

## ***CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU IMPACTO SOBRE LA COGNICIÓN HACIA LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON HIPERPLASIA PROSTÁTICA***

STEFANO VINACCIA\*, JAPCY MARGARITA QUICENO, PAOLA FONSECA, HAMILTON FERNÁNDEZ  
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, MEDELLÍN, COLOMBIA

SERGIO TOBÓN  
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN, COLOMBIA

*Recibido, junio 15/2006*

*Concepto evaluación, septiembre 25/2006*

*Aceptado, octubre 5/2006*

### Resumen

El propósito de esta investigación fue evaluar las dimensiones de calidad de vida y su relación con las cogniciones acerca de la enfermedad en 30 pacientes entre los 48 y los 82 años diagnosticados con Hiperplasia Prostática, a quienes se les aplicó el Short Form Health Survey (SF-36), Illness Cognitive Questionnaire (ICQ) y el International Prostate Symptom Score (I-PSS). Los resultados evidenciaron un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes. La cognición hacia la enfermedad tuvo una puntuación media en todas sus dimensiones y hubo una valoración severa respecto a los síntomas del prostatismo. En conclusión, la percepción desfavorable de la Hiperplasia Prostática aumenta con la gravedad de su sintomatología física y especialmente por el impacto de ésta en los factores psico-sociales asociados, afectando así la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

*Palabras clave:* Calidad de vida afectada por la salud, Cognición acerca de la enfermedad, Hiperplasia Prostática, Síntomas.

## ***QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH AND ITS IMPACT ON COGNITIONS ABOUT THE DISEASE IN PATIENTS WITH PROSTATE HIPERPLASIA***

### Abstract

The purpose of this research was to evaluate the dimension of quality of life and its relationship with cognitions regarding their illness in 30 patients between the ages of 48 and 82 years old who had been given the diagnosis of Prostate Hyperplasia and who were administered the Short Form Health Survey (SF-36), the Illness Cognitive Questionnaire (ICQ) and the International Prostate Symptom Score (I-PSS). Results showed an important deterioration in the quality of life of these patients. Cognitions about the disease got an average score in all their dimensions and a very negative appraisal of the prostate symptoms was found. In conclusion, the unfavorable perception of the Prostate Hyperplasia increases with the severity of the physical symptoms especially due to the impact these have on the associated psychosocial factors, thus affecting the quality of life of the people who suffer from this disease.

*Key words:* Quality of life related to health, Cognitions regarding the disease, Prostate Hyperplasia, Symptoms.

---

### INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo cual implica reajustes psicológicos de

gran impacto para los mismos (Vinaccia, et. al. 2005a; Vinaccia, et. al. 2005b; Vinaccia, et. al. 2005c).

La Hiperplasia Benigna de la Próstata (HBP) es una entidad histopatológica caracterizada por un crecimiento fibromioadenoso de la glándula prostática que se manifiesta clínicamente con los síntomas conocidos como prostatismo que incluyen trastornos miccionales irritativos y/o destructivos (Tanagho & Meanich, 1997).

---

\* Director del Grupo Salud Comportamental. Universidad de San Buenaventura Medellín-Colombia, Facultad de Psicología. vinalpi47@yahoo.es

Aunque en la mayoría de casos los pacientes acuden al médico preocupados por la gravedad de sus problemas miccionales, es el grado de obstrucción del cuello vesical lo que compromete más la salud futura del paciente. Los trastornos de la micción de tipo obstructivo comprenden la sensación de vaciado vesical incompleto, dificultad de inicio miccional, chorro urinario débil y micción intermitente. Los síntomas de tipo irritativo son: urgencia, incontinencia y nicturia, (Tanagho & Mcanich, 1997). Gramo a gramo de tejido, la próstata tiene la frecuencia más alta de enfermedades que cualquier otro órgano del cuerpo. A pesar de su pequeño volumen presenta una incidencia excepcionalmente alta de cáncer, lesiones inflamatorias crónicas y, por supuesto, crecimiento benigno. El crecimiento benigno de la glándula es el tumor benigno más común en el ser humano que se hace más prevalente hacia la edad de 50 años y llega a ser casi universal en los hombres mayores de 80 años como lo muestra el cuadro que relaciona el diagnóstico de HBP en autopsias de acuerdo a la edad convirtiendo a esta enfermedad en un problema epidemiológico de proporciones incalculables (Salinas, et. al. 2000, 2002).

Los síntomas de la HPB afectan mucho la calidad de vida de los pacientes, quienes no desean salir a la calle por miedo a no encontrar un baño y tampoco van a reuniones por razones similares, por lo que la vida social se deteriora paulatinamente. Además, las personas que padecen esta enfermedad pueden sentir vergüenza de su condición, porque al mojar los interiores sienten pena, máxime si esa orina le provoca mal olor. Como el paciente con HPB se despierta varias veces en la noche e interrumpe su sueño, al día siguiente puede amanecer cansado y malhumorado (Vinaccia, et. al. 2005d). Al respecto Schulman, et. al. (2005) plantean que la nicturia es una alteración muy prevalente en varones de edad avanzada, y puede asociarse con muchas más complicaciones. Por lo tanto, debe ser valorada y tratada en forma apropiada, ya que tiene alto impacto en la calidad de vida de estos pacientes.

