



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los
trastornos emocionales relacionados. Estudio de
caso.

Chronic obstructive pulmonary disease and related
emotional disorders. Case study.

Autor/es

Zahra Ruiz Saou

Director/es

Ángel Barrasa

Universidad de Zaragoza / Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

2022

Índice

- Introducción

- Metodología
 - Participantes

 - Instrumentos

 - Procedimiento

 - Recursos

- Resultados

- Conclusiones

- Bibliografía

Resumen

En la presente investigación, se ahonda en la relación existente entre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y ciertos trastornos emocionales. Introducción: se hace una búsqueda de información exhaustiva y se valoran los resultados de otros estudios que ahonden en la misma problemática para averiguar la posible relación entre el EPOC y los trastornos emocionales. Además, se realiza una entrevista y un cuestionario para medir la calidad de vida del paciente con el objetivo de ver las posibles relaciones entre las distintas variables. Método: la entrevista es semiestructurada y el cuestionario que se realiza al sujeto es el COPD Assessment Test, el cual nos permite ver el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente. Resultados: lo encontrado en la bibliografía en estudios anteriores parece guardar relación con lo encontrado en la entrevista y el cuestionario, pues la enfermedad afecta a la calidad de vida del paciente y puede propiciar la aparición de sintomatología relacionada con trastornos emocionales. Conclusiones: estudios anteriores y el presente estudio nos muestran la relación existente entre el EPOC y la facilitación de la aparición de trastornos emocionales. Por otra parte, las consecuencias que se derivan de la enfermedad afectan a la calidad de vida de los enfermos pues afecta a varias áreas de su vida.

Palabras clave: EPOC, alteraciones psicológicas y salud mental.

Abstract

In the present investigation, the relationship between chronic obstructive pulmonary disease and certain emotional disorders is delved into. Introduction: an exhaustive information search is made and the results of other studies that delve into the same problem are evaluated to find out the possible relationship between COPD and emotional disorders. In addition, an interview and a questionnaire are carried out to measure the patient's quality of life in order to see the possible relationships between the different variables. Method: the interview is semi-structured and the questionnaire given to the subject is the COPD Assessment Test, which allows us to see the impact of the disease on the patient's quality of life. Results: what was found in the bibliography in previous studies seems to be related to what was found in the interview and the questionnaire, since the disease affects the patient's quality of life

and can lead to the appearance of symptoms related to emotional disorders. Conclusions: previous studies and the present study show us the relationship between COPD and the facilitation of the appearance of emotional disorders. On the other hand, the consequences that derive from the disease affect the quality of life of patients, since they affect several areas of their lives.

Key words: COPD, phychological alterations and mental health.

Introducción

En los últimos tiempos, se puede decir que el número de estudios dedicados a las enfermedades o dolencias crónicas se ha visto en aumento por el crecimiento en la incidencia y en la prevalencia de este tipo de enfermedades y las características que tienen como: la permanencia en el tiempo de sus síntomas, la necesidad de adoptar por los pacientes que la presentan de nuevo hábitos y estilos de vida para llevar la enfermedad lo mejor posible y los síntomas que forman parte de la patología, requiriendo también que los enfermos tengan una serie de reajustes psicológicos, los cuales pueden llegar a tener un gran impacto en estos (Vinaccia, et al, 2005). La enfermedad pulmonar obstructiva crónica supone un problema de salud pública pues presenta en la población una gran prevalencia y mortalidad, considerándose por la Organización Mundial de la Salud dentro de unos años como la cuarta causa de muerte a nivel mundial.

Estudios han arrojado datos preliminares que muestran que en España la prevalencia que parece existir es del 12,4 % en la población con edades comprendidas entre cuarenta y ochenta años (EPISCAN II). Estos resultados nos muestran que los recursos que son necesarios para hacer frente al EPOC son muy elevados teniendo en cuenta que se necesitan de varios especialistas para establecer un tratamiento integral que se ajuste a las demandas y necesidades de los pacientes que la padecen.

A pesar de que el EPOC tiene una prevalencia alta en nuestra sociedad y que va en aumento, presentándose de forma más acusada en hombres que en mujeres, el número de casos de pacientes que no son diagnosticados o que no son tratados de un modo correcto es muy alto, sobre todo en mujeres. Esta patología suele afectar a la población de edad avanzada y suele ser una de las causas más frecuentes por la que las personas de edad avanzada acuden a consulta en el centro médico (Álvarez et al., 2001).

De un modo general, el conocimiento que la población tiene sobre esta enfermedad y los síntomas que presentan las personas que la padecen, así como

las causas que pueden ocasionar la aparición de esta patología es muy bajo. Se estima que alrededor de un 17 % de la población es conocedora del EPOC, a pesar de que está muy presente y que una de sus causas o un motivo por el que puede producirse es el tabaquismo, práctica que está muy insertada en nuestra sociedad y que es muy común. El cigarrillo es considerado el factor de riesgo más importante para la posible aparición de la enfermedad debido a la toxicidad del humo del tabaco por la composición de este (Alonso & Ferrer, 1998).

Esto último, es un factor muy importante para considerar pues es importante que la población tenga conocimiento de esta patología para que su prevención y tratamiento mejore y se ajuste a las demandas de la población, en la cual existe un gran número de personas que no son conscientes de que la presentan y de los motivos por los cuáles pueden estar presentándola. El simple conocimiento de la existencia de la enfermedad y de los factores que pueden ocasionarla produciría una mejora en el pronóstico de muchos pacientes.

El EPOC estaría encuadrado dentro de la categoría de enfermedades crónicas que afectan al sistema respiratorio. Esta patología genera una discapacidad funcional que puede llegar a producir un nivel alto de dependencia en aquellos que la presentan en un nivel o etapa ya avanzada.

Específicamente, el EPOC es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que produce una obstrucción del aire que entra en los pulmones. Se manifiesta con una disminución y retardo de la espiración forzada, siendo la obstrucción al flujo de aire irreversible y aumentado de forma progresiva, con el tiempo, la limitación de la entrada del aire. Todo esto se produce por una combinación de enfisema, que es variable, y una serie de alteraciones de las vías aéreas periféricas (Barnes, 2000). De forma más específica los síntomas que produce esta enfermedad son:

- Dificultad para respirar
- Tos
- Producción de moco o esputo
- Sibilancias

Además de estos síntomas, el EPOC incluye como sintomatología bronquitis obstructiva crónica y enfisema. Cabe destacar, que la presencia de esta patología puede ocasionar una hipertensión pulmonar, infección respiratoria, pérdida de peso y otras enfermedades. Suele estar ocasionada por la exposición prolongada a gases que producen irritación de las vías respiratorias, siendo el tabaco o más concretamente el humo de los cigarrillos la principal causa asociada (Clínica Mayo, 2021).

