



ORIGINALES

Conductas promotoras de salud y dependencia física en personas con diagnóstico clínico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Health promotion behaviors and physical dependence in people with clinical diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease

Claudia Liliana Valencia Rico ¹
Olga María Henao Trujillo ²
Felipe Antonio Gallego ³

¹ Enfermera, Especialista en Rehabilitación Cardiopulmonar, Magister en Enfermería con énfasis en cuidado al adulto y al anciano. Profesora Programa de Enfermería Universidad Católica de Manizales, Colombia.

² Enfermera, Especialista en Administración de la Salud. Estudiante de Maestría en Educación. Profesora Programa de Enfermería Universidad Católica de Manizales, Colombia.

³ Matemático, Magister en Ciencias-Matemática Aplicada. Estadístico Dirección Investigaciones y Posgrados Universidad Católica de Manizales. Colombia.

E-mail: cvalencia@ucm.edu.co

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.268951>

Recibido: 26/09/2016

Aceptado: 22/11/2016

RESUMEN:

Objetivo: Describir las conductas promotoras de salud y el grado de dependencia física en personas con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Metodología: Estudio con enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, en el que se obtuvo una muestra probabilística de 125 personas. Se aplicó la escala Estilo de Vida Promotor de Salud II (EVPSII) versión en español y el Índice de Barthel.

Resultados: El 68,8% de los participantes eran del sexo femenino. El diagnóstico más prevalente fue la EPOC no especificada 67,2%. Como factores de exposición se identificaron, el tabaquismo 35,2%, y este mismo factor combinado con la exposición al humo de biomasa en el 32,8%. En cuanto a las conductas promotoras de salud, se evidenciaron bajos promedios en las dimensiones relacionadas con actividad física y la nutrición; altos promedios en el crecimiento espiritual, tanto en hombres como en mujeres. El 92,8% de las personas eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria. Se identificaron asociaciones estadísticamente significativas en algunas dimensiones del EVPSII con: los grupos de edad, la utilización de oxígeno suplementario y la exposición al humo de biomasa.

Conclusión: Se encontraron conductas poco saludables en una población que aún presentaba un buen nivel de independencia física a pesar de su diagnóstico clínico y de la prevalencia de factores de exposición. Es importante analizar otros factores que sean predictores de las conductas promotoras de salud.

Palabras clave: Estilo de vida; Conductas saludables; Dependencia funcional; Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

ABSTRACT

Objective: To describe health promotion behaviors and the degree of physical dependence in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) diagnosed.

Methodology: This study employed a quantitative correlational approach in which a probabilistic sample of 125 people was obtained. A health-promoting lifestyle Profile II Spanish version and the Barthel Index scale were applied.

Findings: The 68.8% of the participants were females. The most prevailing diagnostic was unspecified COPD 67.2%. As exposition factors several aspects as tobacco use 35.2%, this factor along with the exposition to the biomass smoke were identified at 32.8%. Regarding the health promotion behaviors, there was evidence of a low average in the dimensions related to physical activity and nutrition; a high average in their spiritual growth, in both, men and women. The 92.8% of the sample population were independent regarding basic activities of their daily life. Some statistically meaningful associations were identified in some dimensions of the health-promoting lifestyle Profile II with: age groups, supplementary oxygen use and biomass smoke exposition.

Conclusion: At the end of this study, there was indication of unhealthy behaviors in a population who still presented a good level of physical independence despite their clinical diagnosis and the predominant of exposition factors. The analysis of other factors, which predict health promotion behaviors, is imperative.

Key words: Lifestyle; Healthy behaviors; Functional dependence; Chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

INTRODUCCIÓN

La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se encuentra categorizada dentro del grupo de enfermedades no transmisibles, cuya causa radica mayormente en la problemática producida por el consumo de tabaco ⁽¹⁾ y por otros factores de exposición (tabaquismo de segunda mano, humo de biomasa, antecedentes de tuberculosis y exposición ocupacional) como posibles promotores de esta enfermedad^(2,3). Para la identificación de la enfermedad debe considerarse el diagnóstico clínico en cualquier persona que presente alguno de estos factores de exposición, además de síntomas como disnea, tos crónica o producción de esputo.