Entre las áreas de mayores avances en los últimos años se destaca la evaluación de la calidad de vida, producto de un interés por aspectos cuanti-cualitativos, centrados en el paciente, dando paso a una visión menos anatómica y más funcional de las enfermedades crónicas como es el caso de la Hiperplasia Benigna de la Próstata.

La calidad de vida es un concepto complejo que incluye el bienestar físico, mental y social percibido por el individuo, felicidad, satisfacción y recompensa (Schwartzmann, 2003). En este sentido, se asume que la calidad de vida tiene componentes objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (definiciones globales basadas en el bienestar cuyos marcadores son la satisfacción y la felicidad). Dentro de este contexto, surge el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, aspecto determinante en cuanto repercute en el resto de los elementos y valores presentes en la calidad de vida total (Vinaccia, et. al. 2005a).

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel fisiológico (sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras) (Schwartzmann, 2003).

Respecto a este tema, la gran mayoría de los investigadores ha trabajado desde la medicina urológica, véase Naughton, et. al. (2004) quienes utilizaron en sus investigaciones variados instrumentos generales y específicos para medir tanto calidad de vida como incontinencia urinaria y síntomas asociados, en la tabla 1 se pueden apreciar algunos de estos instrumentos.

**Tabla 1**

Instrumentos generales y específicos para medir calidad de vida e incontinencia urinaria.

Calidad de vida	Incontinencia Urinaria y síntomas
- SF-36: Medical Outcomes Study Short-form-36	- Urogenital Distress Inventory
- El EuroQoL-5	- King's Health Questionnaire
- Sickness Impact Profile	- Incontinence Severity Index
- Nottingham Health Profile	- Danish prostatic Symptom Score
- Göteborg Quality of Life Instrument	- International Continence Society Questionnaire
- Quality of Life in Persons with Urinary Incontinence	- Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms
- IIQ [Incontinence Impact Questionnaire]	- Symptom Severity Index
- Prostate-targeted Health-related Quality of Life	- International Consultation on Incontinence Questionnaire
	- I-PSS: International Prostate Symptom Score

Salinas, et. al. (2001) desarrollaron una investigación para medir calidad de vida en pacientes que estaban de cirugía con diagnóstico de Hiperplasia Prostática y síntomas urológicos asociados. A una muestra de 189 pacientes se le aplicó el cuestionario SF-36 y el I-PSS. Se encontró que había buenos puntajes en las escalas del SF-36 asociados a funciones sociales y baja calidad de vida en las subescalas del SF-36 asociadas con funciones físicas. Además, se encontraron niveles severos de sintomatología asociada a la incontinencia urinaria medida por I-PSS. En otra investigación Doll, et. al. (1993) utilizaron con el mismo fin el Göteborg Quality of Life Instrument, encontrando que el 88% de los pacientes encuestados presentó problemas asociados a su calidad de vida, específicamente con el nivel de sueño en un 75%, nivel de trabajo en un 33%, nivel de sexualidad en un 31%, nivel de vida social en un 29% y nivel de vida diaria en un 29%.

Por último, Salinas, et. al. (2000) desarrollaron una investigación descriptivo transversal con 133 pacientes con diagnóstico de Hiperplasia Benigna de la Próstata. Usaron la escala Symptom Severity Index y encontraron que la repercusión del prostatismo aumentaba con su gravedad incidiendo especialmente los síntomas irritativos, fundamentalmente la nicturia (orinar durante la noche). Los autores consideraron además que otros factores probablemente psicológicos afectarían a la variabilidad individual de la tolerancia al prostatismo, lo que indicaría que la decisión para el tratamiento de HBP estaría más en relación con la problemática original y afectación sobre la calidad de vida que por su gravedad sintomatológica.

Por otro lado, enfermedades como la HBP se pueden analizar también en términos de la Teoría de la Crisis (Moos & Schaefer, 1984), la cual trata acerca del impacto que tiene la interrupción de un patrón establecido de funcionamiento social y personal. Esta teoría plantea la posibilidad de que los individuos tienden a funcionar en un estado de equilibrio y cuando dicho estado se interrumpe por cualquier razón, incluyendo la enfermedad, las personas, para recuperar el equilibrio, se basan en aquellos modos de respuesta anteriores que les hubieran resultado efectivos. La crisis se produce cuando los acontecimientos son tan extremos o importantes que los patrones de afrontamiento habituales resultan inadecuados y, de esta manera, las personas experimentan un exacerbado sentimiento de ansiedad, temor y estrés. Pero, dado que las personas no pueden tolerar un estado de crisis por mucho tiempo, adoptan nuevos modos de respuesta y algunas de esas nuevas formas de afrontamiento pueden conducir a una adaptación sana, pero otras pueden provocar ajustes insanos y un deterioro psicológico. Hay que notar que la crisis en sí misma no es sana ni patológica: se

trata simplemente de un punto de inflexión en la vida de una persona, cuyo resultado puede ser, bien un ajuste saludable ante el acontecimiento que lo precipita, o bien una adaptación psicológica insana (Brannon & Feist, 2001).