El tratamiento de esta patología va a depender mucho de la gravedad de los síntomas que presente el paciente, siendo estos más acusados conforme avanza la enfermedad, y dependiendo además de cómo se haga frente a los síntomas presentes y a las exacerbaciones.

De un modo general, hay que tener en cuenta que al ser el EPOC una enfermedad crónica se van a ver perjudicados varios aspectos o áreas de la vida de la persona enferma (Rodríguez – Marín, 1995). En un principio en la fase inicial, que suele ser la aguda pues se dan los síntomas en intensidad, se produce un periodo de crisis ya que la persona no sabe cómo enfrentarse a todos esos síntomas que han ido apareciendo, dando lugar a que puedan llegar a experimentar emociones como: la ansiedad, el miedo y la confusión (Brannon & Feist, 2001). Más adelante, cuando la enfermedad adopta las características que definen a una enfermedad como crónica, se producen una serie de cambios que resultan permanentes en varias áreas de la vida de la persona que la padece, pudiendo afectar en gran porcentaje a la actividad general del enfermo. Todos estos cambios que se producen van a requerir por parte del enfermo una adaptación paulatina a su condición ya que dichos síntomas van a durar toda la vida (Latorre & Beneit, 1994).

Haciendo referencia al pronóstico de la enfermedad, hay que comentar que, al ser crónica, es una enfermedad prolongada en el tiempo. Se pueden paliar los síntomas que presente el paciente con medicamentos y con un tratamiento integral, siendo necesarios en casos específicos unos tratamientos más especializados. Así

mismo, si el paciente sigue expuesto a aquello que en un principio causó la enfermedad, como puede ser la exposición al humo del tabaco, la enfermedad irá empeorando y los síntomas que presenta el paciente se irán desarrollando e irán perjudicando más a la salud global de este, produciendo un empeoramiento de la calidad de vida general del sujeto pues experimentará un aumento con el tiempo de la dificultad para respirar en la mayor parte de las actividades que realice en el día a día y, a su vez, las hospitalizaciones y la atención médica que requerirá, así como los tratamientos para paliar los síntomas serán cada vez mayores (Biblioteca Nacional de Medicina EE. UU, 2020).

Por otra parte, las personas que presentan esta patología no solo ven reducida su calidad de vida por los síntomas físicos que ocasiona el EPOC, sino que debido a la discapacidad física que produce la enfermedad, la asiduidad de ciclos repetitivos de disnea, la disminución del rendimiento físico, la poca movilidad y el aislamiento social, así como el aumento del uso de los servicios médicos que se requieren para tratarla, también se ve afectada la salud mental de todos aquellos que la padecen (Elassal, G., Elsheikh, M., & Zeid, A. G., 2014).

Las alteraciones emocionales que se asocian con más frecuencia a esta patología son la depresión y la ansiedad. Más adelante explicaremos a que se debe esto y porque aparecen este tipo de alteraciones en personas con EPOC, pero la existencia del desarrollo de estos trastornos en el plano emocional produce un empeoramiento de los síntomas clínicos que presentan los enfermos de EPOC tanto a corto plazo como a largo plazo (Jimenez Patiño, Celis & Aruachán, 2016).

Este último suceso que se comenta sobre la empeoración de los síntomas clínicos, se debe a que estas alteraciones emocionales producen en el enfermo una reducción de los recursos con los que dispone la persona para hacer frente a la sintomatología de la enfermedad. Esta patología, al generar una serie de limitaciones en el día a día del enfermo debido a la falta de aire genera una reducción de la ejecución de muchas de las actividades que una persona sana haría en ausencia de la enfermedad, por lo que se disminuye la experiencia o vivencia de momentos placenteros que de forma previa al desarrollo de la enfermedad la persona realizaba comúnmente.

A esto último le sumamos que debido al infra diagnóstico que existe alrededor de esta enfermedad, muchas personas con EPOC experimentan los síntomas de la enfermedad y las consecuencias sin saber específicamente porque y sin tener un tratamiento acorde a los síntomas que presentan, pudiéndose mejorar en gran medida la calidad de vida de la persona, con una atención médica que se ajuste de forma total a todos aquellos requerimientos que tiene el enfermo de EPOC, no solo a nivel físico con la atención de los especialistas en cuestión dedicados a la medicina, sino que también con una atención psicológica por parte de los especialistas en salud mental.

Es muy importante, en todas aquellas enfermedades donde se ve alterado el modo de vida que tenía una persona antes de ella, el tener un apoyo y poder desarrollar estrategias para hacer frente a la enfermedad de manera que no se vea empeorada la situación por no tener la atención médica necesaria.

Es necesario explicar en qué consisten ambos trastornos emocionales y hacer hincapié en por qué pueden llegar a aparecer y como se relacionan estos trastornos con los síntomas de la enfermedad y como pueden llegar a estar correlacionados de manera que incluso el paciente puede ver agravados sus síntomas por la presencia de tales trastornos psicológicos.

La depresión se puede definir como la experimentación por parte de la persona de anhedonia, que es la ausencia o pérdida de interés y placer, y/o un estado de ánimo depresivo durante más de 2 semanas. Los síntomas que caracterizan a este trastorno son:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- Disminución del interés o el placer todas o casi todas las actividades.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Disminución o aumento del apetito.
- Sentimientos de inutilidad y culpabilidad.
- Fatiga o pérdida de energía.

- Disminución de la concentración.
- Ideas de suicidio.

Por otra parte, el trastorno de ansiedad generalizada es una de las alteraciones más comunes a nivel mundial y se caracteriza por una preocupación excesiva acerca de varias actividades o acontecimientos que llega a resultar patológica. Los pacientes que la presentan tienen dificultad para poder llegar a controlar esta preocupación, llegando a experimentar tal preocupación más días de los que existe ausencia de ella. Los síntomas que puede experimentar una persona con este trastorno son:

- Agitación o nerviosismo
- Fatiga
- Dificultades de concentración
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Trastornos del sueño

La existencia de tales trastornos, que se categorizan dentro de los trastornos del estado de ánimo suele asociarse a un empeoramiento de la enfermedad, pues ciertos síntomas pueden perjudicar el modo en el que la persona enferma hace frente al EPOC. A su vez, el empeoramiento de los síntomas del EPOC produce un empeoramiento de la salud mental en la persona llegando a agravarse también los sentimientos de tristeza y ansiedad.

La aparición de estos trastornos que están muy relacionados con el EPOC se debe a que esta enfermedad crónica limita las actividades que puede realizar la persona, de tal manera que en niveles avanzados de la enfermedad muchas de las actividades que la persona realizaba con normalidad o con la mayor normalidad posible llega un momento en que no puede realizarlas. Esto último, hace que muchas de las áreas de la vida de la persona enferma se vean perjudicadas llegando incluso a situaciones en las que el enfermo de EPOC puede llegar a experimentar aislamiento social.

