

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

QUALITY OF LIFE EVALUATION IN PATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Margarita Bernales*

Psicóloga, Mg en Psicología de la Salud, Instructora Asociada, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

Paula Repetto

Psicóloga, Mg en Psicología, Profesora Auxiliar, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile

Orlando Díaz

Médico, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermedades Respiratorias, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Carmen Lisboa

Médico, Profesora Titular, Departamento de Enfermedades Respiratorias, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Báltica Cabieses

Enfermera-matrona

Artículo recibido el 30 de agosto, 2007. Aceptado en versión corregida el 26 de octubre, 2007

RESUMEN

*La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC] es de alta prevalencia en adultos chilenos. Al tratarse de una patología crónica, el tratamiento apunta a manejar y disminuir molestias originadas por los síntomas y mejorar la Calidad de Vida [CV]. Existe escaso consenso en cuanto a los determinantes de la CV. Objetivo: Examinar y comparar dos instrumentos que evalúan CV en pacientes con EPOC. Metodología: Ciento treinta y dos pacientes con EPOC fueron evaluados en base a dos escalas específicas de CV: Cuestionario Respiratorio St. George's [SGRQ] y Cuestionario de la Enfermedad Respiratoria Crónica [CRQ]. Se registraron indicadores fisiológicos, que se analizaron de acuerdo a los resultados obtenidos en dichas escalas, mediante estadísticos descriptivos, factoriales y correlaciones. Resultados: Las escalas más utilizadas para evaluar CV, SGRQ y CRQ, apuntan a tópicos diferentes ($r = 0.089$), lo que da cuenta que en una misma patología, la CV es evaluada de diferentes formas. Conclusiones: Las escalas más utilizadas para evaluar CV en EPOC tendrían definiciones conceptuales distintas a la base. La elección de cuál escala utilizar con estos pacientes debiera considerar estas diferencias. **Palabras clave:** EPOC, Evaluación de Calidad de Vida, SGRQ, CRQ.*

ABSTRACT

*Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD] has a high prevalence among Chilean adults. Because it is a chronic pathology, the treatment is aimed at the reduction and management of problems originating from the symptoms caused by the condition, and increasing the Quality of Life [QoL]. There is little consensus regarding the determinants of QoL. Objective: Examine and compare two measures of QoL used among patients with COPD. Methodology: One hundred and thirty two patients with COPD were evaluated using two QoL specific scales: St. George's Respiratory Questionnaire [SGRQ], and Chronic Respiratory Questionnaire [CRQ]. Physiologic indicators were reported and analyzed according to the results obtained from these scales. Data analysis was performed using descriptive statistics, factorials, and correlations. Results: The scales most frequently used to evaluate QoL, SGRQ y CRQ, are aimed at different topics ($r = 0.089$), which bring to light that with the same pathology, quality of life is evaluated in different ways. Conclusions: The scales used most to evaluate QoL in COPD have different conceptual definitions. The choice of which scale to use with these patients should take this into account. **Key words:** COPD, Quality of Life Evaluation, SGR, CRQ.*

* Correspondencia e-mail: mmbernal@uc.cl

Proyecto Fondecyt 1030652. Depto. Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Proyecto de Tesis para optar al grado de Mg en Psicología, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC] es una patología que afecta en forma permanente e irreversible el flujo aéreo, lo que acarrea síntomas y molestias en los pacientes. La EPOC presenta una elevada prevalencia en Chile y Latinoamérica, de acuerdo al Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar [PLATINO], la prevalencia en Santiago de Chile es de 16,9%, siendo solo inferior a la de Montevideo (19,7%) (Menezes et al., 2005).

Los resultados de una revisión sistemática y metaanálisis reciente que incluyó 28 países, principalmente de Europa y Norteamérica estimaron una prevalencia aproximada de 9-10% (Halbert et al., 2006). Adicionalmente, la mortalidad asociada a EPOC ha aumentado sostenidamente a nivel mundial, de manera que siendo la sexta causa de muerte en 1990, las estimaciones indican que alcanzará el tercer lugar para 2020 (Rabe et al., 2007).