Siguiendo la misma línea de trabajo, Evers et. al. (2001) han planteado que en la enfermedad -por definición una situación adversa a largo término y sumamente incontrolable- las personas pueden desarrollar reevaluaciones cognitivas de diferentes índoles con relación a los elementos de tensión. En cuanto a la valencia positiva o negativa, pueden diferenciarse tres tipos de reevaluaciones cuando alguien se enfrenta a elementos de tensión a largo plazo:

1. Cogniciones que enfatizan el significado negativo del elemento de tensión (con una actitud de desamparo y desesperanza).
2. Cogniciones que disminuyen el significado adverso de la tensión (aceptando el impacto negativo de la tensión y aprendiendo a convivir con el).
3. Cogniciones que dan un significado positivo al evento (enfocándose en consecuencias positivas adicionales del elemento de tensión).

Esta conceptualización de valencias cognitivas positivas o negativas refleja las dimensiones del incremento negativo, el decrecimiento negativo y el incremento de pensamientos positivos cuando alguien se enfrenta a tensiones de larga duración, y puede proveer un patrón comprensivo de ajuste cognitivo que permitiría predecir uniformemente el estado de salud a largo término de los pacientes con enfermedades crónicas.

Enfatizar el sentido negativo implica enfocarse en los aspectos adversos como la condición incontrolable, impredecible e inmodificable de una enfermedad y generalizar estas consecuencias al funcionamiento diario. Esta clase de reacción cognitiva ha sido descrita en la Teoría de la Desesperanza Aprendida como un patrón de afrontamiento negativo cuando alguien se enfrenta a un evento de tensión, refiriéndose a expectativas negativas globales y atribuciones estables adscritas al evento y características negativas adscritas a la persona. En este sentido, múltiples investigaciones han demostrado el rol de la desesperanza de la enfermedad como un factor probable de riesgo para un estado de salud desfavorable, tanto físico como psicológico, en varias enfermedades crónicas (Abramson, Matalsky y Alloy, 1989; Flor, Behle y Birbaumer, 1993; Seligman, 1975; Watson, et. al. 1988).

Por el contrario, el sentido adverso de la enfermedad puede ser reducido por aquellos pacientes que saben que son enfermos crónicos y que, simultáneamente, poseen habilidades para vivir con su situación y manejar las consecuencias de su enfermedad. Esta condición ha sido descrita previamente en términos de Aceptación, la cual implica la capacidad de adaptarse a una enfermedad crónica al tiempo

que el paciente desarrolla la habilidad para tolerar su naturaleza impredecible e incontrolable y asume sus consecuencias adversas. El posible efecto beneficioso de esta cognición ha sido respaldado por múltiples investigaciones con pacientes crónicos (Felton & Revenson, 1984; McCracken, 1998; Thompson, Cheek y Graham, 1988).

Finalmente, aquellas personas que logran encontrarle algún sentido positivo a su enfermedad han reportado diferentes tipos de ventajas que las han llevado a poder afrontar los factores estresantes derivados de aquella de una forma más efectiva, entre los cuales se encuentran los cambios en las prioridades de la vida, de los objetivos personales y fortalecimiento de relaciones interpersonales (Affleck & Tennen, 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996; Tennen, Affleck, Urrows, Higgins y Mendola, 1992).

Partiendo de las anteriores consideraciones el objetivo de este estudio descriptivo exploratorio mediante encuestas de tipo transversal (Montero & León, 2002) fue evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y la cognición hacia la enfermedad en pacientes con Hiperplasia Prostática de la ciudad de Medellín, Colombia.

## MÉTODO

### Participantes

Se realizó un muestreo por conveniencia no-aleatorio, seleccionando a todos los sujetos disponibles de la muestra accesibles, todos ellos en fase diagnóstica de Hiperplasia Prostática según los criterios de Walsh (1994) de un centro Urológico de la ciudad Medellín (Colombia). Sociodemográficamente, la muestra estuvo constituida por 30 pacientes hombres diagnosticados con Hiperplasia prostática, con edades que oscilaron entre los 48 y los 82 años, con una media de 64 años (D.T=8,66) y de clase socio-económica media baja. La población encuestada se

encuentra con un grado de escolaridad medio, ya que su gran mayoría apenas llega a terminar la educación básica (primaria y secundaria). A nivel de estado civil, más del 50% están casados o en unión libre, encontrándose un porcentaje menor de viudos, solteros y divorciados. En cuanto a la ocupación, la gran mayoría se encuentra entre empleados (69%) y jubilados (26,7%). En la tabla 2 aparecen detalladamente los datos sociodemográficos.

### Instrumentos

La calidad de vida se evaluó mediante el Cuestionario de salud SF-36, diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento (Ware & Sherbourne, 1992). El SF-36 es un instrumento psicométricamente sólido, para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico; sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. El S-F 36, ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto *International Quality of Life Assessment (IQUOLA)*, su traducción al castellano siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQUOLA, y se basó en el método de traducción y retrotraducción por profesionales y la realización de estudios piloto (Alonso, et. al. 1995, 1998).

El SF-36 evalúa las siguientes ocho dimensiones: Función Física (limitaciones físicas), Rol Físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía), Función Social (interferencia en la vida social habitual), Rol Emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias) y Salud Mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta).

Tabla 2

Datos sociodemográficos del estudio.