Ciertos síntomas que forman parte de la enfermedad, como la dificultad para la entrada de aire o la tos crónica que se agrava en las exacerbaciones pueden limitar mucho el día a día y puede ocasionar pensamientos de preocupación por no saber cómo puede avanzar la enfermedad o por no saber manejar del todo los síntomas.

Esta preocupación y la limitación de la actividad es la que da lugar a la aparición de los trastornos anteriormente mencionados. Cabe destacar que además de estar infradiagnosticada la enfermedad ocasionando de esta manera un empeoramiento de los síntomas que presentan y el pronóstico, también se ve perjudicada la salud mental de estas personas la cual es tan importante como la salud física que presentan. A pesar de cómo se relacionan estos trastornos del estado de ánimo con el pronóstico de la enfermedad y con el empeoramiento de los síntomas, en la práctica clínica, muchas de las veces que son diagnosticados no lo tienen en cuenta por lo que no se maneja de una forma correcta el tratamiento integral que deberían tener los pacientes con EPOC.

Debido al segundo plano que adoptan tales trastornos en relación con el EPOC, me he querido centrar en la investigación de la relación existente entre la aparición de los trastornos emocionales correlacionados y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. No solo pretendo investigar acerca de la aparición de tales trastornos, sino que también me parece importante estudiar el cómo afectan a los síntomas del enfermo de EPOC.

Esto último me parece muy importante, pues en el tratamiento de este tipo de enfermedades no se suele dar importancia a las estrategias con las que puede contar o no el enfermo para hacer frente a la enfermedad y lo que supone convivir con ella debido a su carácter crónico, siendo muy pocos los que tienen la opción de optar a terapia psicológica. El tratamiento integral de este tipo de enfermedades es muy importante pues la persona debe aprender a hacerse con la enfermedad y debe afrontar todos los posibles cambios que se van a ir produciendo en su día a día, de manera que la calidad de vida se vea lo menos perjudicada posible.

Método

Como punto de partida en la investigación se pretende realizar una entrevista, para recoger datos de interés en relación con el tema presentado. El participante al que se le va a realizar la entrevista presenta la enfermedad en un nivel avanzado y cuenta con ciertos factores que pueden facilitar la aparición de los trastornos mencionados. El objetivo es ver la relación que hay entre los datos recogidos en los artículos encontrados y en la entrevista a realizar al participante con EPOC. Además, se pretende evaluar como estas relaciones que se pretenden encontrar afectan a la calidad de vida del sujeto.

Participantes

El sujeto que ha participado en la presente investigación es un hombre de 69 años, a punto de cumplir 70. Reside en Roquetas de Mar, pueblo ubicado en Almería (España). Actualmente se encuentra jubilado, pero su ocupación en el pasado era la de carpintero metálico. Vive solo y es fumador.

El participante padece la enfermedad pulmonar obstructiva crónica desde los 64 años, según recogemos como dato en la entrevista realizada. Presenta los síntomas típicos de la enfermedad como son la falta de aire y la tos. Como enfermedad asociada al EPOC, podemos nombrar la hipertensión la cual es tratada a la vez que el EPOC. Presenta antecedentes familiares de la enfermedad, pues nos comenta que tanto el padre, que parece haber fallecido por falta de oxígeno, como el hermano padecían esta patología.

Como hemos podido ver en la bibliografía recogida, el sujeto presenta factores de riesgo para la presencia de algún tipo de trastorno emocional, pues vive en soledad y, por lo recogido en la entrevista, se ven limitadas muchas de las actividades que realiza en su día a día como aquellas que realizaba en el pasado e incluso cabe mencionar que hay prácticas que realizaba en el pasado que en la actualidad es incapaz de realizar debido a los síntomas de la

enfermedad y la discapacidad física que se produce a causa del padecimiento de la patología.

Dicho participante ha sido seleccionado para la entrevista pues cumple muchas de los factores que, recogidos en la bibliografía, facilitan la aparición de las alteraciones emocionales. Esto último resulta de vital importancia para la investigación pues se pretende evaluar la posible relación existente entre el padecimiento del EPOC y el trastorno de ansiedad generalizada.

Instrumentos

En la presente investigación, se han hecho uso de dos métodos para recoger la información necesaria para establecer unas conclusiones y valorar si se cumple la premisa de estudio y los objetivos de la investigación.

En primera instancia, se ha hecho uso de una entrevista semiestructurada la cual se pretende que resulte de gran utilidad para recoger todos los datos necesarios para que se necesitan para valorar si es posible la existencia de algún problema emocional, de manera que se evalúe de esta manera cuales son los síntomas del sujeto y las consecuencias que se derivan de ellos tanto a nivel físico, viendo cómo afecta al funcionamiento de la persona enferma en su día a día y en las actividades que puede o no realizar, como a nivel emocional, valorando el impacto que pueden producir todos estos cambios que se van produciendo en las distintas áreas de la vida del sujeto que padece la enfermedad, de manera que acaba afectando a la salud mental del enfermo.

Como segundo instrumento se ha usado un cuestionario que pretende evaluar la calidad de vida de la persona en relación a los síntomas del EPOC. De esta manera, podemos hacer una evaluación más completa y apoyar todos aquellos datos que se recojan en la entrevista con los datos obtenidos en el cuestionario para ver si concuerdan en su mayoría o no.

A continuación, se va a comentar cuales son las características de cada uno de

los instrumentos utilizados:

- Entrevista semi-estructurada: es considerada como un instrumento útil dentro del enfoque de investigación cualitativa que consiste en un proceso de comunicación de la cual se obtiene información relativa al sujeto entrevistado, la cual se encuentra contenida en su biografía. Se considera un método útil para obtener todo tipo de información sobre el modo de actuación y las creencias que adopta el sujeto (Alonso, 1998). Este tipo de entrevista facilita en cierta manera que el sujeto entrevistado exponga sus intereses, creencias y deseos (Ortí, 2000).

La entrevista al ser semiestructurada se organiza de tal manera que el investigador conforma previamente el cuerpo de la entrevista y los objetivos que planea conseguir formulando una serie de preguntas a realizar en el momento de la entrevista, sin que haya un esquema concreto al que ajustarse sin posibilidad de cambios. De esta manera, el guion de la entrevista se formula según los objetivos que se persigan, pero sin que la estructura de la entrevista sea secuencial como tal, dejando siempre la posibilidad de que se produzcan ciertos cambios en la estructura organizada en un principio.

- El COPD Assessment Test (CAT): se trata de un cuestionario cuyo objetivo es medir el impacto que tiene la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el bienestar y la vida diaria del sujeto que la padece. Una de las ventajas de este cuestionario es que permite la valoración multidimensional del impacto que puede llegar a tener el EPOC sobre la calidad de vida del enfermo.

Además, los resultados que se obtengan son útiles para mejorar el cómo se maneja la enfermedad de manera que se pueda obtener un mayor beneficio del tratamiento. Se trata de un cuestionario validado, siendo su consistencia interna de 0,88 (Jones, P.W et al., 2009).