A nivel respiratorio, se presenta una limitación persistente del flujo aéreo, como característica propia de la patología (alteración ventilatoria de tipo obstructivo), que puede ser confirmada con una prueba de espirometría ⁽⁴⁾. A nivel sistémico, la EPOC produce gradualmente pérdida de la independencia física, lo que le impide a la persona realizar muchas de las actividades instrumentales (AIVD) y actividades básicas (ABVD) que hacen parte de su vida diaria ^(5,6). Así mismo, en los estados avanzados de la enfermedad, la pérdida de la capacidad funcional, genera una problemática mayor en la vida de la persona, ya que con frecuencia debe afrontar síntomas progresivos y exacerbaciones, por lo que requiere frecuente atención hospitalaria ⁽⁷⁻⁹⁾ y una mayor demanda de sus cuidados en el hogar ^(10,11).

En este sentido, el progreso de la enfermedad es proporcional al mal pronóstico y a la disminución de la calidad de vida⁽¹²⁻¹⁴⁾, y en consecuencia, entre más comprometida se encuentre la persona sintomáticamente, menos posibilidad tendrá de afrontar su estado de morbilidad y de auto-gestionar su salud. Por estos motivos, las personas con EPOC necesitan redes de apoyo desde el aspecto familiar y desde la atención de enfermería, que le ayuden a comprender el proceso de su enfermedad y a propiciar un estilo de vida promotor de salud (EVPS), indispensable para el control de los factores de exposición, el control de los síntomas y para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, con el fin de promover conductas suficientes en el cuidado de sí mismo, que propendan por una mejor calidad de vida, en la medida en que el proceso evolutivo de su enfermedad lo permita ^(15,16).

En este sentido, es importante que desde la atención primaria se genere la posibilidad de que la persona no solo sea atendida en sus aspectos clínicos, sino también, que tenga la posibilidad de contar con la ayuda para identificar más beneficios que barreras percibidas, con respecto al mantenimiento de su salud, lo que le permitirá comprometerse con un plan de acción que modifique su estilo de vida y le propicie mayor bienestar.

Muchas veces las conductas promotoras de salud no son alcanzadas, debido a que el individuo no cuenta con una red de apoyo influenciable que le ayude a comprometerse para cambiar su estilo de vida; en otros casos, factores individuales como su mal pronóstico, podrían ser la causa que interfiera en sus metas de recuperación. Al respecto, Nola Pender, en su Modelo de Promoción de la Salud (MPS) afirma que: *“Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella, modelan su conducta, esperan a que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla”*⁽¹⁷⁾.

A la luz del modelo de Pender, la salud se puede afectar por factores condicionantes de tipo biológico, psicológico y/o socioculturales que son predictivos de ciertas conductas y que guardan influencia en la consideración de la meta de dichas conductas⁽¹⁸⁾. Para el caso de una persona con EPOC se pueden mencionar como factores biológicos, aquellos que se relacionan con su sintomatología permanente y la gravedad de su enfermedad; como factores psicológicos, el más importante es el estado de ánimo que tiende a una actitud depresiva a causa del mal estado de salud y de la incapacidad física para realizar las AIVD y las ABVD lo que genera aislamiento familiar y social^(19,20); y como factores socioculturales, se pueden citar los factores de exposición y comportamientos en el estilo de vida que permiten que se origine o que progrese la enfermedad. A estos condicionantes se puede agregar las barreras percibidas por la persona que impiden una adecuada autogestión de su salud, además de las influencias familiares y sociales que contribuyen a que no se reconozca que los factores de exposición son perjudiciales.

En este sentido, es importante fomentar las prácticas relacionadas con los estilos de vida saludable: actividad física, manejo del estrés, alimentación balanceada y adherencia al tratamiento, convirtiéndose en las influencias promotoras fundamentales para garantizar un plan de acción a cada individuo, obteniendo un resultado conductual que disminuya la progresión de la enfermedad, y contribuya a la modificación de las conductas que pueden inferir negativamente en el proceso de la salud.