		Frec. (%)			Frec. (%)
Lugar Residencia	Urbana	26 (86,7%)	Escolaridad	Sin Escolaridad	2 (6,7%)
	Rural	4 (13,3%)		Primaria Incompleta	4 (13,3%)
Estrato Social	2	8 (26,7%)	Primaria Completa	10 (33,3%)	
	3	19 (63,3%)	Secundaria Incompleta	3 (10%)	
Estado Civil	4	3 (10,0%)	Secundaria Completa	9 (30,0%)	
	Soltero	4 (13,3%)	Técnico	1 (3,0%)	
Ocupación	Casado	13 (43,3%)	Universitario	1 (3,0%)	
	Unión Libre	5 (16,7%)	Empleado	21 (69%)	
	Viudo	5 (16,7%)	Desempleado	1 (3,3%)	
	Divorciado	3 (10,0%)	Jubilado	8 (26,7%)	

El SF-36 tiene un rango de 0 a 100 y los puntajes más altos indican una mejor calidad de vida.

Para evaluar la cognición hacia la enfermedad se ha utilizado la versión colombiana del Cuestionario de Cognición hacia la Enfermedad -ICQ- (Vinaccia, 2003), diseñado originalmente en Holanda por Evers, et. al. (2001). Está compuesto de 18 ítems, en un formato tipo likert, con cuatro posibilidades de respuesta que van desde 1 (nada) hasta 4 (completamente) y tres subescalas: Desesperanza (6 ítems) con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach en la versión colombiana de 0.74; Aceptación (6 ítems) con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach en la versión colombiana de 0.86 y Beneficios Percibidos (6 ítems) con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach en la versión colombiana de 0.84. Tiene un rango entre 6 a 24 puntos para todas las sub-escalas, indicando que entre más altos los puntajes hay mayor Desesperanza, Aceptación y Beneficios Percibidos.

Se utilizó el *Internacional Prostate Symptom Score - IPSS- Versión española* de Badía, et. al. (1998) para medir y cuantificar la valoración de los síntomas urinarios tanto irritativos como obstructivos, asociados con la Hiperplasia Benigna de la Próstata. Este cuestionario está compuesto por siete ítems, en formato tipo likert con cinco opciones de respuesta que van de 0 (ninguna) a 5 (casi siempre). La sintomatología se considera leve si él o la paciente puntúa entre 0 - 7, moderada si puntúa entre 8 - 19 y severa si la puntuación va entre 20 - 35. El alfa de Cronbach encontrado en la validación Española fue de 0,79.

#### *Procedimiento*

La aplicación de las pruebas se realizó en las dependencias de un instituto privado de urología de la ciudad Medellín (Colombia), dentro de la consulta de asesoramiento para pacientes con diagnóstico de Hiperplasia Prostática. Los cuestionarios se diligenciaron previo consentimiento informado, de modo individualizado y en una única sesión, bajo la ayuda y supervisión del entrevistador, con una duración aproximada de 30 minutos.

## RESULTADOS

La base de datos de la información de los cuestionarios fue codificada y editada para análisis por computadora a través del software estadístico SPSS 8.0, donde se evaluaron las diferentes variables del estudio. Para estos análisis a nivel descriptivo se usaron las medidas usuales de tendencia central: promedio, que apoya la identificación de los valores típicos en cuanto a las variables calidad de vida relacionada con la salud, cognición hacia la

enfermedad y sintomatología prostática. Así mismo, se calcularon medidas de dispersión: desviación típica, que nos permite analizar la homogeneidad de la distribución, y rango, cuyos valores tienen íntima relación con el diseño de cada instrumento aplicado y sus reglas de calificación. Por consiguiente, para el análisis correlacional de varias variables estadísticas del estudio, se utilizó el Coeficiente  $r$  de Spearman, donde destacamos las valoraciones de  $p > 0.5$  como las de alta significancia y aporte para la investigación. De otro lado, mediante la aplicación del coeficiente alfa de Cronbach, se sometieron los datos al análisis de fiabilidad, donde se obtuvieron coeficientes superiores a 0,50 para los tres instrumentos utilizados en el estudio.

En la tabla 3 se presentan las diferentes medidas de tendencia central de cada una de las dimensiones del cuestionario SF-36, las subescalas del ICQ y el IPSS, también se puede observar la desviación estándar de cada una de las variables del estudio, el valor mínimo y el valor máximo de los puntajes que se pueden alcanzar con los instrumentos.

Específicamente encontramos que las dimensiones físicas del cuestionario SF-36 en general tienden a valores con promedios bajos, véase Rol Físico, Salud General, Vitalidad y Dolor, a diferencia de Función Física la cual se encuentra en el puntaje más alto entre todas las ocho dimensiones del cuestionario:

- En relación con la dimensión Función Física (FF), se evidencia que es la más alta, indicando ninguna dificultad que limite las actividades físicas y de autocuidado que impliquen esfuerzos moderados e intensos en los sujetos que participaron en el estudio como caminar, subir escaleras, asearse, alimentarse, etc.
- Respecto a Rol Físico (RF), se observa que es una de las dimensiones más bajas, indicando que la enfermedad interfiere altamente en las actividades relacionadas con el rol diario (trabajo, estudio, deportes, actividades recreativas, etc.).
- En cuanto a la dimensión de Salud General (SG), se percibe una valoración pobre o negativa en relación con el estado de salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse de los pacientes del estudio.
- De acuerdo con la dimensión de Vitalidad (VT), se evidencia manifestación frecuente de sentimientos de energía y vitalidad desfavorables, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento en los pacientes con HPB.
- Por último, en la dimensión Dolor Corporal (DC), se aprecia en este estudio que los pacientes tienen una gran interferencia del dolor en sus actividades de trabajo y de hogar.