El CAT está compuesto por un total de ocho ítems, de los cuales,

cuatro de ellos valoran los síntomas relacionados con la disnea, la tos y la expectoración y los otros cuatro, son dedicados a valorar la limitación que el enfermo tiene en relación a las actividades que realiza en el día a día y la calidad de sueño que posee.

En relación con las puntuaciones, según la respuesta que se elija en cada ítem, se obtiene un mínimo de cero puntos o en su defecto un máximo de cinco puntos. La suma total de cada uno de los ítems va a variar en función de las respuestas dadas entre cero puntos, significando esto una buena percepción por parte del sujeto de su calidad de vida, a un máximo de 40 puntos, donde como resultado se obtiene una percepción negativa sobre la calidad de vida que se posee. A continuación, se van a exponer cada uno de las posibilidades de interpretación en relación a las puntuaciones obtenidas en cada uno de los apartados y la suma de todos estos:

Nivel de Impacto	
Bajo impacto (1 – 10 puntos)	Mayor parte de los días son considerados como “buenos”, sin embargo, existen limitaciones por padecer EPOC
Impacto medio (11 – 20 puntos)	La existencia de días buenos son pocos, considerándose la EPOC como uno de los problemas más importantes para el sujeto que la padece
Impacto alto (21 – 30 puntos)	No hay existencia de días buenos y la enfermedad es considerada lo más importante
Impacto muy alto (31 – 40 puntos)	La enfermedad limita a la persona en un nivel muy elevado

Procedimiento

La investigación se podría decir que se divide en tres partes. La primera parte ha sido dedicada a la búsqueda de una base teórica que sustente el cuerpo de la investigación y nos permita trazar una línea que siga la misma dirección que el objetivo del presente trabajo. El objetivo principal que se ha querido perseguir es el averiguar la existencia de comorbilidad entre el EPOC y los trastornos emocionales, más concretamente del trastorno de ansiedad generalizada.

Las premisas que se han valorado es que los síntomas de la enfermedad pueden facilitar la aparición de alteraciones emocionales como la depresión y la ansiedad en las personas que padecen la enfermedad pues la aparición de esta cambia por completo el día a día del enfermo, pues poco a poco se van produciendo cambios en la capacidad física del enfermo y, por lo tanto, se producen cambios en todas aquellas actividades que realiza el enfermo pudiendo llegar incluso afectar de tal manera que algunas de ellas dejen de realizarse por la imposibilidad del enfermo de llevarlas a cabo con cierta normalidad.

Tras la búsqueda activa de cuerpos teóricos que sustenten las bases de la investigación y nos arrojen datos y fuentes que nos hagan enriquecernos sobre el tema en cuestión se ha procedido a la segunda parte de la investigación, la cual ha consistido en encontrar una persona que encajase en el perfil de la investigación, en el sentido de que padeciese la enfermedad y que el estado de esta fuese algo avanzado para valorar de una mejor manera como afectan los síntomas limitantes en el día a día a la persona.

Tras encontrar a la persona y la aceptación de esta a las explicaciones dadas sobre el objetivo del estudio y las directrices de esta, se ha procedido a realizar una evaluación a través de diferentes instrumentos.

Por una parte, se ha realizado una entrevista semiestructurada con el objetivo de conocer aspectos de la enfermedad, el conocimiento del enfermo de la patología previamente al padecimiento de la enfermedad y tras haber sido diagnosticada, de manera que se valore la información recibida por el enfermo por el centro de salud encargada de su tratamiento, así como el tratamiento recibido.

Esto último, resulta muy importante ya que el carácter de este tipo de enfermedad, requiere de un tratamiento eficaz a lo largo del tiempo donde la atención sea periódica. Así mismo, también se ha pretendido ahondar en todas las limitaciones que ha podido propiciar la patología en el entrevistado, así como las estrategias de afrontamiento adoptadas por el enfermo, de manera que también se vea valorado el estado de salud mental, el cual como ya sabemos puede verse afectado por todas las limitaciones que acompañan a la patología.

Las preguntas formuladas previamente han sido las siguientes:

Datos demográficos: ¿Cómo se llama?, ¿Cuántos años tiene?, ¿Dónde vive?, ¿Ocupación?, ¿Nivel de estudios?
¿Desde hace cuánto tiempo tiene usted la enfermedad?
¿Usted sabía de la enfermedad antes de que se la diagnosticasen?
¿Recibió información del médico acerca de la enfermedad?
¿Sabe porque puede estar ocasionada la enfermedad?
¿Qué síntomas presenta?
¿Considera que ha recibido un tratamiento adecuado o piensa que le ha faltado algo a su tratamiento?
¿A parte de tener esta enfermedad? ¿Tiene otra?
¿Alguna vez le han derivado al psicólogo o ha ido al psicólogo usted?
¿Ha notado que ha dejado de hacer actividades que antes podía pero que ahora nota que le cuestan más?
¿Ha notado que a lo mejor le ha afectado el no poder realizar las actividades que antes si podía?
¿Usted piensa que la enfermedad ha ido empeorando desde que la tiene?
¿Usted tiene alguna estrategia para hacer frente a la enfermedad?
¿Usted se siente triste o tiene preocupaciones que estén relacionadas con la enfermedad?
¿Usted piensa que su calidad de vida se ha visto empeorada desde que tiene la enfermedad?

Por otra parte, se ha procedido a valorar la percepción que tiene el sujeto sobre la calidad de vida que presenta a través de un cuestionario.

Tanto la entrevista como el cuestionario han sido realizados vía telefónica debido a que el entrevistado vive en un municipio distinto al entrevistador. El idioma en el que se han realizado ambas ha sido el español.

La tercera parte de la investigación es dedicada a la obtención de los resultados tanto en la entrevista como en el cuestionario y, por consiguiente, al análisis de dichos resultados.