El presente estudio tuvo como objetivo, describir las conductas promotoras de salud, el grado de dependencia física y su asociación con las características sociodemográficas y clínicas en personas con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio con enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, realizado durante el año 2015 en una Empresa Social del Estado (ESE) que presta servicios de baja complejidad en la ciudad de Manizales (Colombia). La población se encontraba registrada en una base de datos en la que se precisaba el diagnóstico clínico de EPOC. Inicialmente se realizó una prueba piloto con 43 personas escogidas

aleatoriamente, para estimar la homogeneidad de los datos obtenidos en la escala: Estilo de Vida Promotor de Salud (EVPSII) versión en español. Teniendo en cuenta el promedio resultante en este instrumento, se decidió trabajar con un índice de confianza del 95%, un margen de error del 5% y un error relativo del 3%, obteniendo de la base de datos una muestra aleatoria simple de 125 personas. Se incluyeron las personas que se encontraban con los siguientes diagnósticos: EPOC no especificado, EPOC con infección aguda y EPOC con exacerbación aguda. Se excluyeron aquellos que no podían contestar la encuesta de manera personal por motivos de discapacidad física o cognitiva, personas que refirieron ser analfabetas y quienes al ser abordados para la encuesta refirieron ya no consultar a la institución de salud. Las variables valoradas fueron: características sociodemográficas, características clínicas, conductas promotoras de salud y el grado de dependencia física.

Recolección de la Información

Para el abordaje de las personas y la búsqueda de datos se explicó de manera individual la intención del estudio y se motivó a la participación en el mismo. Posteriormente se realizó lectura del consentimiento informado, con el fin de obtener la autorización de las personas para participar del diligenciamiento de las encuestas de manera voluntaria.

Los datos sociodemográficos y clínicos se obtuvieron de la historia clínica y de la entrevista realizada a los participantes.

Para identificar las conductas promotoras de salud, se aplicó la escala *Estilo de Vida Promotor de salud (EVPSII)* de Nola Pender, versión en español; y para obtener datos sobre el grado de dependencia física, se aplicó el Índice de Barthel.

La escala EVPSII ha mostrando en su estudio de fiabilidad una consistencia interna de 0,87⁽²¹⁾. A nivel de Latinoamérica se ha utilizado este instrumento en Chile y Colombia en estudios con personas jóvenes y adultas atendidas en servicios de salud ⁽²²⁾. Así mismo se han realizado estudios en los que se aplicó la escala a jóvenes universitarios ⁽²³⁾ y a mujeres peri y post-menopáusicas ⁽²⁴⁾ reportando en sus pruebas de confiabilidad coeficientes alfa desde 0,70 hasta 0,87 respectivamente .

Este instrumento consta de 52 ítems con opciones de respuesta tipo likert y contiene seis subdimensiones: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales, y manejo del estrés. Cada dimensión costa de 8 a 9 ítems a los cuales la persona debe responder la frecuencia con la que se dedica a realizar las actividades relacionadas en cada una de ellas. Las opciones de respuesta y el puntaje para cada ítem son: Nunca (1), Algunas Veces (2), Frecuentemenet (3) y Siempre (4).

Con respecto al índice de Barthel, continúa siendo ampliamente utilizado en los últimos años en personas mayores con o sin enfermedades crónicas discapacitantes ⁽²⁵⁻²⁹⁾. Su aplicación permite identificar la capacidad que tiene la persona de realizar de manera independiente o con ayuda, actividades básicas de la vida diaria como: alimentarse, utilizar el sanitario, bañarse, vestirse y arreglarse (autocuidado básico), deambular, trasladarse de la silla a la cama, subir y bajar escalones (movilidad) y el control de la micción y la defecación (continencia).

Para identificar el grado de dependencia física se toma como referencia los siguientes puntos de corte: ≥ 85 persona Independiente, 60-80 dependencia leve, 40-55 dependencia moderada, 20-35 dependencia grave y < 20 Dependencia total.

Análisis de la Información.

Se procesó inicialmente la información obtenida en el software estadístico IBM® SPSS® v. 22.

Se realizó inicialmente una descripción de la variables sociodemográficas y clínicas a través de frecuencias y medidas de tendencia central.

Para describir el estilo de vida promotor de salud se calculó el promedio global de la escala EVPSII, y así mismo, los promedios obtenidos por cada dimensión para realizar el análisis, teniendo en cuenta que el total de 208 puntos se interpreta como un estilo de vida saludable, siendo poco o no saludable para valores inferiores a este rango³⁰.

El grado de dependencia física se reportó según los puntos de corte establecidos en el índice de Barthel.