De otro lado, encontramos unas puntuaciones un poco más altas en las dimensiones psicosociales del cuestionario SF-36, véase Función Social, Rol Emocional y Salud Mental, lo cual indica que las personas encuestadas tuvieron una calidad de vida un poco más moderada en estas dimensiones, según los criterios de Alonso, et al., (1998):

- Respecto a la Función Social (FS), es de resaltar que es una de las dimensiones más moderadas en relación a las dimensiones psicosociales, observándose en algunos casos cierto grado de problemas de salud física y/o emocional que interfirieron en la vida social habitual de los pacientes con HBP.
- De otro lado, en cuanto a la dimensión de la Salud Mental (SM), se evidenciaron en los pacientes del estudio, algunos síntomas de ansiedad, depresión, estrés y dificultad para tener un buen control de la conducta o bienestar general.
- En cuanto a Rol Emocional (RE), es de resaltar que es una de las dimensiones más altas en relación a las dimensiones psicosociales del cuestionario; sin embargo, se evidencia que en estas personas se presenta algo de interferencia emocional en el rendimiento adecuado de las actividades diarias tanto en el hogar como en el trabajo.

Respecto al cuestionario de Cognición hacia la Enfermedad (ICQ), encontramos mediciones medias en la sub-

escala de Aceptación, Desesperanza y Beneficios percibidos, siendo un poco más alta la de Aceptación. Esto indica que los sujetos de nuestro estudio tuvieron cogniciones moderadas con respecto a la hiperplasia prostática, donde posiblemente hay un reconocimiento y control de los problemas asociados a la enfermedad, pero, de otro lado, la enfermedad puede tener un cierto control sobre sus vidas, imposibilitándoles en algunos casos realizar sus actividades diarias. Igualmente se observa a nivel cognitivo la búsqueda de pensamientos relacionados con el sentido de vida. Podemos inferir que posiblemente en la fase de diagnóstico, se presente una ambivalencia a nivel cognitivo a causa del impacto y las implicaciones que puede traer la enfermedad a corto, mediano y largo plazo en la propia vida del paciente.

En relación al cuestionario de Valoración de Síntomas Prostático (IPSS), nuestros sujetos obtuvieron una media de 20,4, indicando que presentaron una sintomatología severa según los criterios internacionales (US Department of Health, 1994). Es decir, que en los últimos 30 días previos a la aplicación del cuestionario los pacientes consideraron relevantes síntomas como sensación de no vaciamiento de la vejiga, aguantarse las ganas de orinar, tener un chorro de orina poco fuerte, hacer fuerza para orinar y levantarse durante la noche varias veces para orinar, entre otros.

Tabla 3

Medidas de tendencia central de los puntajes obtenidos en los cuestionarios SF-36, ICQ e IPSS.

INSTRUMENTOS	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
<b>SF-36</b>				
FUNCION FISICA (FF)	75,6	22,5	0	100
ROL FISICO (RF)	40,8	36,2	0	100
SALUD GENERAL (SG)	41,5	15,3	0	100
VITALIDAD (VT)	44,3	16,2	0	100
DOLOR CORPORAL (DC)	45,9	21,6	0	100
FUNCION SOCIAL (FS)	56,3	26,4	0	100
SALUD MENTAL (SM)	53,7	22,2	0	100
ROL EMOCIONAL (RE)	64,4	40,6	0	100
<b>ICQ</b>				
DESESPERANZA	14,6	1,8	6	24
ACEPTACIÓN	15,9	2,1	6	24
BENEFICIOS PERCIBIDOS	14,3	2,1	6	24
<b>IPSS</b>	20,4	2,09	0	35

**Tabla 4**  
Correlación de las variables del estudio.

	SF-36 Salud General (SG)	SF-36 Salud Mental (SM)	IPSS
SF-36 Dolor Corporal (DC)	-	-	*-0,55
SF-36 Salud General (SG)	-	*0,65	-
SF-36 Vitalidad (VT)	*0,60	*0,62	-

\*p>0,5

En la tabla 4 se puede observar los resultados de la aplicación del Coeficiente de Correlación de Spearman a todas las variables del estudio, donde observamos que existen correlaciones altas positivas y negativas con respecto a algunas de las dimensiones del SF-36 entre sí y del cuestionario IPSS con algunas dimensiones del SF-36, como se describe a continuación, donde:

- Dolor Corporal se correlaciona negativamente con el IPSS (-0,55) indicando que la intensidad del dolor físico experimentada por los pacientes con HBP y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de la casa como en el hogar influyeron posiblemente en la percepción o valoración desfavorable de los síntomas prostáticos y en el curso de la enfermedad y viceversa.
- Salud General se correlaciona positivamente con Salud Mental (0,65), indicando que la valoración personal de la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar pudieron llevar a los pacientes con Hiperplasia Prostática a presentar posiblemente problemas emocionales como ansiedad, depresión y de control de la conducta, afectando a nivel general su salud.
- Vitalidad se correlaciona positivamente con Salud General (0,60) y Salud Mental (0,62), indicando que en los pacientes de HBP de nuestro estudio los niveles de energía y vitalidad y los sentimientos de cansancio y agotamiento pudieron interferir fuertemente en la percepción diaria del estado de su salud físico y emocional.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 30 pacientes de género masculino diagnosticados con Hiperplasia Prostática Benigna de la ciudad de Medellín, Colombia, con una edad media de 64 años. Se administraron los Cuestionarios de Cognición hacia la Enfermedad (ICQ), el cuestionario de calidad de vida SF-36 y el *Internacional Prostate Symptom Score* (IPSS).