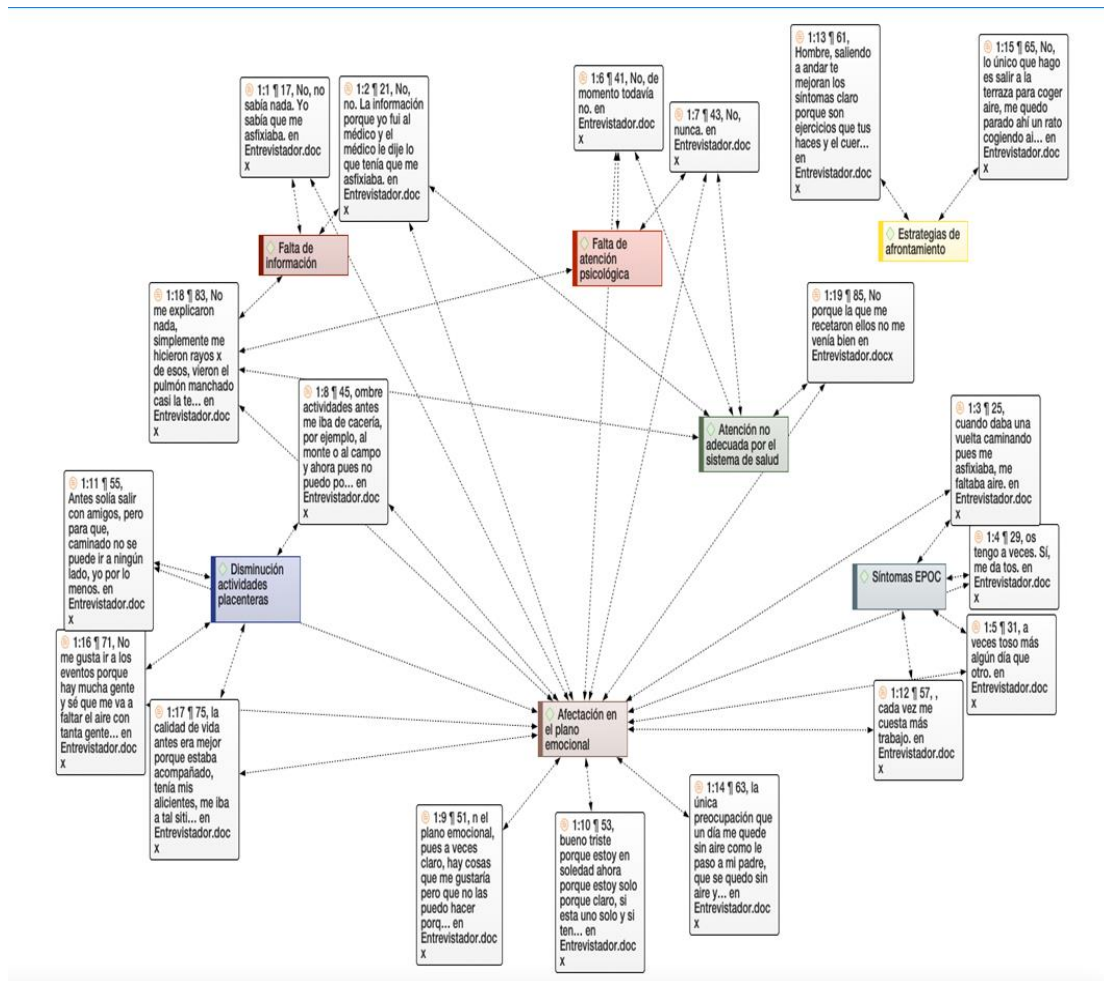
Recursos

Para realizar el presente trabajo de investigación, han sido necesarios varios materiales como son un ordenador y conexión a internet, así como una grabadora y un teléfono móvil a través del cual se han realizado tanto la entrevista como el cuestionario. Para la obtención del marco teórico se ha hecho uso de distintas bases de datos, así como de material didáctico.

Resultados

En relación con la entrevista, las respuestas del sujeto entrevistado parecen indicar que la relación que existe entre el empeoramiento de la calidad de vida y la aparición de la enfermedad con los consiguientes síntomas es significativa. Tras el análisis de las respuestas dadas por el entrevistado a cada una de las preguntas y la categorización de cada una de ellas dentro de distintas variables en la elaboración de una red podemos ver la relación existente entre cada uno de los entramados que dan lugar a la amplia red donde cada una de las variables parece afectar al estado psicológico del sujeto y por lo que supone cada una de ellas, a su calidad de vida.

Para obtener y poder valorar los resultados obtenidos en la entrevista realizada al sujeto con EPOC se ha utilizado el programa Atlas.ti.



Para diferenciar cada una de las respuestas han sido organizadas en códigos de manera que se pudiese ver de una forma más clara las relaciones existentes entre ellas. La red resultante que se ha obtenido tras categorizar cada una de las respuestas según las distintas variables que parecen influir en el estado psicológico y, por lo tanto, en la enfermedad ya sea como consecuencia o en el desarrollo de esta es la siguiente:

Los códigos establecidos para elaborar la red han sido los siguientes: falta de información, disminución de actividades placenteras, falta de atención psicológica, atención inadecuada en el sistema de salud, estrategias de afrontamiento, síntomas de la enfermedad y afectación en el plano emocional. Cada uno de ellos influyen en el estado psicológico del enfermo de EPOC y, por lo tanto, en su calidad de vida.

Según las respuestas dadas por el entrevistado, la atención recibida no ha sido la suficiente y no se ha valorado en ningún momento la atención psicológica como parte del tratamiento integral que en principio deben recibir estos pacientes. Por otra parte, podemos ver que el paciente dice haber dejado de realizar actividades placenteras por los síntomas de la enfermedad. Refiere sentirse solo en ocasiones y no hablar con su familia de ello o de la enfermedad para no preocupar.

Los síntomas parecen indicar que la enfermedad se encuentra en estado avanzado por lo que la calidad de vida ha empeorado e incluso el propio paciente lo verbaliza. Hay indicadores de que la enfermedad y los cambios producidos en la vida del paciente a causa de ello ha afectado a varias áreas de su vida incluyendo el estado emocional del sujeto.

Con respecto al cuestionario que ha realizado el sujeto, los resultados han sido los siguientes:

Yo nunca toso (0) – Toso todo el tiempo (5): 3

No tengo flema (0) – Tengo el pecho lleno de flema: 4

No siento el pecho oprimido (0) – Siento el pecho oprimido (5): 4

No me falta el aliento al subir pendientes o escaleras (0) – Me falta el aliento al subir pendientes o escaleras (5): 5

No tengo limitaciones para las tareas del hogar (0) – Estoy totalmente limitado para las tareas del hogar (5): 3

No tengo problemas para salir de mi casa (0) – No me siento seguro para salir de mi casa (5): 4

Duermo profundamente (0) – Mi problema respiratorio me impide dormir (5):

4Tengo mucha energía (0) – No tengo nada de energía (5): 3

PUNTUACIÓN TOTAL: 30 puntos

El resultado del cuestionario encaja según la puntuación obtenida en la categoría de impacto alto, por lo que la enfermedad es un problema muy presente para el sujeto y no hay días buenos en una semana media normal.

Conclusiones

El análisis general que podemos hacer de las respuestas dadas por el sujeto nos indica que efectivamente hay un porcentaje muy elevado de la población que no es conocedora del EPOC, como el sujeto entrevistado, y que la información que nos proporcionan desde los centros de salud o desde el ámbito sanitario también es muy limitada (López-Varela M et. al., 2008). El sujeto en la entrevista nos cuenta que a él no se le comentó nada acerca de la enfermedad y que, además, se le recetó una medicación, la cual ni si quiera era totalmente útil pues él tuvo que comentar otra que estaba tomando su hermano para que le hiciera el efecto deseado.

Por otra parte, también hemos podido ver en la entrevista que efectivamente los síntomas de la enfermedad incapacitan al sujeto para realizar muchas de las actividades que con anterioridad realizaba y le producían placer, dando lugar a una serie de emociones que hemos podido dilucidar en la entrevista.