Todos estos antecedentes motivaron a la Organización Mundial de la Salud, junto al National Heart, Lung and Blood Institute a auspiciar el surgimiento de la Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [GOLD], logrando establecer parámetros con respecto a diagnóstico, tratamiento y prevención de la EPOC a nivel mundial (Rabe et al., 2007).

GOLD plantea la necesidad de considerar en el diagnóstico de EPOC diversos aspectos, como la exposición a factores de riesgo, antecedentes familiares de EPOC u otra enfermedad respiratoria, grado de soporte familiar y social del paciente, e impacto en su estilo de vida, tanto en lo económico como en lo psicológico. En la misma línea, en Chile los Objetivos Sanitarios propuestos para el año 2010 (Ministerio de Salud [MINSAL], 2002) establecen, que las medidas en relación a la EPOC deben estar orientadas a: Reducir la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias, incrementar la cobertura de atención y mejorar la cobertura de cuidados paliativos a enfermos con EPOC.

Calidad de Vida

Con el importante aumento tanto en esperanza de vida como en incidencia de enfermedades crónicas, las ciencias de la salud suman a su quehacer el lograr que las personas puedan optimizar sus condiciones de vida tanto en términos físicos como psicosociales, en el marco conceptual de salud propuesto por OMS, definida como "total bienestar físico, psicológico y social" (Bowling, 1994).

En esta perspectiva, la Calidad de Vida [CV] de estos pacientes, aparece como una preocupación central para investigadores y clínicos. La CV está representada por la percepción de bienestar/satisfacción de la persona, que le permite una capacidad de actuación o funcionamiento en un momento dado de la vida (Schwartzmann, 2003).

Robles (s.f. citado en Oblitas, 2004)) pone énfasis en que el concepto de CV debe ser abordado desde las percepciones de los sujetos con respecto a la evaluación personal de su estado físico y psicosocial, enfatizando que el aspecto subjetivo en la concepción de CV sería una "medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico" (Levi & Aderson, s.f. citado en Oblitas, 2004).

De esta forma, la CV no estaría necesariamente relacionada con las condiciones físicas reales y objetivas en las que se encuentran los pacientes, sino por la evaluación que realizan estos en torno a su estado. Así, la evaluación de componentes de bienestar objetivo, es complementada con la percepción y estimación de ese bienestar por parte del paciente (Robles, s.f. citado en Oblitas, 2004).

El hecho que la CV esté compuesta por percepciones subjetivas de los pacientes, da cuenta que los juicios emitidos por los prestadores de salud en torno a la CV de los usuarios no son suficientes, lo que conlleva la necesidad de diseñar instrumentos y estrategias de evaluación, por medio de los cuales los pacientes puedan dar a conocer sus percepciones.

Surge entonces la inquietud de definir cuáles serán los componentes que abarcará el concepto de CV, que estarán en la línea de "la capacidad o la habilidad funcional, incluyendo el desarrollo de las funciones o papeles habituales, el grado y la calidad de las interacciones sociales y comunitarias, el bienestar psicológico, las sensaciones somáticas y la satisfacción con la vida" (Bowling, 1994).

Cabe destacar que la delimitación del concepto CV y la forma de evaluación, son aspectos que hasta el día de hoy se discuten, resultando necesario llegar a acuerdos que permitan la determinación de las áreas que debieran ser consideradas y evaluadas para ser incluidas en intervenciones que permitan mejorar la CV de los pacientes.

EPOC y Calidad de Vida

La cobertura de EPOC requiere considerar su carácter crónico y la consecuente imposibilidad de recuperación, lo que hace necesario disminuir el impacto que aquella tiene sobre la CV de los pacientes, aliviando la sintomatología, mejorando la función física y emocional de los mismos y favoreciendo su integración social (De Lucas, Buendía & Rodríguez, 2002).