A nivel general, en las diferentes dimensiones que conforman el cuestionario SF-36 se observó una calidad de vida desfavorable, menos en la dimensión Función Física, resultados similares fueron encontrados por Salinas et. al. (2001, 2002).

Respecto a las dimensiones físicas (Rol Físico, Salud General, Vitalidad, Dolor y Función Física), hubo alta afectación a diferencia de la Función Física debido posiblemente a que la sintomatología relacionada con la Hiperplasia Prostática, los sentimientos de cansancio y agotamiento, la baja energía y vitalidad, y especialmente el síntoma del dolor influyeron en la realización de sus actividades relacionadas con el rol diario, como actividades afines a sus intereses personales (*hobbies*, recreación, etc) y actividades asociadas con sus necesidades básicas y de seguridad (trabajo, vida sexual y afectiva, etc.). Este tipo de actividades ameritan un mayor compromiso a nivel físico y psicosocial a diferencia de las actividades relacionadas con la Función Física que tienen que ver con el autocuidado personal como comer, aarse, subir escaleras, caminar, etc. Lo anterior tuvo alta implicación en la valoración desfavorable del estado de salud en general en estos pacientes y, por ende, de su calidad de vida. Girman, et. al. (1994) plantearon en un estudio que los síntomas del tracto urinario inferior en los varones son molestos y que interfieren en las actividades diarias causando incomodidad, siendo preocupante para el paciente, lo cual ocasiona que éstos perciban su estado salud como “anormal” y su calidad de vida se vea afectada. Lo antes mencionado se puede ver reflejado en el análisis correlacional de nuestro estudio donde se encontró fuerte relación entre las variables Dolor Corporal con la Valoración de los Síntomas Prostáticos y de Salud General con Vitalidad.

Igualmente, Salinas, et. al. (2000) indicaron que los síntomas irritativos en la HBP son los peor tolerados por los pacientes, siendo en concreto el de la nicturia, el de dificultad de inicio miccional y el de urgencia miccional los más problemáticos. Estos síntomas irritativos parecen

incidir en mayor medida sobre la calidad de vida, fundamentalmente en las alteraciones del sueño. Aún más, hay autores como Schulman (2001) que plantean que la hiperplasia benigna prostática puede tener un profundo efecto en la función afectivo-sexual de los pacientes.

De otro lado, las dimensiones psicosociales del cuestionario SF-36 (Función Social, Rol Emocional y Salud Mental) se vieron afectadas moderadamente, indicando que algunos síntomas de ansiedad, depresión, estrés y dificultad en el control emocional, pudieron interferir un poco en el rendimiento esperado de sus actividades cotidianas y relaciones sociales. Nuestros resultados difieren de los estudios de Salinas, et. al. (2000, 2001) donde encontraron con el mismo cuestionario SF-36 que pacientes españoles con HBP tendían a tener en estas últimas tres dimensiones puntajes cercanos a la media general de muestras poblacionales sanas españolas de las mismas edades. Consideramos que en nuestro estudio la alta interferencia de los síntomas de HBP asociados a la enfermedad como nicturia, síntomas irritativos y pequeños escapes urinarios producidos por la urgencia y la percepción desfavorable de las dimensiones físicas del SF-36 repercutieron en mayor medida sobre la calidad de vida en las dimensiones psicosociales. Lo anterior se corrobora con el análisis correlacional de la investigación donde se encontró fuertes relaciones entre las variables, Salud General con Salud Mental y Vitalidad con Salud General y Salud Mental.

Por otro lado, todo lo anterior se puede corroborar haciendo una comparación a manera de información de las dimensiones de calidad de vida de nuestra muestra con una muestra sana de género masculino, adultos mayores españoles entre 65 y 74 años (Alonso, et. al. 1998). Se puede evidenciar en general que la muestra española tiene una mejor calidad de vida en la mayoría de las dimensiones del SF-36 que los participantes de nuestro estudio, aunque es de resaltar en ambos estudios la relevancia de las dimensiones psicosociales. Esta comparación nos lleva a pensar que en los adultos mayores sanos o enfermos los factores emocionales y sociales juegan un papel importante en la percepción de la calidad de vida. Al respecto se sugiere para futuras investigaciones estudiar la relevancia de los factores culturales con los factores psicosociales tanto en población saludable como enferma. Según Rodríguez-Marín, (1995) y Rebollo, et. al., (2001) la edad tienen una gran influencia sobre la CV, ya que a mayor edad peor CV evaluada por la persona.