El paciente declara sentir miedo a veces, pero no comentarlo con nadie por no preocupar, sentir preocupación de ir a sitios abarrotados de gente por miedo a no poder respirar bien y sentir preocupación por su condición y vivir en soledad por si le sucede algo, no tener a nadie a quien acudir. Además de todo esto, el paciente nos cuenta que siente malestar por no poder realizar ciertas actividades que le encantaban pero que actualmente la enfermedad no le permite. En relación a esto último, se puede decir que la incidencia de los síntomas relacionados con alguna alteración emocional parece ser mayor en pacientes con una limitación a la hora de realizar actividades (Jácome, C; Márquez, A; Gabriel, R; Cruz, J & Figueiredo, D, 2015).

A pesar de haber comentado todo lo anterior, el sujeto nos dice que nunca ha sido derivado al médico y que él tampoco ha decidido acudir nunca al psicólogo. Como hemos podido ver en la bibliografía se le da poca importancia a la salud mental y por consiguiente al tratamiento de las alteraciones psicológicas en relación con las enfermedades físicas que pueden perjudicar de manera directa

la salud mental (Quintero, L.A., y Rosas, S., 2020). El paciente no había sido diagnosticado de EPOC hasta que él mismo dijo que no podía respirar y solicitó el tratamiento. Además, ni siquiera el tratamiento que se le recetó era el adecuado y no se tuvo tampoco en cuenta, como parte del tratamiento, la intervención psicológica como manera de mejorar las estrategias de afrontamiento del sujeto en relación con los síntomas del EPOC.

El cuestionario que mide la calidad de vida en relación con la enfermedad también nos da mucha información sobre cómo ha afectado la enfermedad al sujeto y como los síntomas que presenta le incapacitan de un modo general en su vida y en las actividades que forman parte de ella. La puntuación obtenida nos indica que la incapacidad y el nivel de afectación son muy altos pues al analizar el cuestionario se han obtenido un total de 30 puntos, encajando por la puntuación obtenida en la categoría de incapacidad alta. La mayor parte de los días el sujeto se ve incapacitado por los síntomas y no puede realizar de un modo general las actividades del día a día sin dificultad.

Las conclusiones que podemos obtener son, que efectivamente no se da la información necesaria ni se educa a la población en relación con esta enfermedad, siendo esto un factor muy importante para prevenir su aparición debido a la asociación que existe con el tabaco, práctica que realiza gran parte de la población. Otro punto a destacar es que el tratamiento que reciben los pacientes en caso de que se les diagnostique, porque existen muchos casos que no son diagnosticados y, por lo tanto, no reciben un tratamiento específico, muchas veces no se ajusta a los síntomas del paciente y la enfermedad resulta mucho más incapacitante de lo que debería ser para el paciente y su pronóstico.

Y, por último, que efectivamente la enfermedad debido a los cambios que genera en la vida del paciente produce muchos síntomas negativos como tristeza, frustración, miedo, ansiedad...etc., dando lugar o facilitando la aparición de trastornos psicológicos que, además, pueden empeorar los síntomas de la enfermedad (Jiménez, Patiño, Celis, y Aruachán, 2016). En este caso, sería necesario hacer una evaluación más exhaustiva del paciente y sus síntomas para poder llegar a esa conclusión, pero sí que se ven ligeros indicios de que puede

estar ocurriendo eso.

Como futura línea de investigación, sería muy importante hacer un sondeo más exhaustivo y ver más casos para poder tener información más completa, de modo que se pueda extrapolar a la población, aunque los estudios actuales ya apuntan hacia todo lo comentado con anterioridad. Además, sería muy importante investigar de un modo más concreto en relación con la aparición de los trastornos que están más relacionados, la depresión y la ansiedad, de manera que se delimite como afecta cada uno y porque aparecen.

Bibliografía

Alfageme, I., de Lucas, P., Ancochea, J., Miravittles, M., Soler-Cataluña, J. J., García-Río, F., Casanova, C., Rodríguez González-Moro, J. M., Cosío, B. G., Sánchez, G. y Soriano, J. B. (2019, enero). Nuevo estudio sobre la prevalencia de la EPOC en España: resumen del protocolo EPISCAN II, 10 años después de EPISCAN. *Archivos de Bronconeumología*, 55(1), 38-47. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.05.011>

Alonso, J. & Ferrer, M. (1998). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y salud percibida. *Medicina Clínica*, 111, 580-582.

Alonso, L. E. (1998). La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos. Colegio Oficial de Psicólogos de España (1998). Perfiles profesionales del psicólogo. Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. <http://www.cop.es/perfiles/contenido/trabajo.htm>

Álvarez-Sala, J.L.; Cimas, E.; Masa, J.F.; Miravittles, M.; Molina, J.; Naberan, K.; Simonet, P. & Viejo, J.L. (2001). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Archivos de Bronconeumología*, 37, 269-278.

Anxiety and depression in Portuguese patients with chronic obstructive pulmonary disease: a multicentre cross-sectional study. Obtenido de *Rev Port Med Geral Fam*; 31:24-32: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v31n1/v31n1a04.pdf>

Barnes, P. (2000). Chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal Medicine*, 343, 269-280.

Biblioteca Nacional de Medicina EE. UU. (04 de mayo de 2020). MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000091.htm>

Brannon, L. & Feist, J. (2001). Psicología de la Salud. Madrid: Paraninfo. Breslin, E. (1998). Percepción de la fatiga y la calidad de vida en pacientes con EPOC. *Chest*, 114, 958-964.

Cabal Escandóna, V., Montes Monsalve, L. A., Celis Sarmiento, N. S. & Ortiz Mahecha, A. L. (2022, 13 julio). Grupo de síntomas de enfermedad pulmonar

obstructiva crónica y cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie24.gsep>

Calle Rubio, M., Rodríguez Hermosa, J. L., Miravittles, M. & López-Campos, J. L. (2021, diciembre). Conocimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, presencia de síntomas respiratorios crónicos y uso de la espirometría en la población española: estudio CONOCEPOC 2019. *Archivos de Bronconeumología*, 57(12), 741-749. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.07.036>

Campo-Arias, A., Pedrozo-Pupo, J. C. & Ceballos-Ospino, G. A. (2021, 29 enero). Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Acta Médica Colombiana*, 46(2). <https://doi.org/10.36104/amc.2021.1644>

Elassal, G., Elsheikh, M., & Zeid, A. G. (2014). Evaluación de los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: un estudio de casos y controles. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 1-8. <https://bbibliograficas.ucc.edu.co:2152/science/article/pii/S0422763814000600>

«EPI-Scan 2»: el primer mapa completo de la EPOC en España. Redacción Médica. [2020]. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/neumologia/-epi-scan-2-el-primer-mapacompleto-de-la-epoc-en-espana-4123>

FIABILIDAD Y VALIDEZ - Tema 7 La entrevista psicológica Carmen Maganto Mateo y Soledad Cruz Sáe. (s. f.). <https://1library.co/article/fiabilidad-validez-entrevista-psicol%C3%B3gica-carmen-maganto-mateo-soledad.dy4265rq>

Jácome, C; Márquez, A; Gabriel, R; Cruz, J & Figueiredo, D. (2015). Quintero, L. A., & Rosas, S. (2020). Prevalencia y factores asociados a depresión en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un programa de atención interal de Bogotá 2017-2018.