Se realizó análisis bivariado para establecer la asociación entre las variables relacionadas con los aspectos sociodemográficos, aspectos clínicos, el estilo de vida promotor de salud (conductas promotoras de salud) y el grado de dependencia física.

RESULTADOS:

Características sociodemográficas y clínicas.

El mayor porcentaje de la población estuvo conformado por mujeres en un 68.8%. El 44% de los participantes se encontraba en edades que los clasificaban como adultos maduros (35-59 años) y el 56% como adultos mayores (> 60 años). El dato mínimo de edad fue de 42 años y el máximo de 95 años, con un promedio de 67 años. En el grupo de mujeres el mayor porcentaje de edad se reporta entre los 60 y 79 años (53,4%); y en el grupo de hombres, el mayor porcentaje (41%) se encuentra entre los 70 y 79 años.

Con respecto al estado civil, el grupo de participantes se distribuye de manera proporcional en personas solteras (25,6%), casadas (22,4%) y viudas (24,8%); en menor proporción prevalecen las personas que conviven en unión libre y que se encontraban divorciadas. El mayor porcentaje de personas residía en el estrato 2 (48%), seguido del estrato 1 (36%). Con respecto al grado de escolaridad, prevalecieron los estudios de primaria (75%); además, se encontraron personas que refirieron no haber cursado ningún tipo de estudio, pero que sabían leer y escribir (11,2%).

Con relación a las características clínicas de los participantes, se encontró que el 67,2% de ellos presentaba diagnóstico de EPOC no especificado y el 32.8% restante EPOC con exacerbación aguda o con infección aguda. El tabaquismo fue el factor de exposición que más prevaleció tanto en hombres como en mujeres reportándose en un 35,2% de la muestra; así mismo, este factor combinado con la exposición al humo de biomasa se evidenció en el 32,8% de las personas, siendo más prevalente en el

sexo femenino. En menor proporción se encontraron personas que presentaban uno o dos factores combinados como, la exposición a humo de biomasa 17,6%, tabaquismo de segunda mano y exposición a biomasa 7,2%, tabaquismo de segunda mano 3,2%, tabaquismo y exposición ocupacional 2,4%, tabaquismo y antecedentes de tuberculosis pulmonar 1,6%.

De toda la muestra encuestada, 28 personas refirieron utilizar oxígeno domiciliario, de las cuales 26 eran oxigenorequientes y 3 de ellas oxígeno dependientes. El dato mínimo de horas referido para utilización de oxígeno fue de 2 horas y el máximo de 24 horas, con un promedio de 9.9 horas/día.

Conductas Promotoras de Salud.

La prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov realizada a los resultados obtenidos en la escala EVPSII muestran datos homogéneos con una distribución normal. El análisis de fiabilidad reporta en este estudio un alfa de cronbach de 0,918.

Los resultados obtenidos en la escala EVPS II, mostraron un puntaje global mínimo de 82 puntos y el puntaje máximo de 178 puntos, con un promedio de 127,9 puntos para los hombres y 130,4 para las mujeres, sin mostrar diferencias significativas por género (Tabla 1).

Al analizar los datos obtenidos en cada una de la dimensiones de la escala, se evidencia el puntaje más alto en la dimensión relacionada con el crecimiento espiritual y el puntaje más bajo en la dimensiones relacionadas con la realización de actividad física y la nutrición (Tabla 2).

Tabla 1. Promedio general y por dimensiones, obtenido en la escala EVPSII discriminado por sexo.

Conductas Promotoras de Salud (Media)	Género		P Valor
	Hombre n=39	Mujer n=86	
Responsabilidad de Salud	22,18	23,19	0,275
Actividad Física	14,38	13,17	0,096
Nutrición	20,15	20,26	0,841
Crecimiento Espiritual	26,03	28,09	0,062
Relaciones Interpersonales	25,13	25,00	0,893
Manejo del Estrés	20,03	20,72	0,348
Promedio EVPSII	127,9	130,43	0,494

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Descriptivo de las dimensiones de la escala EVPSII en los participantes del estudio.