En la EPOC, el concepto de CV se centra en delimitar de qué manera esta enfermedad afecta las actividades cotidianas de los pacientes y las repercusiones que tiene en el estado emocional de los mismos. Este concepto resulta importante en el estudio de sujetos que padecen EPOC, ya que si bien en un comienzo el compromiso de la CV se encuentra en directa relación con el debilitamiento de la función pulmonar, diversos investigadores han demostrado que ambas variables se comportan de forma independiente (De la Iglesia et al., 2001; Lisboa et al., 2001).

La CV tiene además un impacto importante en el tratamiento de la enfermedad, ya que se ha observado que al disminuir la CV se afectaría la adherencia al tratamiento médico (Cicutto, Brooks & Hender-

son, 2002). Este aspecto es relevante dada la necesidad que los pacientes sigan las prescripciones en cuanto a tratamiento farmacológico, pero además resulta indispensable que supriman o disminuyan al máximo el consumo de tabaco.

Según Oyarzún (2002), entre 1982 y 2001 se habría realizado en Chile solo una investigación que relacionara CV y EPOC, a cargo de Lisboa y equipo, quienes habrían intentado medir la CV en los pacientes con EPOC avanzada y evaluar el impacto del entrenamiento físico sobre su CV (Lisboa et al., 2001). Estos autores concluyen que existiría una escasa relación entre la capacidad de ejercicio y la CV de los pacientes, lo que los hace suponer que existirían factores aún no identificados influyendo en esta última. Identificar estos factores es fundamental para entender cómo esta patología afecta a los sujetos, y permitiría proponer intervenciones que les ayuden a adaptarse mejor a su enfermedad.

Es por esta razón que resulta relevante examinar las escalas de medición que hasta el momento han sido las más utilizadas para evaluar la CV de los pacientes con EPOC, con el propósito de evaluar la relación entre estas dos escalas y determinar cuáles subescalas, o factores que representan, se asocian de manera significativa al estado de salud de los pacientes. El objetivo de esta investigación es examinar y comparar dos instrumentos que evalúan CV en pacientes con EPOC.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Estudio de corte transversal, de tipo correlacional en 132 pacientes con diagnóstico de EPOC, de nivel socioeconómico medio bajo, atendidos en el Departamento de Enfermedades Respiratorias de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Instrumentos

Las escalas utilizadas fueron, Cuestionario Respiratorio St. George's [SGRQ],

desarrollado para cuantificar el impacto de la enfermedad en el estado de salud y el bienestar percibido por los pacientes. Posee 50 ítemes, que se dividen en tres subescalas: "Síntomas" referido a la percepción de los síntomas respiratorios, "Actividad" que mide la limitación de esta debido a la disnea e "Impacto" que evalúa las alteraciones causadas por la enfermedad tanto en el ámbito psicológico como en el funcionamiento social. El rango de puntajes que arroja esta escala va entre 0 (sin alteración de la CV) y 100 (máxima alteración de la CV), tanto para la escala total como para cada subescala (Casan & Güell, 1996). Este cuestionario fue desarrollado originalmente en inglés, y ha sido utilizado en estudios previos, demostrando una consistencia interna que fluctúa entre 0,76 y 0,77 (Rutten-Van, Roos & Van Noord, 1999). La validación en población adulta de habla hispana se realizó en España, presentando un alfa de Cronbach de 0,864 en la puntuación total del cuestionario (Padilla et al., 2007).