<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/25280/Tesis%20Prevalencia%20de%20depresi%C3%B3n%20y%20factores%20asociados%20en%20pacientes%20con%20EPOC.pdf?isAllowed=y>

Jiménez, L., Patiño, D., Celis, C., & Aruachán, S. &. (2016). Depresión en ancianos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica/asma: resultados del estudio sabe-bogotá. .

Obtenido de Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. Vol. 30 No. 2:

http://acgg.org.co/pdf/pdf_revista_16/articulo%201%20revista%202-2016.pdf

Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W. H. & Kline Leidy, N. (2009, 31 agosto). Development and first validation of the COPD Assessment Test. *European Respiratory Journal*, 34(3), 648-654. <https://doi.org/10.1183/09031936.00102509>

Latorre, P. & Beneit, J.M. (1994). Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud. Buenos Aires: Lumen.

López-Varela MV, Muiño A, Pérez-Padilla R, Jardim JR, Tálamo C, Motes de Oca M, et al. Treatment of chronic obstructive pulmonary disease in 5 Latin American cities: the PLATINO study. *Arch Bronconeumol*. 2008;44(2):58-64. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1579-2129\(08\)60016-6](https://doi.org/10.1016/S1579-2129(08)60016-6)

Ortí, A. (2000). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En M. García-Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira, *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 219-297). Madrid: Alianza Editorial.

Perpiñá, C. (2014). *Manual de la entrevista psicológica*. Ediciones Pirámide.

Rodríguez-Marín, J. (1995). Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis. Sandín, B. (1995). Ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds), *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill, 71-74.

Vázquez Rosa A, Tarraga Marcos A, Tarraga Marcos L, Romero de Ávila M, Tarraga López PJ. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y comorbilidad. *JONNPR*. 2020;5(10):1195-220. DOI: 10.19230/jonnpr.3863

Villacres Fernández, F. A., Gavilanes Torres, A. A. & Cruz Villegas, J. A. (2022,9 junio). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *RECIMUNDO*, 6(3), 94-102. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.94-102](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.94-102)

Vinaccia, Stefano, & Quiceno, Japcy Margarita, & Zapata, Carla, & Obesso, Susana, & Quintero, Diana Carolina (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*, (18),89-108. ISSN: 0123-417X. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301805>

Vinaccia, S.; Tobón, S.; Moreno San pedro, E.; Cadena, J. & Anaya, J.M. (2005a).
Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide.
International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 5, 45-60.

Anexo I

Transcripción entrevista

Entrevistador: Bueno, voy a recoger un par de datos ¿Vale?, y tengo un par de preguntas formuladas que tú puedes responder como vayas viendo, conforme te vaya preguntando. Sujeto: Venga.

Entrevistador: ¿Cómo se llama?

Sujeto: Antonio

Entrevistador: ¿Cuántos años tiene Antonio?

Sujeto: Tengo setenta, voy a cumplir.

Entrevistador: Vale, setenta años. ¿Dónde vive?

Sujeto: Vivo ahora en Almería, en Roquetas de Mar.

Entrevistador: ¿Cuál es su ocupación?

Sujeto: Mi ocupación pues ir en bicicleta por la mañana, dar una vuelta y por la casa, hacer un poco de comida para poder comer.

Entrevistador: No, pero me refiero a en que trabaja o trabajaba.

Sujeto: Ah bueno, trabajaba de carpintero metálico.

Entrevistador: ¿Cuál es su nivel de estudios?

Sujeto: Mi nivel de estudios es tercero de bachiller, cuarto de bachiller, segundo año oficialía y, nada más.

Entrevistador: Vale, pues ahora voy a pasar a preguntarte un par de cosas sobre la enfermedad. ¿Vale? ¿Desde hace cuánto tiempo tiene usted la enfermedad?

Sujeto: Que recuerde la llevo desde los sesenta y cuatro más o menos

Entrevistador: ¿Usted sabía de la enfermedad antes de que se la diagnosticasen? Sujeto: No, no sabía nada. Yo sabía que me asfixiaba.

Entrevistador: ¿Cuándo le diagnosticaron la enfermedad?

Sujeto: Ya se lo he dicho, en el 64 porque mi hermano tenía la misma y a mí me ha entrado la misma.

Entrevistador: ¿Recibió información del médico o se enteró usted por su hermano? Sujeto: No, no. La información porque yo fui al médico y el médico le dije lo que tenía que me asfixiaba.

Entrevistador: ¿Sabe porque puede estar ocasionada la enfermedad? ¿Le han explicado algo?

Sujeto: Pues seguro, seguro del tabaco porque por herencia mi padre fumaba mucho, mi hermano fumaba mucho y yo fumo mucho y no sé si es por el tabaco o por herencia.

Entrevistador: si, una de las causas es el tabaco. Vale, y ¿Cuándo empezaste a notar los síntomas, ósea, que tipo de síntomas empezaste a notar?

Sujeto: Pues síntomas que cuando daba una vuelta caminando pues me asfixiaba, me faltaba aire.

Entrevistador: ¿Tiene algún otro síntoma o solo la falta de aire?

Sujeto: No, solamente ese síntoma y una caída que tuve en el trabajo de que me duele el hombro.

Entrevistador: Pero no tiene, por ejemplo, la enfermedad tiene más síntomas, por ejemplo, la tos, mucosidad...etc.

Sujeto: Tos tengo a veces. Sí, me da tos.

Entrevistador: ¿usted nota que a veces es más grave la tos? Sujeto: a veces toso más algún día que otro.

Entrevistador: ¿Considera que ha recibido un tratamiento adecuado o piensa que le ha faltado algo a su tratamiento?

Sujeto: No sé si existe otro tratamiento vaya, pero este de momento me va bien, me satisface porque me alivia, por lo menos me tiro el día bien.

Entrevistador: ¿El tratamiento que tiene ahora fue el que tenía en un principio?

Sujeto: Mas o menos es el mismo, me cambiaron a otro más fuerte, pero es lo mismo, es la misma medicina digamos, de la misma casa.

Entrevistador: ¿A parte de tener esta enfermedad? ¿Tiene otra?

Sujeto: No, de momento no. De momento no tengo nada más que esa.

Entrevistador: Por ejemplo, como hipertensión, que también esta asociada.