En relación con la cognición hacia la enfermedad encontramos en nuestra muestra puntajes medios en la subescala de Desesperanza, Aceptación, y Beneficios Percibidos, siendo la Aceptación un poco más alta. Numerosas investigaciones han encontrado en pacientes con

enfermedades crónicas diferentes tipos de déficit ligados a desesperanza aprendida: a nivel motivacional, reducción de las actividades de la vida diaria, a nivel cognitivo, reducción de esfuerzos para desarrollar nuevas estrategias de adaptación y a nivel emocional, aumento de la depresión, la ansiedad y reducción de la autoestima (Abramson, Matalsky y Alloy, 1989; Seligman, 1975). El paciente, al no ver mejorías en su enfermedad, y en algunos casos tener que soportar retrocesos, puede llegar a una percepción de falta de control y resignación exagerada, concluyendo que nada ni nadie, será capaz de cambiar su situación, aunque se le presenten alternativas viables en el tiempo, como por ejemplo, nuevos medicamentos o la cirugía. Esto llevaría al paciente a una fase de pérdida de confianza en sí mismo y a un debilitamiento progresivo de la autopercepción de su Yo, que no lo haría sentir merecedor de respeto y afecto, impulsándolo a bajos niveles de autoestima, que a la vez influenciarían su autoeficacia y, por ende, la posibilidad de acceder, a eventos reforzantes de tipo social. Lo anterior podría justificar por qué en diferentes investigaciones se ha encontrado en pacientes con HBP una sintomatología mixta depresiva y ansiosa (Tsang & Garraway, 1993; Quek, et. al. 2000).

En contrastare a lo dicho anteriormente, se puede disminuir el significado de lo aversivo cuando los pacientes reconocen que son enfermos crónicos y simultáneamente perciben la habilidad de vivir con las consecuencias de su enfermedad. Se ha descrito esta cognición previamente en cuanto a Aceptación. La posible función beneficiosa de esta cognición ha sido apoyada por asociaciones con un estado de salud más favorable físico y psicológico en varias enfermedades crónicas (McCracken, 1998; Thompson, Cheeck y Graham, 1988). Con respecto al estudio de Evers, et. al. (2001), nuestra muestra tuvo niveles de aceptación ligeramente inferiores a pacientes con artritis reumatoide y superiores a pacientes con esclerosis múltiple. Salinas, et. al. (2000) plantearon que los enfermos con alguna patología crónica asociada (Hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo II) a la HBP soportaban mejor sus síntomas, ya que se preocupan menos debido a mecanismos de aceptación a la enfermedad que son típicos de enfermos con patologías crónicas. Nuestros pacientes con HBP estaban en fase de diagnóstico de la enfermedad en espera de iniciar tratamientos médicos y posiblemente cirugía. Evers, et. al. (2001) plantearon en su investigación un incremento de Aceptación en los primeros años de la enfermedad y su decremento progresivo con el pasar del tiempo al activarse cogniciones de Desamparo y Beneficios Percibidos. Siguiendo esta misma línea de pensamiento, nuestros pacientes estarían iniciando la búsqueda de significados positivos a su enfermedad, tratando

de encontrar aspectos favorables a los estresores generados por la misma enfermedad y a los eventos vitales asociados.

Para concluir, al estudiar las patologías de la próstata, entre ellas la Hiperplasia Benigna Prostática, es necesario tener en cuenta los diversos factores psicológicos y socioculturales que pueden influir en esta, porque más que los daños biológicos, pueden incidir en la disfunción sexual y el deterioro de la calidad de vida, las creencias producto de miedo, tabú, ignorancia y desconocimiento (Vinaccia, et. al. en prensa).

Se hace necesaria la creación de proyectos psicológicos de prevención individual y grupal tanto en el ámbito educativo y en salud desde la adolescencia que posibiliten a los hombres asumir responsablemente el cuidado de su salud y que permitan la reflexión de ellos acerca de la necesidad de acudir periódicamente al médico, a fin de prevenir estas enfermedades y sus complicaciones; recordando que, aunque se esté saludable, no se está exento de poderlas contraer.

Faltan estudios que evalúen el impacto de las campañas de promoción y prevención en la consulta médica a tiempo y detección temprana de las enfermedades prostáticas. Así como la identificación de las creencias, actitudes y conocimientos que tienen los hombres al respecto. Las investigaciones encontradas en gran porcentaje tienen un enfoque biomédico y farmacológico, por lo que son necesarios, entonces, más estudios que aborden los factores psicológicos y socioculturales implicados en las patologías prostáticas (Vinaccia, et. al. 2005d). Es posible que los hallazgos obtenidos sirvan de base para el diseño o implementación de programas preventivos o de intervención de las enfermedades de la próstata, así como de la percepción del significado que para los hombres tiene la próstata, sus patologías y las implicaciones de estas, en su vivencia sexual.

De igual forma, sería importante llevar a cabo estudios epidemiológicos para que las investigaciones cuenten con el tamaño de la población y se pueda estimar con mayor precisión el tamaño muestral. Bien sea desde las investigaciones cualitativas o cuantitativas, el conocimiento de las creencias, actitudes y conocimientos acerca de la hiperplasia benigna prostática u otras enfermedades de la próstata en el contexto, ayudará a comprender y mejorar la incidencia de estas en el medio.

Se recomienda ampliar entonces el modelo biomédico que explica una parte de las enfermedades (etiología, sintomatología, complicaciones, tratamiento) pero, hacen falta más investigaciones que hagan énfasis en los aspectos psicológicos relacionados con estas patologías, las cuales tienen incidencia en la calidad de vida y en la función

sexual del género masculino; por ello es importante realizar estudios interdisciplinarios con visiones y discursos que intercambien las miradas en este tipo de enfermedades.

El diagnóstico de enfermedad crónica, cambia la forma en que la persona se ve así misma y a su vida, afectando el autoconcepto desde el momento del diagnóstico. Ciertamente, algunas enfermedades son mucho más amenazantes que otras, por cuanto implican algunos niveles de discapacidad y dolor, como es el caso de la HBP. La adaptación a la enfermedad crónica como la HBP dependerá de factores, como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, los patrones de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas y enfermedades crónicas asociadas. Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes con HBP tener una buena calidad de vida.