El segundo instrumento es el Cuestionario de la Enfermedad Respiratoria Crónica [CRQ], desarrollado para medir el impacto de los problemas de salud de los pacientes con EPOC. Posee 20 ítemes y está dividido en: Disnea, Fatigabilidad, Función Emocional y Dominio o Control de la Enfermedad. La encuesta incluye además una lista de 27 actividades que podrían generar disnea. La puntuación es sumatoria, los ítemes tienen una escala de respuesta de tipo Likert con 7 posibilidades, en que 1 refleja una peor función en el área y 7 que el área no se encuentra afectada, por lo tanto, una alta puntuación en cada subescala refleja una mejor función (Casan & Güell, 1996). Este cuestionario fue desarrollado originalmente en inglés y sus propiedades han sido demostradas en estudios previos, presentando una consistencia interna que fluctúa 0,84 y 0,87 (Rutten-Van et al., 1999), además fue validado en Chile (Seron, Riedemann, Sanhueza, Doussoulin & Villarroel, 2003), mostrando una consistencia interna alta, con Coefi-

cientes de Cronbach desde 0,60 para la dimensión de disnea hasta 0,89 para la dimensión de función emocional.

La función pulmonar se evaluó a través de espirometría, considerando los valores de Volumen Espiratorio Forzado del primer segundo [VEF1] como índice de obstrucción bronquial. Asimismo, se obtuvo la Capacidad Inspiratoria [CI] cuyos valores se expresaron en cifras absolutas y como porcentaje del valor teórico. Este último se calculó en forma indirecta empleando las cifras de referencia de capacidad pulmonar total y de capacidad residual funcional según lo propuesto por European Coal and Steel Community, debido a que no existen en la literatura disponible valores de referencia para CI (Reid, Díaz, Jorquera & Lisboa, 2001). El estado nutricional se evaluó a través del Índice de Masa Corporal [IMC= peso/talla²]. La disnea se midió empleando el puntaje de la escala modificada del Medical Research Council [MRC] de Inglaterra (Rabe et al., 2007). La capacidad de ejercicio se evaluó con la prueba de caminata en 6 minutos, midiendo la Distancia Recorrida en 6 minutos [DR6]. Con el IMC, VEF1, MRC y DR6 fue posible calcular el índice multidimensional de gravedad de la EPOC denominado Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index [BODE] (Celli et al., 2004). Se ha descrito que este índice es capaz de predecir riesgo de muerte y modificarse con las intervenciones terapéuticas (Celli et al.; Imfeld, Bloch, Weder & Russi, 2006).

Procedimiento

Las escalas fueron aplicadas de manera individual a los participantes, entre mayo de 2001 y abril de 2005. La aplicación de las escalas se realizó por estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, evaluadores que fueron entrenados con ese objetivo.

Análisis

El análisis de datos se realizó a través del software estadístico Statistical

Package for the Social Sciences [SPSS] 11.5 involucrando diversas etapas. En un primer momento se trabajó con estadísticas descriptivas para observar la distribución de los puntajes, la relación entre variables, examinar multicolinealidad entre las escalas y detectar errores de codificación. Luego se llevó a cabo análisis de confiabilidad de las escalas, utilizando el estadístico alfa de Cronbach, lo cual permitió determinar si los puntajes se agrupaban de la manera descrita por los autores originales. Finalmente, se realizó un análisis de correlación, entre la subescalas del cuestionario CRQ y SGRQ, y las escalas fisiológicas BODE y CI.

Consideraciones Éticas

El proyecto de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. De acuerdo a ello, cada participante firmó un consentimiento informado, en donde se les informó sobre los objetivos del estudio, que no tendrían consecuencias negativas por participar y/o querer abandonar el estudio y que la información sería anónima y confidencial. A todos los participantes se les asignó un código con el objeto de asegurar privacidad y confidencialidad.

RESULTADOS

Los pacientes estudiados presentaron edades entre 47 y 87 años, 39 de ellos mujeres (29,5%). La edad fue similar en ambos sexos ($67,9 \pm 6,6$ versus $67 \pm 8,2$ años, para mujeres y hombres respectivamente).

