*. Buenos Aires: Cata.
- World Health Organization. Programme on Mental Health (1997). *WHOQOL. Measuring Quality of Life*. Geneva: Autor.

World Health Organization (2004). *Practical Approach to Lung Health. Respiratory Care in Primary Care Services- a survey in 9 countries.*
Geneva: Autor.

ANEXO

ANEXO 1



Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

INFORMACION SOBRE EL ESTUDIO

Calidad de vida percibida, bienestar psicológico y síntomas psicológicos: Un estudio comparativo entre pacientes con asma y población no clínica

Desde la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata estamos interesados en estudiar aspectos relacionados con el proceso de salud-enfermedad. El objetivo de este estudio es evaluar factores psicosociales como la calidad de vida percibida, el bienestar psicológico y la presencia de síntomas en personas de 21 a 70 años de ambos sexos con y sin diagnóstico de asma bronquial.

Por este motivo, es muy valioso contar con su colaboración en este estudio ya que conocer las diferencias de estas características entre personas con un diagnóstico de enfermedad crónica como el asma y aquellas que no padecen esta afección permitirá avanzar en el conocimiento del impacto que los factores psicosociales tienen sobre la experiencia y evolución de la enfermedad.

Su participación consistirá en tener con nosotros una breve entrevista que será grabada con el fin de contar con un adecuado análisis de la información que nos brinde, la cual se destruirá una vez finalizado el estudio. La misma incluirá un registro de datos sobre aspectos sociodemográficos básicos y su estado de salud psicofísica general. Complementariamente se le solicitará que responda por escrito a tres cuestionarios sobre los temas mencionados seleccionando en cada caso la opción que mejor describe su propia experiencia. El encuentro tendrá una duración aproximada de 45 minutos.



Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

Cuestionarios:

- **SA-45 (Cuestionario de Evaluación de Síntomas):** Es un inventario de 45 ítems que evalúa síntomas psicológicos.
- **EBP (Escala de Bienestar Psicológico):** Es un inventario de 55 ítems que evalúa el bienestar psicológico.
- **WHOQOL- BREF (Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud- Versión breve):** Es un cuestionario de 26 preguntas sobre la percepción que cada persona tiene sobre diferentes aspectos de su vida que hacen a su calidad de vida global.

En cumplimiento de la Ley Nacional de Protección de Datos Personales (Ley 25.326), se garantiza que la información y los datos que se deriven de esta evaluación se manejarán de manera absolutamente confidencial. Es decir, si bien los resultados de este estudio podrán ser presentados en reuniones y/o publicaciones científicas, su identidad nunca será revelada en dichas presentaciones.

Por otra parte, las personas que accedan a participar en el estudio no tendrán que pagar ni recibirán ninguna retribución económica por ello. La decisión de participar en este estudio es libre y voluntaria.

Es importante que si tiene alguna pregunta relacionada con su participación no dude en consultarlo con las personas a cargo del estudio.

Si usted decide participar se le solicitará que firme el Consentimiento luego de haber leído y consultado sobre la información que se le ha brindado. Un ejemplar quedará en su poder y otro será archivado por los profesionales a cargo de la investigación.



Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido debidamente informado sobre la investigación "*Calidad de vida percibida, bienestar psicológico y síntomas psicológicos: Un estudio comparativo entre pacientes con asma y población no clínica*" que se está realizando desde la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, con el objetivo de lograr un mayor conocimiento sobre factores psicosociales en personas con y sin diagnóstico de enfermedades físicas crónicas.

También he tomado conocimiento sobre las características de mi participación en el estudio por el cual no tendré que pagar ni recibiré ninguna retribución económica.

Soy consciente de que si bien la información que brinde será utilizada para su divulgación científica, mi identidad nunca será revelada y en todos los casos se mantendrá la confidencialidad.

Por lo tanto, expreso mi voluntad de participar libremente en este estudio y firmo este consentimiento disponiendo de una copia del mismo a los.... días del mes de.....de 2011 en la ciudad de Mar del Plata.