Conductas Promotoras Salud	N	Mí/Max Teórico	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Coefic Variación
Responsabilidad en Salud	125	9/36	9	33	22,9	4,8	20,8
Actividad Física	125	8/32	8	28	13,6	3,8	27,8
Nutrición	125	9/36	13	28	20,2	2,6	13,0
Crecimiento Espiritual	125	9/36	12	36	27,4	5,8	21,0
Relaciones Interpersonales	125	9/36	13	34	25,0	4,9	19,7
Manejo del Estrés	125	8/32	11	31	20,5	3,8	18,7

Mí/Max Teórico= valores mínimos y máximos teóricos posibles de la Escala EVPSII.

Fuente: Elaboración propia.

Dependencia Física.

Con respecto a la variable relacionada con el grado o nivel de dependencia física, obtenida a través del índice de Barthel, se encontró que el 92,8% eran independientes para la realización de las ABVD. El dato mínimo obtenido fue de 20 puntos y el máximo de 100 puntos.

En las actividades básicas de autocuidado, se evidencia que los mejores promedios se obtuvieron en la capacidad para: alimentarse, vestirse y utilizar el sanitario sin ayuda. Por el contrario, las personas presentaban un mayor grado de dependencia en lo que respecta a la realización del baño y el arreglo personal, requiriendo ayuda. Con respecto a la movilidad, se pudo observar que los mejores promedios se obtuvieron en la capacidad que poseían las personas para trasladarse sin ayuda de la silla a la cama y para deambular. Por el contrario, en lo que respecta al uso de escalones, se evidencia puntajes mas bajos, lo que indica un mayor porcentaje de personas que requerían ayuda. Por último, en lo relacionado con el control de esfínteres, se encontró que los promedios obtenidos fueron altos tanto para el control de la micción como para la defecación, evidenciando que la mayoría de las personas preservaban sus funciones de continencia (Tabla 3).

Tabla 3. Descriptivo del índice de Barthel en los participantes del estudio.

Variable	Mí/Max Teórico	Mínimo	Máximo	Media
Alimentación	0/10	5	10	10
Baño	0/5	0	5	5
Vestido	0/10	0	10	10
Arreglarse	0/5	0	5	5
Uso Sanitario	0/10	0	10	10
Traslado Silla-Cama	0/15	0	15	15
Deambulación	0/15	0	15	14
Escalones	0/10	0	10	9
Micción	0/10	0	10	9
Deposición	0/10	5	10	10

Mí/Max Teórico= valores mínimos y máximos teóricos posibles del índice de Barthel.

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar las asociaciones existentes entre las conductas promotoras de salud (como variable dependiente) a través del puntaje global del cuestionario EVPS con las variables sociodemográficas y clínicas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellas. Sin embargo, el análisis de cada una de las dimensiones del cuestionario EVPSII con estas mismas variables, mostró diferencias significativas entre los grupos de edad (adultos maduros y adultos mayores) con la dimensión de nutrición ($p= 0,038$) y el manejo del estrés ($p= 0,048$); la utilización de oxígeno suplementario y la dimensión de actividad física (O2 requirente $p= 0,011$ – O2 Dependiente $p= 0,037$); la exposición al humo de biomasa con las dimensiones de responsabilidad y salud ($p= 0,0251$), crecimiento espiritual ($p= 0,0002$), relaciones interpersonales ($p= 0,0113$) y manejo del estrés ($p= 0,0127$) (Tabla 4).

Con relación a la dependencia física, se encontró únicamente, diferencias estadísticamente significativas de esta variable con la utilización del oxígeno ($p= 0,000$).

Tabla 4. Dimensiones de la escala EVPSII y su asociación con características sociodemográficas y clínicas.

Variable	Dimensiones Escala EVPSII (p Valor)					
	Responsabilidad en Salud	Actividad Física	Nutrición	Crecimiento Espiritual	Relaciones Interpersonales	Manejo del Estrés
Grupos de edad	0,194	0,662	0,038**	0,129	0,160	0,048**
O2 Requirente	0,495	0,011**	0,289	0,254	0,602	0,372
O2 Dependiente	0,474	0,037**	0,662	0,875	0,852	0,197
Exposición Humo Biomasa	0,0251**	0,4191	0,7707	0,0002**	0,0113**	0,0127**