Calidad de vida percibida por los pacientes

La Tabla 1 describe los valores promedio y los puntajes de cada una de las subescalas de SGRQ y CRQ. Para SGRQ el mayor puntaje correspondió al área Actividad, mientras que para CRQ, el área más afectada fue Disnea.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos

SGRQ	Media	Desv. típ.
Síntomas (0-100)	47,6	21
Actividad (0-100)	67,8	22
Impacto (0-100)	52,5	25
Puntaje total (0-100)	56,2	21
CRQ		
Disnea (1-27)	16,2	4,9
Función emocional (7-49)	30,7	9,6
Fatigabilidad (4-28)	17,7	4,7
Control de la enfermedad (4-28)	19,4	5,6
Puntaje total (24-132)	84,3	20,6

Confiabilidad de las Escalas

El control de calidad de los datos para CRQ y SGRQ se realizó a través de Análisis de Fiabilidad (Figura 1). Los puntajes totales de ambas escalas están sobre 0,7. Lo mismo ocurre con las subescalas, excepto con la subescala Síntomas de SGRQ, que posee una consistencia interna menor.

Correlaciones

Las subescalas de SGRQ presentan una alta correlación entre ellas y con el puntaje total del cuestionario, hallazgos similares a los observados para CRQ. En el caso del SGRQ no se observa correlación significativa con las variables fisiológicas BODE y CI. En cambio, las dimensiones Disnea, Fatiga y Control de la enfermedad del CRQ se correlacionaron negativamente con la variable fisiológica BODE. La dimensión Emocional presentó una correlación menor con la CI ($r = 0,21$).

Finalmente, tampoco se observa correlación entre puntajes totales ni entre las subescalas de SGRQ y CRQ (Tabla 2).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre dos escalas de evaluación de CV en EPOC y determinar en qué medida cada subescala, o factor que representan, se asocian al estado de salud de los pacientes.

Figura 1
Análisis de Fiabilidad de SGRQ y CRQ.

En el gráfico de barras del panel superior se describe la fiabilidad de las tres dimensiones y del puntaje total de SGRQ. La misma descripción se proporciona en el panel inferior para las cuatro dimensiones y el puntaje global de CRQ. La línea punteada horizontal representa un valor de fiabilidad aceptable ($\geq 0,7$).