Sujeto: la tensión me dijo que claro al asfixiarme, se me subía mucho la tensión me mandaron unas pastillas que son las que tomo y claro eso me la regula.

Entrevistador: ¿Alguna vez le han derivado al psicólogo o ha ido al psicólogo usted?

Sujeto: No, de momento todavía no.

Entrevistador: Nunca le han derivado al

psicólogo ¿no? Sujeto: No, nunca.

Entrevistador: Ya más en el plano de actividades que realiza y el plano más emocional.

¿Ha notado que ha dejado de hacer actividades que antes podía pero que ahora nota que le cuestan más?

Sujeto: Hombre actividades antes me iba de cacería, por ejemplo, al monte o al campo y ahora pues no puedo porque me asfixio. Y la natación también me gustaba nadar mucho, ahora, pues no puedo.

Entrevistador: ¿Y actividades del día a día? ¿Nota que hay alguna que le cuesta?

Como salir a andar, hacer la compra...

Sujeto: Todos los días voy cerca de aquí para tomar café y vuelvo a la casa. Y por la bicicleta pues voy de pesca porque voy en bicicleta y me canso menos.

Entrevistador: ¿Nota que puede hacerlo perfectamente o nota que le cuesta un poco?

Sujeto: Cuesta un poquillo, pero lo hago, lo puedo hacer.

Entrevistador: y en el plano emocional, ¿Ha notado que a lo mejor le ha afectado el no poder realizar las actividades que antes sí podía?

Sujeto: en el plano emocional, pues a veces claro, hay cosas que me gustaría pero que no las puedo hacer porque yo sé que me va a afectar, que me voy a cansar.

Entrevistador: Por ejemplo, ha notado que a lo mejor a veces se pone triste o que se preocupa porque a lo mejor no va a poder hacer una cosa y se va a asfixiar

Sujeto: bueno triste porque estoy en soledad ahora porque estoy solo porque claro, si está uno solo y si tengo por ejemplo algún miedo de que me va a pasar algo y me encuentro solo, pues es a lo único que le temo.

Entrevistador: ¿No nota que le haya afectado la enfermedad a nivel emocional?, el no poder salir a lo mejor como antes hacía a nadar

Sujeto: no, emocional no porque no. Antes solía salir con amigos, pero para que, caminando no se puede ir a ningún lado, yo por lo menos.

Entrevistador: ¿Usted piensa que la enfermedad ha ido empeorando desde que la tiene?,

¿Lo ha notado?

Sujeto: Con la edad se empeora claro. Se empeora cada vez más, cada vez me cuestamás trabajo.

Entrevistador: Claro, sí, porque se supone que la enfermedad es progresiva.

Sujeto: Claro, es progresiva.

Entrevistador: Va empeorando con el tiempo. ¿Usted tiene alguna estrategia para hacer

frente a la enfermedad? ¿Algo que le haya servido? Por ejemplo, nota que saliendo a andar lleva mejor o mejoran los síntomas y otra cosa.

Sujeto: Hombre, saliendo a andar te mejoran los síntomas claro porque son ejercicios que tú haces y el cuerpo coge más aire y te sientes un poco mejor.

Entrevistador: ¿Y, por ejemplo, usted se siente triste o tiene preocupaciones que estén relacionadas con la enfermedad?

Sujeto: No, preocupaciones que yo sepa la única preocupación que un día me quede sin aire como le paso a mi padre, que se quedó sin aire y cuando vino el médico se quedó tieso.

Entrevistador: ¿Cuándo usted siente ese tipo de preocupaciones, por ejemplo, acude a alguien para hablarlo? ¿O simplemente las piensa?

Sujeto: No, lo único que hago es salir a la terraza para coger aire, me quedo parado ahí un rato cogiendo aire de la terraza y me recupero.

Entrevistador: ¿Entonces no ha notado una tristeza excesiva ni preocupaciones alrededor de la enfermedad?

Sujeto: No, de momento no. Yo sé que la enfermedad viene del tabaco. Eso

seguro. Entrevistador: ¿Y piensa que lo lleva peor por estar solo? ¿Qué lo llevaría mejor si tuviese compañía?

Sujeto: Pues igual, porque a veces estando acompañado por no preocupar a la familia pues no le digo nada.

Entrevistador: Por ejemplo, ¿Ha notado que deja de acudir a eventos porque siente que le va a faltar el aire ahí o le da vergüenza?

Sujeto: No me gusta ir a los eventos porque hay mucha gente y sé que me va a faltar el aire con tanta gente que hay. Y eso si es un local cerrado o abierto hay tanta gente que yo ahí no acudo.

Entrevistador: ¿A veces falta porque piensa en lo que van a pensar los

demás? Sujeto: Yo no pienso en eso.

Entrevistador: Vale. Un momento. La última pregunta que le voy a hacer es en relación con la calidad de vida. ¿Usted piensa que su calidad de vida se ha visto empeorada desde que tiene la enfermedad?

Sujeto: Hombre, la calidad de vida antes era mejor porque estaba acompañado, tenía mis alicientes, me iba a tal sitio, me iba a pescar, iba hacer esto y lo otro y, ahora, ha cambiado, ha variado un poco. Me estoy adaptando y ahora estoy adaptado.

Entrevistador: ¿Usted piensa que le costó adaptarse desde que tuvo la enfermedad hasta ahora que sí que la lleva?

Sujeto: sobre la marcha te adaptas a lo que tiene, a lo que hay hoy en día. Te adaptas a los nuevos amigos, cosas de esas.

Entrevistador: vale, entonces usted piensa ahora mismo que sí que se adapta a la enfermedad ¿no?

Sujeto: Sí, ya me he adaptado. Lo mismo de todos los días lo hago. Ya me adapto y sobre que ahora tengo que tomarme esto, ya estoy adaptado a la hora. Al horario habitualmente.

Entrevistador: y así como última pregunta, ¿usted piensa que desde el centro de salud se ha hecho todo lo posible o que podrían haber hecho algo más para mejorar su enfermedad?, en relación con la atención médica...

Sujeto: Eso habría que preguntárselo al médico o a alguien. Yo no sé si este centro de salud ha hecho lo correcto para mi enfermedad.

Entrevistador: usted cuando le diagnosticaron la enfermedad, ¿le explicaron algo? O simplemente le dieron tratamiento.

Sujeto: No me explicaron nada, simplemente me hicieron rayos x de esos, vieron el pulmón manchado casi la tercera parte, me dijeron usted fuma mucho y entonces le dije sobre la medicina que tenía mi hermano, que me la recetasen a mí y esa es la que me han recetado.

Entrevistador: ósea que ni siquiera fueron ellos los que le recetaron la medicina, fue usted el que le dijo

Sujeto: No porque la que me recetaron ellos no me venía bien

Entrevistador: Sí que a lo mejor era muy floja.

Sujeto: Era muy floja

Entrevistador: Vale, pues mucha gracias. Muchas gracias por su atención

Sujeto: Venga.