.....
Firma del participante
Aclaración:

.....
Firma del responsable
Aclaración:

Teléfono de contacto:

CODIGO DEL PARTICIPANTE:

ANEXO 2

Evaluador:

Registro de datos

A) Datos Sociodemográficos:

NOMBRE: _____ Código: _____

SEXO: F M

TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: _____

MAIL: _____

EDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: Soltero Casado/vive en pareja Separado/Divorciado Viudo

HIJOS: SI NO ¿Cuántos? _____ Edades: _____

¿Con quién/es vive? _____

NIVEL DE ESTUDIOS: Primario Secundario Terciario Universitario

Completo Incompleto

¿Está trabajando actualmente? SI NO

Si su respuesta es SI: ¿De qué trabaja? _____

B) Datos Médico-clínicos:

1) ¿Tiene actualmente síntomas físicos que le generen algún tipo de malestar o molestia?

SI NO

Si su respuesta es SI: ¿Cuál/es? _____

2) ¿Tiene algún problema de salud actualmente? SI NO

Si su respuesta es SI: ¿Cuál? _____

¿Desde cuándo? _____

3) ¿Está recibiendo tratamiento por este problema? SI NO

Fármacos Otros ¿Cuál? _____

4) ¿Ha tenido alguna enfermedad durante el último año? SI NO

Si su respuesta es SI: ¿Cuál? _____

5) ¿Ha sufrido algún accidente o intervención quirúrgica durante el último año? SI NO

Si su respuesta es SI: ¿Cuál? _____

Antes de formular la pregunta 6) considerar lo contestado por el paciente en 3)

6) ¿Está tomando algún medicamento? SI NO

Si su respuesta es SI, indique:

¿Qué está tomando? _____

¿Para qué? _____

¿Se lo indicó el médico? SI NO

Para completar por el investigador

Enfermedad crónica

Otras condiciones que requieren atención clínica

Enfermedad aguda

C) Otros datos clínicos de interés:

7) ¿Ha estado bajo tratamiento psicológico durante el último año? SI NO

Si su respuesta es SI, indique el motivo de consulta:

8) ¿Ha estado bajo tratamiento psiquiátrico durante el último año? SI NO

Si su respuesta es SI, indique el motivo de consulta:

9) ¿Qué significa para usted tener calidad de vida?

10) ¿Cómo valora usted su calidad de vida actualmente?

Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala

¿Por qué?

OBSERVACIONES:

ANEXO 3

WHOQOL-BREF

Antes de comenzar, nos gustaría hacerle algunas pocas preguntas generales acerca de usted mismo: por favor, haga un círculo en la respuesta apropiada o llene el espacio vacío cuando corresponda.

- ¿Cuál es su sexo? Masculino Femenino
- ¿Cuál es su fecha de nacimiento? / /
- ¿Cuál es el nivel más alto de educación que recibió?
Ninguno – Primario – Secundario – Terciario - Universitario
- ¿Cuál es su ocupación? _____
- ¿Cuál es su estado civil? Soltero – Casado – Separado – Divorciado - Viudo - Convivencia
- ¿Está Ud. actualmente enfermo? SI NO
- Si usted no está bien de salud, ¿qué piensa que es?

INSTRUCCIONES

A continuación le presentamos una serie de preguntas sobre cómo se ha sentido durante las **últimas 2 semanas** con respecto a su calidad de vida y a su salud.

Por favor, lea cada pregunta y haga un círculo en el número de la escala que mejor indique lo que a usted le pasa.

Por favor, conteste todas las preguntas

1. (G1) ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

Muy mal	Mal	Lo normal	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. (G4) ¿Cuán satisfecho estuvo con su salud?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto Ud. ha experimentado ciertas cosas en las dos últimas semanas.

3. (F1.4) ¿En qué medida sintió que el dolor físico le impidió hacer lo que necesitaba?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

4. (F11.3) ¿Cuánto necesitó de algún tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

5. (F4.1) ¿Cuánto disfrutó de la vida?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

6. (F24.2) ¿En qué medida sintió que su vida tuvo sentido?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

7. (F5.3) ¿Cuál fue su capacidad de concentración?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

8. (F16.1) ¿Cuán seguro se sintió en su vida diaria?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

9. (F22.1) ¿Cuán saludable fue su medio ambiente físico?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al nivel en que Ud. experimentó o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. (F2.1) ¿En qué medida tuvo suficiente energía para la vida diaria?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

11. (F7.1) ¿En qué medida fue capaz de aceptar su apariencia personal?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

12. (F18.1) ¿En qué medida tuvo suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

13. (F20.1) ¿En qué medida dispuso de la información que necesitó para la vida diaria?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5



14. (F21.1) ¿En qué medida tuvo oportunidad de realizar actividades recreativas?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

15. (F9.1) ¿En qué medida fue capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cuán satisfecho o contento se ha sentido acerca de varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. (F3.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con su sueño?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. (F10.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. (F12.4) ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad de trabajo?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. (F6.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con sí mismo?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. (F13.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con sus relaciones interpersonales?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. (F15.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con su vida sexual?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. (F14.4) ¿Cuán satisfecho estuvo con el apoyo de sus amigos?