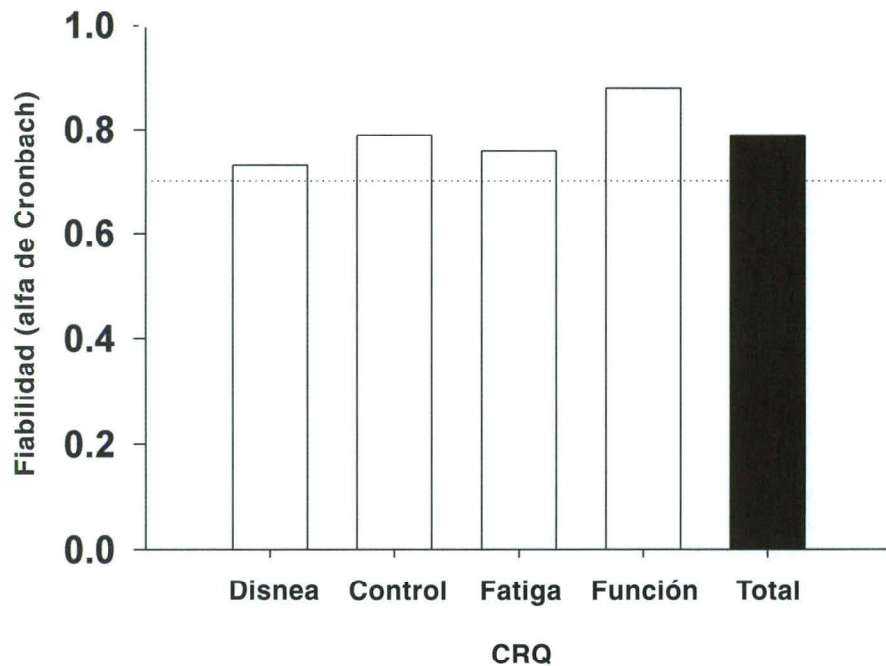
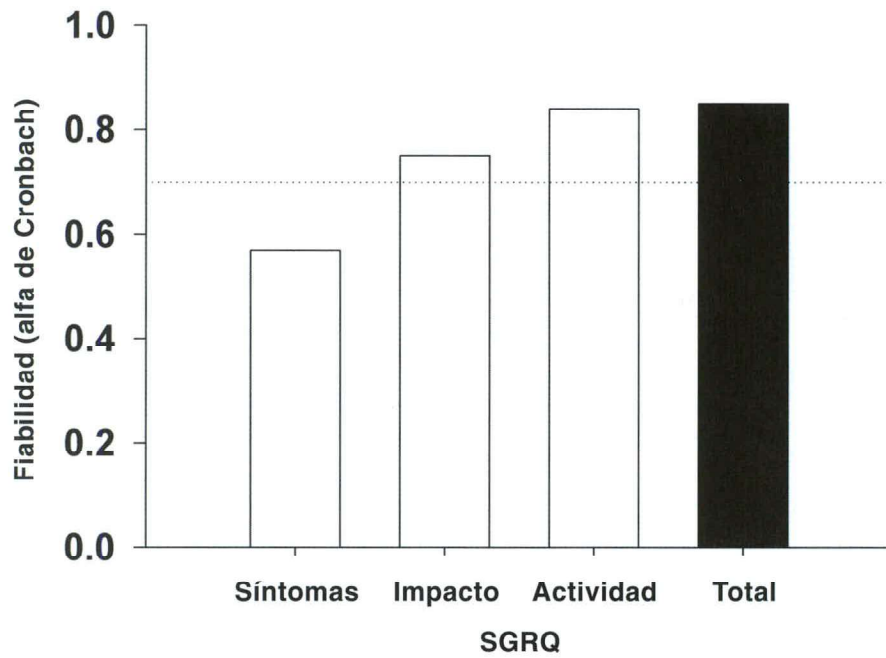


Tabla 2: Correlaciones

		STGEORGE	SYMPTOMS	ACTIVITY	IMPACT	puntaje total CRQ	Dim disnea crq	Dim función emocional	Dim fatiga	dim control enfermedad	ptje BODE post b	CI teórico	porcentaje CI
STGEORGE	Correlación de Pearson	1											
	Sig. (bilateral)	.											
	N	116											
SYMPTOMS	Correlación de Pearson	,636(**)	1										
	Sig. (bilateral)	,000	.										
	N	116	120										
ACTIVITY	Correlación de Pearson	,847(**)	,482(**)	1									
	Sig. (bilateral)	,000	,000	.									
	N	116	118	118									
IMPACT	Correlación de Pearson	,915(**)	,520(**)	,720(**)	1								
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.								
	N	116	116	116	116								
puntaje total CRQ	Correlación de Pearson	,089	,085	,074	,134	1							
	Sig. (bilateral)	,351	,360	,435	,157	.							
	N	113	117	115	113	129							
dimensión disnea crq	Correlación de Pearson	,082	,100	,118	,107	,611(**)	1						
	Sig. (bilateral)	,386	,284	,211	,261	,000	.						
	N	113	117	115	113	129	129						
dimensión función emocional	Correlación de Pearson	,071	,057	,054	,133	,911(**)	,377(**)	1					
	Sig. (bilateral)	,453	,541	,568	,161	,000	,000	.					
	N	113	117	115	113	129	129	129					
dimensión fatiga	Correlación de Pearson	,097	,133	,087	,116	,770(**)	,380(**)	,665(**)	1				
	Sig. (bilateral)	,305	,153	,354	,222	,000	,000	,000	.				
	N	113	117	115	113	129	129	129	129				
dimensión control enfermedad	Correlación de Pearson	,082	,080	,021	,100	,855(**)	,449(**)	,695(**)	,594(**)	1			
	Sig. (bilateral)	,390	,390	,820	,293	,000	,000	,000	,000	.			
	N	113	117	115	113	129	129	129	129	129			
ptje BODE post b	Correlación de Pearson	,130	,012	,125	,131	-,231(**)	-,270(**)	-,123	-,271(**)	-,200(*)	1		
	Sig. (bilateral)	,169	,897	,183	,164	,009	,002	,168	,002	,023	.		
	N	114	118	116	114	128	128	128	128	128	130		
CI teórico	Correlación de Pearson	,100	,107	,109	,063	,200(*)	,069	,211(*)	,109	,165	,069	1	
	Sig. (bilateral)	,290	,247	,245	,506	,024	,442	,017	,221	,063	,437	.	
	N	114	118	116	114	128	128	128	128	128	130	130	
porcentaje CI	Correlación de Pearson	,003	,040	-,030	,009	,061	,221(*)	-,009	,070	-,001	-,303(**)	-,020	1
	Sig. (bilateral)	,975	,664	,752	,922	,497	,012	,918	,433	,987	,000	,823	.
	N	114	118	116	114	128	128	128	128	128	130	130	130