*P Valor significativo= < 0,05***

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El primer hallazgo significativo del presente estudio es el hecho de haber encontrado una muestra de personas con EPOC en la que predominan las mujeres, por lo tanto, se debe tener en cuenta este aspecto debido a que los reportes epidemiológicos siempre han informado mayores tasas de prevalencia en hombres³¹. De todas formas, es importante resaltar que, si bien muchas de las personas participantes del estudio no contaban con un diagnóstico confirmado por espirometría, se logra describir factores de exposición en todos los participantes y rasgos clínicos que traen a consideración este diagnóstico. Sin embargo, el estudio evidenció una interacción entre el diagnóstico clínico y los factores de exposición, lo que podría indicar una sobrevaloración clínica de en estas personas; además, los registros de donde se extrae la información inicial de estos individuos, reportan como diagnóstico más prevalentemente la EPOC no especificada, evidenciando en este caso, la falta de confirmación del diagnóstico. Sumado a esto, se identificó un desconocimiento por parte de las personas sobre su enfermedad, evidenciado al momento de ser abordadas en la recolección de la información. Estos hallazgos concuerdan con la problemática de salud pública descrita a nivel mundial donde se muestra epidemiológicamente que la EPOC se caracteriza por un alto grado de infra-diagnóstico, prevaleciendo en personas con edades entre los 40-80 años³².

Otro aspecto importante del presente estudio, es el hecho de encontrar en la población femenina, exposición a humo de biomasa, tabaquismo y exposición pasiva por tabaquismo de segunda mano, hallazgo que también debe ser considerado relevante, teniendo en cuenta que en la actualidad las causas de la EPOC se consideran multifactoriales, incluyendo tanto factores genéticos como factores ambientales. Específicamente para la biomasa, la literatura actual reporta que el humo producido en su quema, contiene más de 250 compuestos orgánicos que aparte de generar una alta contaminación ambiental, contiene partículas de materia que pueden ser absorbidas mediante la vía aérea induciendo estrés oxidativo, constituyéndose en un factor de riesgo no solo para EPOC sino también para otro tipo de afecciones. Se ha reportado que la población en riesgo para este tipo de exposición predomina en las zonas rurales y socioculturalmente son las mujeres y los niños los que más se exponen al humo de la biomasa debido a que su actividad común se relaciona con los oficios domésticos en el hogar dentro de los cuales se destaca el hecho de tener que cocinar con leña durante todo el día³³. Estas características descritas coinciden con las reportadas en el presente estudio, donde la mayor parte de las mujeres son amas de casa que refieren haber estado expuestas al humo de biomasa por largos periodos de tiempo y se demuestran diferencias estadísticamente significativas entre algunas dimensiones del estilo de vida promotor de salud y el factor de exposición por humo de biomasa.

Con relación a las conductas promotoras de salud, se puede decir que muestran un comportamiento similar en los promedios obtenidos tanto en hombres como en mujeres, sin mostrar diferencias significativas por género. También se observa que ambos, coinciden con puntuaciones bajas en la dimensión relacionada con la actividad física, y la nutrición; y puntuaciones altas en la dimensión que se relaciona con el crecimiento espiritual. Estos resultados muestran la disminución de conductas promotoras de salud en una población en la que predominan adultos maduros y adultos mayores, en su mayoría pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, con un nivel de escolaridad en estudios de primaria básica y con un alto nivel de desempleo, pero que sin embargo, aún presentan independencia para la realización de las ABVD. De todas formas, al buscar una asociación de estas variables con el estilo de vida promotor de salud, no se hallan diferencias estadísticamente significativas; datos que coinciden con los reportados por Patricia Cid³⁴ et al, quienes evaluaron los factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud en población de individuos entre los 15–64 años, sin encontrar asociaciones en estas variables.

Como dato contrario, se toma el estudio de Vidal Gutiérrez³⁵ quien al evaluar la relación existente entre los determinantes sociales en salud y el estilo de vida promotor de salud, encontró asociación significativa entre estilo de vida promotor en salud con determinantes estructurales como: el lugar de residencia, edad, sexo, educación e ingresos, en una población de adultos entre los 20–65 años asistentes a establecimientos de atención primaria en salud. De igual forma, el estudio de Vidal Gutiérrez explora asociaciones por sexo, destacando como relevantes las diferencias significativas encontradas entre hombres y mujeres en las dimensiones relacionadas con la actividad física, manejo de estrés y crecimiento espiritual, mientras que en el presente estudio los promedios en la dimensión de actividad física fueron igualmente bajos tanto en hombres como en mujeres y por el contrario, se reportan puntuaciones altas en la dimensión de espiritualidad para ambos sexos.