Insatisfecho	Poco	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
--------------	------	-----------	------------	----------------

	satisfecho			
1	2	3	4	5

23. (F17.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con las características del lugar donde vive?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. (F19.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con los servicios de salud?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. (F23.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con el transporte?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a con qué frecuencia ha sentido o experimentado ciertas cosas en las últimas dos semanas.

26. (F8.1) ¿Con qué frecuencia tuvo sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?

Nunca	A veces	Normalmente	Con bastante frecuencia	Siempre
1	2	3	4	5

ANEXO 4

SA-45 (Forma abreviada SCL-90)

Nro. de HC:

Fecha:

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión.

Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda.

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

	0 Nada en absoluto	1 Un poco presente	2 Modera- damente	3 Bastante	4 Mucho o extremada- mente
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en colectivo, subte o tren	0 Nada en absoluto	1 Un poco presente	2 Modera- damente	3 Bastante	4 Mucho o extremada- mente
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4



A continuación se presentan una serie de afirmaciones. Marque la respuesta que mejor **describe su experiencia personal para cada una de ellas.**

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La mayoría de la gente me ve como una persona cariñosa y afectiva						
2. En general, siento que controlo la situación en la que vivo						
3. No estoy interesado/a en actividades que ampliarían mis horizontes						
4. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento/a con cómo han resultado las cosas						
5. Mantener relaciones cercanas ha sido difícil y frustrante para mí						
6. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
7. Las demandas diarias de la vida a menudo me deprimen						
8. Vivo la vida día a día y realmente no pienso en el futuro						
9. En general, me siento seguro/a y positivo/a conmigo mismo/a						
10. A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones						
11. Habitualmente mis decisiones no están influidas por lo que los otros hacen						
12. No encajo muy bien con la gente y la comunidad que me rodea						
13. Siento que muchas personas que conozco han obtenido más que yo de la vida						
14. Disfruto de las conversaciones personales con miembros de mi familia o amigos						
15. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí						
16. Soy bastante bueno/a manejando muchas responsabilidades de mi vida diaria						
17. Tengo claro el sentido y el propósito de mi vida						
18. A menudo me siento abrumado/a por mis responsabilidades						
19. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo						
20. A menudo mis actividades diarias me parecen superficiales y sin importancia						



Recuerde que debe marcar la respuesta que mejor describe su experiencia personal para cada una de las afirmaciones

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
21. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
22. Tiendo a ser influenciado/a por gente con convicciones fuertes						
23. Cuando pienso en mí, creo que realmente no he mejorado mucho como persona a lo largo de los años						
24. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida						
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida						
26. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajando para hacerlos realidad						
27. La gente me describe como una persona generosa, capaz de compartir mi tiempo con otros						
28. Tengo confianza en mis opiniones, incluso si son contrarias a lo que piensan los demás						
29. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
30. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
31. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos						
32. No disfruto las situaciones nuevas que requieren que cambie mi manera habitual de hacer las cosas						
33. Algunas personas van por la vida sin rumbo, pero no es mi caso						
34. Probablemente mi actitud sobre mí mismo/a no es tan positiva como la que la mayoría de la gente tiene sobre sí misma						
35. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento						
36. A veces me siento como si ya hubiera hecho todo lo que hay para hacer en la vida						
37. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí						
38. Me es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me haga sentir bien						
39. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida						



Recuerde que debe marcar la respuesta que mejor describe su experiencia personal para cada una de las afirmaciones

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
40. Cuando me comparo con amigos y conocidos, me siento bien de ser quien soy						
41. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes						
42. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
43. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo						
44. En su mayor parte, me siento orgulloso/a de quien soy y de la vida que llevo						
45. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo						
46. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos necesarios para cambiarla						
47. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está						
48. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						
49. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida						
50. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo/a que cambiaría						
51. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
52. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo/a						
53. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
54. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar						
55. Soy una persona activa al realizar los proyectos que me propongo para mí mismo/a						