De acuerdo a ello, como primer hallazgo se aprecia que en SGRQ el mayor puntaje obtenido por los participantes corresponde al área Actividad, lo que apunta a que el mayor deterioro se encuentra en la imposibilidad de realizar las actividades cotidianas que los pacientes antes podían ejecutar. En CRQ, la subescala Disnea es la más afectada, lo que apunta a que la presencia de este síntoma repercute de mayor forma en la CV percibida.

Respecto a la confiabilidad de las escalas, los valores de ambas están sobre 0,7, lo que nos indica confiabilidad en ambos instrumentos. Sin embargo, en SGRQ la subescala Síntomas tiene una consistencia interna menor, lo cual es consistente con los resultados obtenidos en la matriz de correlación, en la cual esta subescala no está relacionada con las variables fisiológicas BODE y CI. Este resultado sugiere que es posible que esta subescala esté compuesta por más de un factor, elemento que requiere ser examinado en mayor profundidad.

En CRQ se aprecia correlación negativa entre las dimensiones Disnea, Fatiga y Control de la Enfermedad con la variable fisiológica BODE, esto se debe a que un alto puntaje en CRQ hace alusión a una mejor CV, y un elevado puntaje en BODE implica un aumento en el deterioro originado por la enfermedad.

Uno de los hallazgos más importantes corresponde a la relación entre dos escalas específicas, SGRQ y CRQ, que son las más usadas con estos pacientes. En este sentido, los resultados sugieren que ambas escalas evalúan distintos aspectos. Por ende, en pacientes con una misma patología, la CV es evaluada de diferentes formas y se enfatizan distintos elementos en cada una de ellas. Rutten-Van et al. (1999) describen hallazgos similares al realizar un análisis de contenido de ambas escalas, concluyendo que efectivamente apuntan a tópicos distintos. Sugieren que la subescala Impacto en SGRQ, no tiene correspondencia con ninguna de la subescalas presentadas por

CRQ, y además que la subescala Síntomas en SGRQ y Disnea en CRQ, no aluden al mismo concepto. Esto se corrobora por el hecho que las correlaciones entre los puntajes de CRQ y los indicadores fisiológicos BODE y CI son altas, a diferencia de lo que ocurre con SGRQ, que no presenta correlación con indicadores fisiológicos.

De esta forma, CRQ se encuentra mayormente orientada a evaluar limitaciones originadas por la enfermedad en la esfera física. El SGRQ en cambio se encuentra orientado hacia el impacto ocasionado por la EPOC en las diferentes áreas de la vida del sujeto, lo que según De Lucas et al. (2002) se acercaría más a la definición de CV.

Las escalas más utilizadas para evaluar CV en EPOC tendrían definiciones conceptuales distintas a la base, lo que acarrea repercusiones importantes a la hora de evaluar este constructo en pacientes. CRQ apunta a la forma en que los síntomas físicos afectan la CV de los pacientes, la imposibilidad de realizar actividades a partir de la sintomatología. SGRQ se encuentra orientado al impacto en diferentes áreas, incluyendo aspectos psicológicos. La elección de cuál escala utilizar con estos pacientes debiera considerar estas diferencias.

Es importante destacar que los resultados no permiten señalar cuál escala puede ser mejor para evaluar este constructo. Futuros estudios deberían examinar con estudios longitudinales cambios asociados a la enfermedad y su relación con diferentes elementos de calidad de vida, que cada una de estas escalas mide.

Por último, es importante mencionar posibles limitaciones del presente estudio. Estas incluyen tamaño muestral, ya que si bien es posible encontrar hallazgos significativos, probablemente una muestra mayor permitiría observar de mejor forma la influencia de los predictores. En cuanto a la representatividad de la muestra, en este estudio los hombres representan un 70,5% del total de los participantes, lo

cual no representaría la población nacional afectada por EPOC, que es alrededor del 50% para cada sexo (MINSAL, 2002). Por ello, resultaría interesante diseñar estudios a futuro en que exista similar cantidad de hombres y mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carper, B. (1987). Fundamental patterns of knowing nursing. En B. Carper (Ed.). *Perspectives on Nursing Theory* (pp. 247-248). Philadelphia, EE.UU.: Lippincott.
- Colomar, G. (1991). Diagnósticos de enfermería en una unidad oncológica: estudio descriptivo. *Enfermería Clínica*, 1(1).
- Del Pino, R., & Ugalde, M. (1999). Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica*, 9(3), 115-120.
- Duran, M. (1998). *Desarrollo teórico e investigativo*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia: Unibiblos.
- García, G., Muñoz, K., Alamilla, M., García, J., & Montejó, O. (2006). Aportaciones de las Taxonomías al Proceso de Enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 14(3), 92-98.
- Girado, G. (2000). Validación de contenido de la etiqueta diagnóstico de enfermería "sedentarismo". *Enfermería Clínica*, 11(4).
- Gordon, M. (1999). *Diagnóstico enfermero, proceso y aplicación*. Barcelona: Harcourt Brace-Mosby.
- Gutiérrez, E. (1998). Propuesta para aproximar el proceso de enfermería a un marco de referencia del cuidado. En B. Sánchez (Ed.). *Dimensiones del Cuidado* (pp. 37-45). Santafé de Bogotá, Colombia: Unibiblos.
- Hernández, V. (2006). Proceso de enfermería: su teoría y su práctica. *Desarrollo Científico Enfermería*, 14(7).
- Iyer, P., Taptich, B., & Losey, D. (1997). *Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería*. México: Interamericana, McGraw-Hill.
- Johnson, M., Bulechek, G. M., McCloskey, J., & Maas, J. (2002). *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones Nanda, Nic y Noc*. Barcelona, España: Harcourt.
- Kozier, B., Erd, G., & Blais, K. (2000). *Conceptos y técnicas en la práctica de enfermería*. (pp. 99-100). México: Interamericana, McGraw-Hill.
- Luis, M. T. (2007). Del saber y del saber hacer. *Revista Tesela*, 1. Recuperado el 18 de marzo, 2007, de <http://index-f.com/tesela/ts1/ts6366r.php>
- Moreno, M. (2006). *Conceptualización de enfermería como disciplina profesional: Directrices para la enseñanza de enfermería en educación superior*. Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería.
- Román, M., Campos, A., Viñas, C., Palop, R., Zamudio, A., Domingo, R., et al. (2005). Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15(3), 163-166.