Por último, se destacan en este estudio, las diferencias significativas entre las personas que utilizan oxígeno (requerente o dependiente del O₂), la dependencia física y la dimensión relacionada con la actividad física. De igual forma, para la realización de las ABVD se reportan los promedios más bajos en lo que respecta a la movilidad, específicamente en la utilización de escalones, como la actividad más difícil de realizar para estas personas, hallazgos que coinciden con las características reportadas en otros estudios de personas con EPOC^{36,37}, en cuyo caso, a medida que la enfermedad progresa, se presenta una importante pérdida de la capacidad funcional que conlleva a evitar muchas conductas que generan esfuerzo físico, limitándose a realizar únicamente las ABVD. En este sentido, se puede decir que, la pérdida de la capacidad funcional en las personas con EPOC genera la necesidad de abandonar conductas que permiten conservar la salud, como es el caso de la actividad física.

CONCLUSIÓN

Se encontró una población de personas con un diagnóstico clínico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica que es preciso confirmar mediante prueba de espirometría, teniendo en cuenta la presencia de factores de exposición para desarrollar la enfermedad. En cuanto a las variables estudiadas, se puede decir que prevalecen las conductas poco saludables en una población que aun presenta un buen nivel de independencia física a pesar de su estado clínico, por estos motivos, es importante analizar otros factores que sean predictores de las conductas promotoras de salud

REFERENCIAS

1. Vestbo J, Lange P. Natural history of COPD: Focusing on change in FEV. *Respirology* 2016; 21, 34–43.
2. Lopez M, Mongilardi N, Checkley W. Chronic obstructive pulmonary disease by biomass smoke exposure. *Rev. perú. med. exp. salud pública, Lima*. 2014; 31 (1): 94-99.
3. Silva R, Oyarzún M, Olloquequi J. Mecanismos patogénicos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica causada por exposición a humo de biomasa. *Arch Bronconeumol*. 2015; 51(6):285–292.
4. Iniciativa global para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Guía de bolsillo para el diagnóstico, manejo y prevención de la EPOC. [Internet]. 2014. [Citado 10 agosto 2016]; p. 5-6. Disponible en: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/04/GOLD_Pocket_Spanish.pdf
5. Donaldson AV, Maddocks M, Martolini D, Polkey MI, D-C Man W. Muscle function in COPD: a complex interplay. *Int J Chron obstruyen Pulmon Dis*. 2012; 7: 523-535.
6. Cielen N, Maes K, Gayan-Ramirez G. Musculoskeletal Disorders in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Biomed Res Int*. 2014; 2014: 965.764.
7. Almagro P, Rodríguez-Carballeira M, Chang KT, Romaní V, Estrada C, Barreiro B, et al. Hospitalizaciones por EPOC en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44 (2):73–78.
8. Medinas-Amorós MM, Más Tous C, Renom-Sotorra F. Estrés en ancianos hospitalizados con enfermedad respiratoria crónica: valoración en el hospital sociosanitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44 (3): 130–136.
9. [Hornikx M](#), [Demeyer H](#), [Camillo CA](#), [Janssens W](#), Troosters T. The effects of a physical activity-counseling program after an exacerbation in patients with Chronic