## REFERENCIAS

- Abramson, L.; Matalsky, G. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinning. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Alonso, J; Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, J; Regidor, E; Barrio, G; Prieto, L; Rodríguez, C. y De la Fuente, L. (1998). Valores Poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- Badía, X; García, M. y Dal-Re, R. (1998). Validation of a harmonized Spanish version of IPSS. *Urology*, 52, 614-620.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Doll, H.A; Black, N.A; Flood, A.B. y McPherson, K. (1993). Criterion validation of the Nottingham health profile: Patient views of surgery for benign prostatic hypertrophy. *Sociological Science Medicine*, 37,115-122.
- Evers, A; Kraaimaat, F; Van Lankvedl, W; Jongen, P; Jacobs, J. y Bijlsma, J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1026-1036.
- Felton, B.J. & Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Flor, H; Behle, D.J. y Birbaumer, N. (1993). Assessment of pain related cognitions in chronic pain patients. *Behavior*

- Research and Therapy: An International Multi-Disciplinary Journal*, 31, 73.
- Girman, C.J; Epstein, R.S. y Jacobsen, S. (1994). Natural history of prostatism. *Urology*, 44,825.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1984). The crisis of physical illness. En R. H. Moos (Ed.), *Coping of physical illness* (Vol. 2, pp. 3-25). New York: Plenum Press.
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Naughton, M.J; Donovan, J. y Badía, X. (2004). Symptom Severity and QOL Scales for Urinary Incontinence. *Gastroenterology*, 126, 114-123.
- Quek, K.F; Low, W.I; Razack, A.H. y Loh, C.H. (2000) The psychological effects of treatments for lower urinary tract symptoms. *BJU International*, 86, 630-633.
- Rebollo, P; Fernández, F. y Ortega, F. (2001). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. *Hipertensión*, 18, 429-429.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Salinas, A; Hernández, I; Segura, M; Lorenzo, J; López, J. y Virseda, J. (2000). Repercusión de de los síntomas prostáticos en los pacientes con hiperplasia prostática. *Archivos Españoles de Urología*, 53, 212-224.
- Salinas, A; Hernández, I; Segura, J; Lorenzo, J; López, J. y Virseda, J. (2001). Quality of life of patients on the waiting list for benign hyperplasia surgery. *Quality of life Research*, 10, 543-553.
- Salinas, A; Hernández, I; Segura, J; Lorenzo, J; López, J. y Virseda, J. (2002). The Impact of benign prostatic hyperplasia surgery on patients quality of life. *Urology Internationalis*, 68, 32-37.
- Seligman, M.E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Schulman, C. (2001). Impact of treatment of BPH on sexuality. *Cancer Prostatic Disease*, 4, 16-22.
- Schulman, C.C; Asplund, R; Desgrandchamps, F. y Jonas, U. (2005). The Impact of Nicturia on Health Status and Quality of Life in Patients with Lower Urinary Tract Symptoms Suggestive of Benign Prostatic Hyperplasia. *European Urology Supplements*, 4, 34-45.
- Tanagho, E.A. & Mcaninch, J.W. (1997). *Urología General de Smith*. México: Manual Moderno.
- Tsang KK. & Garraway WM. (1993) Impact of benign prostatic hyperplasia on general well-being of men. *Prostate*, 23, 1-7.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tennen, H; Affleck, G; Urrows, S; Higgins, P. y Mendola, R. (1992). Perceiving control, construing benefits, and daily processes in rheumatoid arthritis. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 24, 186-203.
- Thompson, S.C; Cheek, P.R. y Graham, M. (1988). The other side of perceived control: Disadvantages and negative effects. En S. Spacapan & S. Oskamp (Eds). *The social psychology of health* (pp. 69-73). New York: Wiley US Department of health (1994). Benign prostatic hyperplasia: diagnosis and treatment. New York: AHCPRP publication.
- Vinaccia, S; Tobón, S; Moreno San pedro, E; Cadena, J. y 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.
- Vinaccia, S; Quiceno, J.M; Contreras, F; Zapata, M; Fernández, H. y Bedoya, M; Tobón, S. (2005b). Calidad de vida, Personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221.
- Vinaccia, S; Contreras, F; Palacio, C; Marín, A. y Tobón, S. (2005c). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24.
- Vinaccia, S; Fernández, H; Sierra, F; Monsalve, M; Cano, E.J. y Tobón, S. (2005d). Creencias y actitudes asociadas a la hiperplasia prostática. *Pensamiento Psicológico*, 1, 8-16.
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32, 161-168.
- Vinaccia, S; Fernández, H; Sierra, F; Monsalve, M; Londoño, C; Quiceno, J.M. y Tobón, S. (en prensa). Evaluación de creencias, actitudes y conocimientos asociados a la próstata en una muestra poblacional masculina: Una mirada preventiva. En Luis Florez (editor). *El quehacer preventivo y la promoción de la salud abordados desde la psicología*. Neiva, Colombia: USCO-ALAPSA
- Walsh, P.C. (1994). Hiperplasia Benigna de la Próstata. En: N. Cambell. *Urología* (pp 1005-1023). Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Ware, J. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. *Conceptual framework and item selection*. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Watson, M; Greer, S; Young, J; Inayat, Q; Burgess, C. y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.