- Obstructive Pulmonary Disease: a randomized controlled pilot study. *BMC Pulm Med.* 2015; 4; 15:136.
10. Costa X, Gómez-Batiste X, Pla M, Martínez-Muñoz M, Blay C, Vila L. Vivir con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada: el impacto de la disnea en los pacientes y cuidadores. *Aten Primaria.* 2016. [Internet]. [Consultado agosto 9 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-vivir-con-enfermedad-pulmonar-obstructiva-S021265671630097X?referer=buscador>
 11. Villarejo Aguilar L. Diagnósticos de enfermería prevalentes en pacientes con EPOC tras el alta hospitalaria. *ENE. Revista de Enfermería.* 2011; 5 (3):16-24.
 12. Vinaccia S, Quiceno JM. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC. *Terapia Psicológica.* 2011, Vol. 29, Nº 1, 65-75.
 13. Betancourt-Peña J. Muñoz-Erazo BE, Mora-Guerra RV. Calidad de vida en pacientes con enfermedad Pulmonar obstructiva crónica al ingreso de Un programa de rehabilitación pulmonar. *REV. COL. REH.* 2015; 14: 96 102.
 14. Valencia-Rico CL. Calidad de vida en adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica ingresados a programa de rehabilitación pulmonar. *Rev Col Med Fis Rehab* 2012; 22(2): 99-108.
 15. Padilla-Zárata MP, Cortés-Poza D, Martínez-Soto JM, Herrera-Cenobio T, Vázquez-Bautista MC, García-Flores M, et al. Autocuidado y calidad de vida posterior a la consejería de enfermería en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2013; 21 (1): 15-23.
 16. Villarejo-Aguilar L. Intervenciones propuestas por las enfermeras hospitalarias para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.
 17. Sakraida TJ. Modelo de Promoción de la Salud. En: Raile-Alligood. *Modelos y Teorías de Enfermería.* 8ª ed. Barcelona España: Elsevier; 2015: 391-392.
 18. Aristizábal-Hoyos GP, Blanco-Borjas DM, Sánchez-Ramos A, Ostiguín-Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria.* 2011; 8 (4): 16-23.
 19. Blakemore Amy, et al. Depression and anxiety predict health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. In: *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2014, vol, 9, p. 501–512.
 20. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in adults with a chronic physical health problem. The Nice Guideline on Treatment and Management. National Clinical Practice Guideline 91. London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrist; 2010: 15-27.
 21. Pérez-Fortis A, Ulla-Díez SM, Padilla JL. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. *Researchin Nursing & Health.* 2012; 35: 301–313.
 22. Cid-H P, Merino JM, Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Méd Chile.* 2006; 134: 1491-1499
 23. Triviño–Vargas ZG. Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. *Aquichan.* 2012; 12 (3): 275-285.
 24. Triviño–Vargas ZG, Stieповich J, Merino JM. Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia. *Col. Médica.* 2007; 38 (4): 395-407.
 25. García-García M.A, Tajadura-Albillos M.C, Gil-Millán P, Millán-Cuesta B. Valoración del grado de dependencia de los pacientes mayores de 75 años que ingresan en la unidad de traumatología. *Enferm. glob.* 2011; 10 (4): 19-38.

26. Villarejo-Aguilar L. Diagnósticos de Enfermería prevalentes en pacientes con EPOC tras el alta hospitalaria. *Revista de Enfermería*. (España) 2011; 5 (3):16-24.
27. Cortés-N AR, Villarreal-R E, Galicia-R L, Martínez-G L, Vargas-D ER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Rev. méd. Chile*. 2011; 139 (6): 725-731.
28. Arnau A, Espauella J, Serrarols M, Canudas J, Formiga F, Ferrer M. Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años de edad no dependientes. *Gac Sanit*. 2012; 26 (5): 405-413.
29. Rodríguez-Medina RM, Landeros-Pérez ME. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *Enferm. univ*. 2014; 11 (3): 87-93.
30. Laguado Jaimes E, Gómez Díaz MP. Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia promoc. salud*. 2014; 19(1):68-83.
31. Vijayan VK. Chronic obstructive pulmonary disease. *The Indian Journal of Medical Research*. 2013; 137(2), 251–269.
32. Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Arch Bronconeumol*. 2012; 48 (Supl 1):2-58.
33. Silva R, Oyarzun M y Olloquequi J. Mecanismos patogénicos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica causada por exposición a humo de biomasa. *Arch Bronconeumol*. 2015; 51 (6):285–292.
34. Cid H P, Merino E JM, Stieповich B J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 1491-1499.
35. Vidal-Gutiérrez D, Chamblas García-I, Zavala- Gutiérrez M, Müller-Gilchrist R, Rodríguez-Torres MC, Chávez-Montecino A. Determinantes Sociales en Salud y Estilos de Vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería XX* (1): 61-74, 2014.
36. Polatli M, Bilgin C, Şaylan B, Başlılar S, Toprak E, Ergen H, et al. A cross sectional observational study on the influence of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: the COPD-Life study. *Tuberk Toraks* 2012; 60(1): 1-12.
37. Vilaróa J, Gimenoa E, Sánchez-Férez N, Hernando C, Díaza I, Ferrerc M. Actividades de la vida diaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: validación de la traducción española y análisis comparativo de 2 cuestionarios. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129 (9):326-32.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia