

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN



**Perfiles de comportamiento y representación social en la  
enfermedad crónica degenerativa: Una evaluación  
psicosocial en Cáncer, VIH/SIDA y Diabetes e  
Hipertensión**

Tesis como requisito parcial para obtener el grado de  
Doctor en Filosofía con especialidad en Psicología

Presenta:  
Rodrigo Alberto Cantú Guzmán

Director de Tesis:  
Dr. Javier Álvarez Bermúdez

Monterrey, Nuevo León, México a Junio de 2012

El pájaro le dijo al pato, ¿Qué clase de pájaro eres que no puedes volar?  
el pato respondió, ¿Qué clase de pájaro eres que no puedes nadar?

Sergei Prokofiev {1891-1953}  
Pedro y el lobo - un cuento musical para narrador y orquesta,  
op.67  
The Chamber Orchestra of Europe, Claudio Abbado  
Grammophon 1990

Dedicatoria

*A mis padres José Ángel y María Enriqueta, por haberme enseñado que la vida sería una lucha incansable, en donde tendría y desarrollaría todos los recursos para afrontarla, pero sobre todo, que valdría mucho la pena vivirla.*

## Agradecimientos

A todos los pacientes y familiares que participaron en este proyecto de investigación, por darme la confianza y compartir sus experiencias de vida en las diversas situaciones de enfermedad crónica.

A mis padres y hermanos, por darme todo el apoyo en mi formación y creer en todas las cosas que hago.

A Rita Jaramillo, por todo el cariño que me has dado, así como por acompañarme y apoyarme en todo este camino del posgrado... y en mi vida.

Al Dr. Javier Álvarez, por todas las enseñanzas y ser un ejemplo para mi formación como investigador, pero sobre todo, por todo el apoyo, la música que compartimos y la amistad que hicimos.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por todo el apoyo y las becas para llevar a cabo el posgrado y la estancia de investigación en el extranjero.

A mi Tío Gabriel Cantú (QEPD) y familia.

Al Dr. Fernando González (QEPD); excelente médico, amigo, compañero de trabajo y vecino de consultorio, por siempre preguntarme por mi proyecto de investigación, asimismo interesarse en los aspectos psicológicos de los pacientes y referirlos a la consulta.

Al Dr. Fernando Pérez Chávez; Director de los Servicios Médicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León (SMUANL), por el incommensurable apoyo y oportunidades que me ha otorgado, así como por haber creído en mí como profesional desde un principio. A la Dra. Martha Rodríguez; Coordinación de Capacitación y Desarrollo, por todas las facilidades e interés en mis proyectos y por toda la amistad. Así como a todo el personal de la dirección y mis compañeros de trabajo de los SMUANL.

Al MC. Armando Peña; Director de la Facultad de Psicología de la UANL, y al MC. Arnoldo Téllez por todo el apoyo que me otorgaron durante la maestría y el doctorado.

A todos mis compañeros de la generación, Mayra Chávez, Sissi Arellano, Javier Talamantes, Julymar Alegre; por todos los trámites, y en especial a César Saucedo y Oswaldo Martínez Sulvarán por todo el apoyo que me dieron, las experiencias que compartimos y sobre todo por la amistad que se hizo.

Al Dr. Vicente López Gaytán, por todas las facilidades para la realización de la investigación.

Al Dr. Genaro Leal Martínez; Secretario Técnico del COESIDA de la Secretaría de Salud de Nuevo León, al Dr. Luis Castillo Reyna; Director del Centro Ambulatorio para la Atención y Prevención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), así como el personal de enfermería y psicología que me apoyó durante las entrevistas realizadas.

Al Dr. José Gerardo Garza Leal; Presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la UANL, al Dr. Juan Francisco González Guerrero; Jefe del Centro Universitario contra el Cáncer (CUCC) del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL, al Dr. Yamil López Chuken; Jefe de Investigación del CUCC, a la Dra. Cristina Navarro; Coordinadora de Investigación del CUCC, por todo el apoyo, interés y la amistad, a la QCB. Nora Cabrera, a la Lic. Caty Rodríguez; Jefa de Enfermería del CUCC, así como a Yadira

Leyva y todo el personal de enfermería que apoyó en el estudio.

Al Dr. Ernesto Torres López; Profesor e Investigador del Departamento de Inmunología de la Facultad de Medicina de la UANL, por ser mi revisor externo y las asesorías en relación al estudio, asimismo al equipo multidisciplinario que formó en donde compartimos muchas experiencias y aprendizaje. A la Dra. Cynthia Mendoza; Residente del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de la UANL, por el apoyo para las entrevistas.

A la Dra. Adelina Alcorta; Jefa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL, por las facilidades brindadas.

A la Mtra. Ana María García de la Facultad de Psicología de la UANL y a todos mis alumnos de la facultad u otras universidades (algunos ya licenciados) que hicieron prácticas profesionales en SMUANL, por todo el apoyo para la realización de este estudio, en donde espero haya sido una experiencia útil en su formación profesional; Berenice Uribe, Carlos Cirlos, Oscar Leal, Genaro Guerrero, Leslie Lama, Deisy Contreras, Lucy Rodríguez, Isabel Reyes, Omayra Jiménez, Sofía Rodríguez, Yazmin Villarreal y Lady Luna.

A todos los voluntarios, alumnos e interesados en el tema que colaboraron de una u otra forma en la investigación: Faustino Jasso; Clínica Bernardo Reyes, Cesar Camarillo, Dra. Rosalía Guerrero, Sra. Yamileth Chuken, Janina Torres; CUCC, Dra. Marcela Esparza, Dr. Miguel López y estudiantes de las clases del Dr. Javier Álvarez de la Facultad de Psicología de la UANL.

A mis revisores de tesis de la Facultad de Psicología de la UANL; Dr. Cirilo García Cadena, Dr. José Moral de la Rubia y Dr. Manuel Muñiz.

A la Dra. Itziar Fernández; Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), por toda la amabilidad de haberme recibido en la ciudad de Madrid España, así como por la experiencia de aprendizaje y todas las asesorías y recomendaciones para mi trabajo de tesis.

Al Lic. Rogelio Villarreal Elizondo; Secretario de Extensión y Cultura de la UANL y al Dr. Celso José Garza; Dirección de Publicaciones, por todo el apoyo para la publicación de los libros.

A la Dra. Argelia Castilla, por todas las facilidades del consultorio durante mi periodo en el doctorado.

A todos los taxistas de las bases: Metro Hospital, Hospital Universitario, CityTaxi, Águila Express y Taxi Seguro, por todos los traslados y por compartir todas las experiencias urbanas.

A todos mis pacientes de los SMUANL, quienes son los que más me han enseñado.

A la música, que ha sido lo mejor de mi vida.

## Carta de aprobación del Comité Doctoral

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
 SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

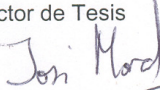
COMITÉ DOCTORAL  
 Presente.-

Por medio de la presente, nos dirigimos a Ustedes para comunicarles que, después de haber revisado las correcciones sugeridas a la **TESIS** titulada "Perfiles de comportamiento y representación social en la enfermedad crónica degenerativa: Una evaluación psicosocial en Cáncer, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión", presentada por el alumno **RODRIGO ALBERTO CANTÚ GUZMÁN**, del Doctorado en Filosofía con especialidad en Psicología, la consideramos **ACEPTADA** para su defensa.

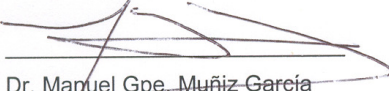
Sin otro asunto de momento, quedamos a sus órdenes.

  
 \_\_\_\_\_  
 Dr. Javier Álvarez Bermúdez

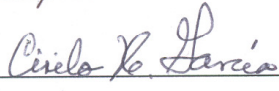
29/mar/2012  
 fecha

  
 \_\_\_\_\_  
 Dr. José Moral de la Rubia  
 Revisor de Tesis

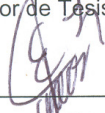
29/May. /2012  
 fecha

  
 \_\_\_\_\_  
 Dr. Manuel Gpe. Muñiz García  
 Revisor de Tesis

29/05/2012  
 fecha

  
 \_\_\_\_\_  
 Dr. Cirilo H. García Cadena  
 Revisor de Tesis

04/06/2012  
 fecha

  
 \_\_\_\_\_  
 Dr. Ernesto Torres López  
 Revisor Externo de Tesis

29/V/2012  
 fecha

Perfiles de comportamiento y representación social en la enfermedad crónica degenerativa: Una evaluación psicosocial en Cáncer, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DOCTORAL.....	VI
CAPÍTULO I.....	12
INTRODUCCIÓN.....	12
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA .....	15
JUSTIFICACIÓN .....	15
OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	16
LIMITACIONES.....	17
CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO.....	18
La teoría de las Representaciones Sociales y la salud.....	18
Enfermedad crónica .....	19
Aspectos psicosociales y el suceso vital de enfermedad .....	20
a) Emociones y Estrés .....	21
b) Soporte Social .....	24
c) Afrontamiento.....	25
d) Creencias y conceptualizaciones asociadas a la salud y modelos utilizados en psicología.....	26
Cáncer .....	28
Definición .....	28
Psicología y el trabajo en oncología.....	29
Aspectos psicosociales en la enfermedad de cáncer .....	30
VIH/SIDA .....	32
Definición .....	32
Aspectos psicosociales en personas que viven con VIH/SIDA.....	33
Biomarcador CD4 y estudios de comportamiento en personas que viven con	

VIH/SIDA .....	39
Diabetes e Hipertensión .....	40
Definición .....	40
Aspectos psicosociales en diabetes e hipertensión .....	40
CAPÍTULO III.....	43
MÉTODO .....	43
CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO Y ANTECEDENTES .....	43
Procedimiento .....	43
Análisis de datos .....	44
ESTUDIO PRINCIPAL, ANÁLISIS DE DATOS EN POBLACIÓN CON CÁNCER, VIH/SIDA Y	
DIABETES E HIPERTENSIÓN .....	45
Participantes .....	45
Criterios de inclusión .....	45
Instrumento .....	45
Análisis estadísticos .....	46
Procedimiento .....	46
Aspectos éticos .....	47
CAPÍTULO IV .....	48
ESTUDIOS PILOTO .....	48
ESTUDIO 1: FACTORES PSICOSOCIALES EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA EN	
MONTERREY .....	48
Apartado cuantitativo: aplicación de escalas .....	48
Método .....	48
Participantes .....	48
Variables de estudio e instrumentos .....	48
Procedimiento .....	50
Análisis .....	50
Resultados .....	50
Conclusiones apartado cuantitativo .....	54
Observaciones y limitaciones apartado cuantitativo .....	57
Apartado cualitativo: entrevistas semiestructuradas .....	59
Instrumento .....	59
Procedimiento .....	59
Análisis .....	59



Resultados.....	60
Análisis .....	65
Conclusiones apartado cualitativo.....	67
Observaciones y limitaciones apartado cualitativo .....	68
ESTUDIO 2: APLICACIÓN DE LA “BATERÍA DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DEL SUCESO DE ENFERMEDAD CRÓNICA” .....	69
Método.....	69
Participantes .....	69
Instrumento.....	70
Procedimiento .....	71
Análisis .....	71
Resultados.....	71
Escala de emociones .....	71
Escala de afrontamiento .....	75
Escala de soporte social .....	79
Escala de sucesos de vida.....	86
Conclusiones .....	89
CAPÍTULO V .....	90
RESULTADOS .....	90
DATOS DESCRIPTIVOS GENERALES .....	90
ANÁLISIS DESCRIPTIVOS POR ESCALA Y DIAGNÓSTICO, PERCEPCIÓN ACTUAL DEL DIAGNÓSTICO INICIAL .....	94
Neoplasias .....	94
VIH/SIDA .....	98
Diabetes e Hipertensión.....	101
Análisis descriptivos de la Muestra global de enfermedades crónicas (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión) sobre percepción actual del diagnóstico inicial.....	105
ANÁLISIS DESCRIPTIVOS POR ESCALA Y DIAGNÓSTICO, PERCEPCIÓN DE LA ETAPA ACTUAL DEL DIAGNÓSTICO.....	109
Neoplasias .....	109
VIH/SIDA .....	113
Diabetes e Hipertensión.....	117
Análisis descriptivos de la Muestra global de enfermedades crónicas (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión) sobre percepción de la etapa actual del	

diagnóstico.....	121
Tablas de perfiles de comportamiento de acuerdo a medidas de tendencia central .....	125
ANÁLISIS CUANTITATIVOS .....	129
PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS ALFA DE CRONBACH Y ANÁLISIS FACTORIAL	
EXPLORATORIO EN LA MUESTRA GLOBAL.....	129
Escala creencias y conceptualización .....	129
Escala emociones.....	132
Escala afrontamiento .....	136
Escala soporte social .....	141
Escala sucesos de vida.....	147
COMPARACIÓN DE FACTORES ENTRE LOS TRES GRUPOS DE ENFERMEDADES .....	151
Tabla 133 Percepción actual sobre el diagnóstico inicial.....	151
Tabla 134 Percepción de la etapa actual del diagnóstico .....	153
COMPARACIÓN DE FACTORES DE ACUERDO AL BIOMARCADOR CD4 EN EL GRUPO DE VIH/SIDA .....	154
ANÁLISIS DE REGRESIÓN POR GRUPO DE PADECIMIENTO Y EN MUESTRA GLOBAL .....	157
PERCEPCIÓN ACTUAL SOBRE EL DIAGNÓSTICO INICIAL .....	160
Neoplasias .....	160
VIH/SIDA .....	161
Diabetes e Hipertensión.....	163
Muestra global .....	165
PERCEPCIÓN SOBRE LA ETAPA ACTUAL DEL DIAGNÓSTICO.....	167
Neoplasias .....	167
VIH/SIDA .....	169
Diabetes e Hipertensión.....	170
Muestra global .....	173
ANÁLISIS CUALITATIVOS .....	175
Análisis de contenido de variables psicosociales para los grupos de Neoplasias y VIH/SIDA .....	175
Asociación de variables en cuanto a grupo de padecimiento (Neoplasias y VIH/SIDA) .....	179
CAPÍTULO VI .....	183
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	183
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	191

ANEXO 1.....	201
ANEXO 2.....	214
ANEXO 3.....	226
ANEXO 4.....	236
ANEXO 5.....	246
ANEXO 6.....	253
ANEXO 8.....	259

## Capítulo I

### Introducción

En el ámbito de la salud, generalmente se concibe a la enfermedad crónica como un desequilibrio en los procesos fisiológicos de las personas, que normalmente es permanente y que requiere de un tratamiento prolongado. Así, en este proceso se estudiarán aspectos de tipo psicológico y de tipo social que puedan influir en el mismo afrontamiento de la enfermedad por parte de los pacientes que viven con Cáncer, VIH/SIDA, o con Diabetes e Hipertensión. Al estudiar estos factores psicosociales en específico su percepción al momento del diagnóstico y al momento en que se lleve a cabo el estudio; tales como las emociones, el soporte social, el afrontamiento, la conceptualización y las creencias, así como los sucesos vitales que viven los pacientes al mismo tiempo que su enfermedad, brindan un perfil psicosocial de impacto el cual a su vez involucra una representación social y cómo cambia esta en el proceso de adaptación al padecimiento, a través del estudio de las relaciones de estas variables y sus diferentes manifestaciones, y que al identificar estos perfiles complementaría el entendimiento del comportamiento en la enfermedad y podría favorecer el manejo emocional y su mismo afrontamiento.

Algunas enfermedades crónicas pueden ser de amenaza para la vida tales como cáncer, VIH-SIDA, enfermedades cardiovasculares, otras pueden ser comprensibles y manejables como la diabetes y la hipertensión, otras pueden ser comprensibles pero progresivamente discapacitantes tales como la pérdida de visión y audición por el incremento de edad y otras enfermedades pueden ser muy poco entendidas e impredecibles; artritis, esclerosis múltiple, entre otras. Todos estos padecimientos comparten una posible amenaza psicológica; no volver a tener el mismo funcionamiento físico que se tenía antes de ser diagnosticado. Así Falvo (1991), enumera algunas amenazas que se espera puedan aparecer al momento de padecer una enfermedad crónica. Amenazas a 1) la vida y el bienestar físico, 2) perder la independencia, la privacidad, la autonomía y el control, 3) perder su concepto de persona y rol social, 4) no alcanzar sus metas y planes de vida, 5) perder relaciones interpersonales y 6) tener complicaciones financieras. Para la gran mayoría la noticia de padecer alguna enfermedad crónica es devastadora, debido a que se desarrolla un perfil de una experiencia de una o varias pérdidas (Ahlström, 2007), sin embargo esta reacción dependerá de la personalidad de la persona, del soporte social con que cuente y que requiera, así como la severidad de la misma (Forshaw, 2003; Goodheart y Lansing, 1997).

Debido a estas amenazas, surgen variables relevantes de estudio tales como las emociones, el soporte social, afrontamiento, creencias y sucesos de vida, en ambos tiempos; percepción del diagnóstico inicial y actual, por lo que la interacción de estas provee un perfil de comportamiento asociado a una representación social, de ahí la idea de analizar estudios en enfermedades crónicas y más específicamente VIH/SIDA, Cáncer y Diabetes e Hipertensión Al revisar la literatura se cuenta con estudios que involucran un par de variables, de ahí el interés de involucrar más para evaluar su interacción.

Actualmente diversos investigadores piensan que las experiencias emocionales involucran dos dimensiones básicas, las cuales son fundamentales para su evaluación, estas se refieren a la valencia; agradables o desagradables, y a su activación; alta o

baja activación. Así se dividen en cuatro grupos: 1) agradables de alta activación por ejemplo la esperanza o el orgullo, 2) agradables de baja activación por ejemplo el consuelo o la satisfacción, 3) desagradables de alta activación por ejemplo la ira o la ansiedad y 4) desagradables de baja activación por ejemplo la desesperanza (Decuir-Gunby, Price-Aultman, y Schutz, 2009). Algunos autores consideran que el constructo denominado soporte social, tiene una influencia fundamental en los procesos de afrontamiento a la enfermedad y por ende en los estados afectivos (Kim, Sherman y Taylor, 2008).

Según Valencia-Lara (2006) en la enfermedad del cáncer es muy común encontrar síntomas de depresión en los pacientes, generalmente asociados a temores, percepciones y al mismo estigma que ésta conlleva, sin embargo uno de los principales temores es el de morir de forma dolorosa, añadiendo el que la persona se vuelva dependiente padeciendo una incapacidad. Asimismo algunos autores han encontrado que los niveles de soporte social disminuyen considerablemente a los meses o al año de que los pacientes recibieron la noticia, lo cual esto impacta en sus emociones así como también pudiera relacionarse a la forma de afrontar el padecimiento (Arora et al., 2007). En un estudio en mujeres con cáncer de mama de comunidades rurales, se encontró que quienes experimentaban mayor número de sucesos de vida incrementaban el riesgo de tener dificultades en su estado de ánimo y que este estado afectivo no se relacionaba con la satisfacción del soporte social (Gronskaya-Palesh et al., 2006).

En un grupo de pacientes con cáncer, se encontró un afrontamiento activo, relacionado con la adhesión al tratamiento; es decir, seguir las indicaciones del médico, asistir a las consultas, llevar a cabo los tratamientos, toma de medicamentos, entre otros, tanto al inicio de la enfermedad como en la actualidad. Por ejemplo los pacientes refirieron *“la explicación del médico me hizo sentir mejor...”*, *“el médico lo alienta a uno...”* o *“el especialista dijo hay que operar y yo dije adelante...”*, y en donde en ocasiones debido a esto, los pacientes dentro de todo el impacto que conlleva la enfermedad, pudieron sentir cierta seguridad o *“tranquilidad”* como ellos mismos lo refieren (Cantú-Guzmán y Álvarez, 2009a; 2009b; 2011). Asimismo, en estudios en pacientes con cáncer de pulmón, se encontró en una evaluación después de someterse a cirugía, que los síntomas depresivos estaban asociados directamente con comportamientos evasivos de afrontamiento, así como también con apoyo social instrumental y no afectivo (Walker, Zona y Fisher, 2006). Esto a su vez, pudiera estar relacionado a las creencias de la enfermedad, en un estudio con pacientes con cáncer de mama, se identificaron tres conceptualizaciones, 1) el cáncer como enfermedad crónica, 2) el cáncer como una enfermedad con síntomas y consecuencias graves y 3) el cáncer como una enfermedad incontrolable, de esta manera se encontró que quienes consideraban la enfermedad como incontrolable, presentaban más síntomas físicos y problemas emocionales (Rozema, Völlink, y Lechner, 2008).

En el caso de otros enfermos crónicos diagnosticados con diabetes, se encontró que la identidad con la enfermedad juega un papel importante en las estrategias de afrontamiento, así, quienes tienen una débil identificación con la enfermedad tienden a presentar comportamientos negativos o evasivos de afrontamiento (Luyckx et al., 2008).

En un estudio con personas en tratamiento oncológico, se detectó que el impacto ante la enfermedad había sido caracterizado por emociones negativas y que

estas emociones predominantemente relacionadas a la tristeza no fueron comunicadas a sus familiares por temor a no lastimarlos, de esta manera se realizaron sesiones grupales de trabajo psicológico basado en el uso de la expresión artística como herramienta para el manejo, expresión y reconceptualización emocional obteniendo resultados positivos; siendo esto una manera de promover la expresión de emociones negativas de una manera más “natural” y a elección del propio paciente, así como también incorporar la actividad profesional de intervención del psicólogo con los pacientes, a la par de estos estén recibiendo tratamiento médico (Cantú-Guzmán y Álvarez, 2009a; 2011).

En lo que se refiere al malestar psicológico (emocional) de los enfermos, algunos de los problemas psicológicos que se encuentran relacionados se refieren a la baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico, somatización, síntomas obsesivos-compulsivos, conflictos con la orientación sexual, abuso de sustancias, entre otros. Asimismo, estos conflictos emocionales se pueden desencadenar a partir de repercusiones sociales de la enfermedad, como por ejemplo el declarar que se es portador del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), lo cual conlleva a manifestaciones de rechazo y estigmatización tanto desde el entorno laboral, familiar y de pareja y amigos (Remor et al., 2008).

Remor et al. (2008), afirman que el poder delimitar las relaciones que guardan las variables psicológicas para el proceso de enfermedad y asimismo las relaciones entre sí, constituye uno de los objetivos para la consolidación de una intervención psicológica en el ámbito de las personas infectadas por VIH, lo cual presupone una mejor adaptación a la enfermedad y una mayor implicación de la persona, lo cual puede repercutir en una mejor adhesión a sus tratamientos y una mejor calidad de vida.

El síndrome de la inmunodeficiencia humana (SIDA), ha sido considerada una de las enfermedades crónicas e infecciosas de mayor interés en las últimas décadas, desde sus primeros indicios en los años ochenta, convirtiéndose en un problema de salud pública y que a su vez ha ocasionado muy diversas opiniones.

De acuerdo con un meta-análisis de 36 artículos que incluye 100 diferentes relaciones entre aspectos psicosociales y la enfermedad por VIH, realizado por Chida y Vedhara (2009), el cual ha sido una de las primeras publicaciones sistemáticas cuantitativas en que se muestra que los factores psicosociales adversos están asociados con un pobre pronóstico en personas infectadas por VIH, se explica que los tipos de personalidad, los estilos de afrontamiento y el malestar psicológico (estados afectivos negativos) están relacionados con un pobre pronóstico y no los estímulos estresores (eventos de vida u otros) como tal. Sin embargo esto tendrá que ver con la percepción que la persona tenga de dicho evento estresor. Asimismo sugieren el manejo multidisciplinario para los tratamientos que reciben las personas infectadas por VIH, incluyendo intervenciones psicológicas que logren apoyar a los pacientes a manejar dichas variables.

Algunos autores Siegel y Schrimshaw (2007), afirman que la mayoría de los o las pacientes que viven con VIH/SIDA experimentan niveles altos de depresión y ansiedad así como niveles bajos de emociones positivas, sin embargo existe también literatura en donde se habla de que muchos de los pacientes que viven con esta condición refieren tener un crecimiento como personas o bien encuentran ciertos

beneficios y/o sentido de su enfermedad.

De esta manera podemos entender a través de los estudios, como las enfermedades producen indiscutiblemente repercusiones comportamentales y afectivas, las cuales son dignas de estudiarse para afinar cada vez más dichos perfiles en cuanto a diferencias entre grupos y predicción de variables.

#### Definición del Problema

En el ámbito de la salud, generalmente se concibe a la enfermedad crónica como un desequilibrio en los procesos fisiológicos de las personas, que normalmente es permanente y que requiere de un tratamiento prolongado. Así, en este proceso se estudiarán aspectos de tipo psicológico y de tipo social que puedan influir en el mismo afrontamiento de la enfermedad por parte de los pacientes que viven con VIH/SIDA, Cáncer y Diabetes e Hipertensión. Al estudiar estos factores psicosociales en específico su percepción al momento del diagnóstico y al momento en que se lleve a cabo el estudio; tales como las emociones, el soporte social, el afrontamiento, la conceptualización y las creencias, así como los sucesos vitales que viven los pacientes al mismo tiempo que su enfermedad, brindan un perfil psicosocial de impacto el cual a su vez involucra una representación social y cómo cambia esta en el proceso de adaptación al padecimiento, a través del estudio de las relaciones de estas variables y sus diferentes manifestaciones, y que al identificar estos perfiles complementaría el entendimiento del comportamiento en la enfermedad y podría favorecer el manejo emocional y su mismo afrontamiento.

De acuerdo con estos antecedentes se considera pertinente llevar a cabo un estudio en donde involucre variables como emociones, soporte social, afrontamiento, creencias y sucesos de vida asociados a la enfermedad. Así como poder estudiar la interacción entre ellas para detectar perfiles de comportamiento. Por medio de la literatura son pocos los estudios que hablan de las diferencias al momento del diagnóstico y el momento presente de la enfermedad, algunos autores solo hablan de que existe un proceso de adaptación en los enfermos crónicos (Samson y Siam, 2008), de ahí la importancia de esta investigación de no solo estudiar la interacción entre las variables, sino también las diferencias en la percepción del diagnóstico inicial y el momento actual en que se encuentren.

#### Justificación

Las enfermedades crónico degenerativas tienden a entenderse solamente como un desequilibrio orgánico, sin embargo al revisar la literatura diversos autores las definen como un síndrome psicosocial (Chida y Vedhara, 2009; Goodheart y Lansing, 1997; Gronskaya-Palesh et al. 2006; Kadivar et al. 2006; Luyckx, 2008; Cantú-Guzmán y Álvarez, 2009a; 2009b; 2011; Cantú-Guzmán, Álvarez, Torres y Martínez, 2012; Siegel y Schrimshaw, 2007; Swaans et al. 2008). De esta manera la justificación de este estudio, se basa en dar a conocer un perfil o perfiles de carácter psicosocial de los pacientes que atraviesan por la enfermedad de Cáncer, VIH/SIDA, así como un grupo de diabetes e hipertensión, basados en las siguientes variables: emociones, soporte social, afrontamiento, creencias asociadas a la enfermedad y sucesos de vida; asimismo se podrán determinar diferencias entre el cambio de perfil o de representación en cuanto al periodo del diagnóstico inicial y el periodo actual. Debido a que se han encontrado diferentes tipos de impacto psicológico y social dependiendo

del padecimiento y de las interacciones entre las variables así como en distintas etapas de la enfermedad, se estudiarán grupos de pacientes crónicos tanto Cáncer, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión para tener un más amplio conocimiento de las diferencias entre las enfermedades.

A partir de los estudios revisados, se pudo detectar que también estudian perfiles de comportamiento en enfermos crónicos, pero solo a partir de una o algunas de las variables propuestas en este estudio (Arora, 2007; Lieberman y Goldstein, 2006), por lo que la aportación se basa en dar a conocer un perfil más amplio que incluya las cinco variables estudiadas y sus interacciones de relación y predicción, así como diferencias de acuerdo a la etapa y padecimiento, además de rasgos cualitativos de las mismas. Por otra parte, en base a la importancia cultural de las representaciones sociales, no se encuentran estudios regionales que incluyan estas variables, por lo que parece relevante diseñar y construir instrumentos locales que cumplan con los criterios psicométricos que permitan evaluar dichos rasgos. En relación a los beneficios de este estudio se encuentran el tener mayor conocimiento del impacto o bien los diferentes comportamientos en dichas enfermedades crónicas, de esta manera poder instaurar grupos de asistencia/apoyo psicológico con personal más capacitado.

#### Objetivo general

Evaluar un perfil o perfiles de tipo psicosocial asociados a una representación social en pacientes que viven con Cáncer, pacientes que viven con VIH/SIDA y un tercer grupo donde se incluyen pacientes con diabetes e hipertensión, en términos de emociones, soporte social, afrontamiento, conceptualización y creencias, así como los sucesos vitales que viven los pacientes al mismo tiempo que su enfermedad, mediante su percepción al momento del diagnóstico y al momento en que se lleve a cabo el estudio. Por medio de instrumentos cuantitativos y cualitativos.

#### Objetivos específicos

- Describir en base a las escalas y por medio de medidas de tendencia central, perfiles de comportamiento para cada grupo de diagnóstico y para la muestra global.
- Comparar factores obtenidos de acuerdo a los tres grupos de padecimientos (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión).
- Comparar factores obtenidos de acuerdo al biomarcador CD4 y sus tres clasificaciones, para el grupo de VIH/SIDA.
- Evaluar predicciones en cuanto a los factores obtenidos y el manejo general de la enfermedad, de acuerdo a los tres grupos de padecimientos (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión).
- Obtener categorías cualitativas de estudio y sus frecuencias.
- Valorar la asociación de variables de acuerdo a las categorías cualitativas para los grupos de Neoplasias y VIH/SIDA.
- Integrar datos cuantitativos y cualitativos para realizar los perfiles de comportamiento.

#### Pregunta de investigación

- ¿Cuál es el perfil o los perfiles de impacto psicosocial en los enfermos crónicos participantes, mediante la percepción de los pacientes del momento del



diagnóstico inicial y del momento de la realización del estudio?

### Limitaciones

Existen diversos aspectos psicosociales que pueden ser estudiados en pacientes con enfermedades crónicas, sin embargo este estudio se limita a estudiar principalmente el impacto emocional, el apoyo social, el afrontamiento, las creencias y los sucesos vitales, aunque si bien durante el transcurso de la investigación se podría ir incorporando otras variables, como por ejemplo la adhesión a los tratamientos, entre otras. El estudio se limita a pacientes que sean diagnosticados con cáncer así como también pacientes que viven con VIH/SIDA, que estén en tratamiento médico, que participen voluntariamente, que sean pacientes ambulatorios y que hablen español. Por otra parte, en cuestiones de la aplicación de instrumentos y realización de entrevistas, pudieran encontrarse algunos obstáculos en cuanto a los trámites de tipo administrativo relacionados con la autorización de llevarse a cabo, o bien dificultades relacionadas con los participantes en cuanto a no poder contestar algunos cuestionarios, dificultades de comprensión y de asistencia a las convocatorias.

## Capítulo II

### Marco Teórico

#### La teoría de las Representaciones Sociales y la salud

La teoría de las representaciones sociales o colectivas constituyen la fuerza de la sociedad que se comunica y genera su propia transformación, no podría explicarse con aspectos menos complejos que los que surgen de la interacción social (Moscovici, 1998). Dicha teoría se encuentra en un marco social y psicológico de ideas y conceptos que estudian los fenómenos psicosociales en sociedades modernas, esta teoría mantiene que los procesos y fenómenos solo pueden ser entendidos si son vistos inmersos en una condición histórica, cultural y macrosocial. Así la representación social es el conjunto de pensamientos y sentimientos que son expresados de manera verbal y conductual por actores que constituyen el objeto del grupo social. Para que un objeto pertenezca al grupo, este tiene que ser socialmente representado. La teoría de la representación social parte de un enfoque discursivo y del constructivismo social (Wagner et al., 1999), trata de una teoría social sobre el "conocimiento de sentido común" (Álvarez, 2002).

Un aporte del desarrollo de la teoría se refiere a la distinción de las creencias y representaciones sociales y su relación con las actitudes sociales; así también, el estudio de las prácticas sociales, relevante en el análisis de la formación y transformación de las representaciones sociales. Autores en esta teoría como Jodelet y Guerrero-Tapia (2000), refieren que las representaciones sociales tienen una naturaleza social, porque son creadas y compartidas por un grupo, por el contexto situacional de estos grupos, por los procesos de comunicación que se establecen entre ellos, por el acervo cultural que poseen y les proporciona cuadros de aprehensión, así por la pertenencia social específica que les procura códigos, valores e ideologías (Palacios-Gámaz, 2009).

Si bien el acto de representar corresponde a una acción de pensamiento mediante el cual el sujeto se relaciona con el objeto; ya sea una persona, cosa, evento, idea, entre otros, no existe una representación sin un objeto. Así, es un proceso mediante el cual se materializan un conjunto de significados, reconstruye el objeto entre los que nos es familiar para poder controlarlo. Los grupos crean vínculos entre conceptos y objetos, de esta manera se crea un proceso de objetivación en tres estadios: 1) de la información social que gira alrededor de un objeto y la experiencia de la interacción, las personas seleccionan, reúnen, contextualizan y descontextualizan la información, 2) establecen características fijas del objeto que permiten una reproducción y 3) naturalizar la representación mediante un estatus de evidencia (Álvarez, 2002; Guevara-Martínez, 2005).

De acuerdo con Álvarez (2002), explica que es a través de la comunicación que se distribuyen y comparten las representaciones, se parte de que todo proceso de comunicación es diferente ya que está inmerso en condiciones ecológicas diversas y diferentes. Asimismo sus funciones se basan en describir, clarificar y explicar la realidad así como funciones de comunicar, de orientación, de identidad y de integrar.

Las representaciones de la enfermedad han sido desde hace muchos años objeto de estudio de la antropología y más recientemente de la psicología social de la

salud, estas representaciones influyen en una variedad de conductas relacionadas con la enfermedad, como por ejemplo la interpretación de los síntomas y el autodiagnóstico, la búsqueda de ayuda, la interacción con víctimas de enfermedades, la selección de un tipo de tratamiento médico, la adherencia al tratamiento médico, entre otras (León, Páez y Díaz, 2003).

En respecto a la representación en tema de salud, Álvarez (2002) explica que en ocasiones las personas en general relegan el cuidado de la salud al sistema médico o a la fe, lo cual dicha representación dificulta las formas de afrontamiento de las personas y esto pueda sugerir que sean dependientes en gran medida a dicho sistema y tiendan a la pasividad de la enfermedad y su automedicación. Así las representaciones sociales de la salud y la enfermedad deben considerarse como principios generadores de una toma de posición y una guía para el comportamiento respecto a la salud; lo cual se relaciona también con la justificación y explicación de sus prácticas, estas incluyen creencias, actitudes, explicaciones de causalidad, emociones, información, así como formas de lidiar respecto a la enfermedad.

#### Enfermedad crónica

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), define *Salud* como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no necesariamente como la ausencia de enfermedad, también ha sido definida como la habilidad en la que un individuo o un grupo son capaces de realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, cambiar y afrontar con su medio ambiente. Por otra parte la enfermedad es definida como un desequilibrio biológico, ecológico y social o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo, esto termina perturbando la fisiología y la anatomía de los individuos (Morales, 1999). Así se puede concluir que un estado saludable tiene que ver también con los procesos de adaptación y realización de las personas y no solamente con una complicación del organismo.

Según la Asociación Americana de Psicología (s.f.), avances recientes en investigación médica y psicológica han llevado a un nuevo entendimiento sobre la salud y la enfermedad. Esta conceptualización conocida como Modelo *Biopsicosocial*, considera la salud y la enfermedad como el producto de la combinación de factores de características biológicas (ej. la predisposición genética), factores conductuales como los estilos de vida y las creencias de salud, así como los factores de índole social, es decir, las influencias culturales, las relaciones familiares y el apoyo social. De esta manera en relación con este modelo, la psicología de la salud definida por Cantú-Guzmán y López-Basurto (2009), como la disciplina de la psicología que estudia todo comportamiento relacionado a los contextos de salud y enfermedad, ya sea como apoyo en algún padecimiento en específico (en el plano educativo o de intervención), para su prevención o bien para el entendimiento (creencias), en el plano individual y social (familia) referente al impacto de los padecimientos, y que toda esta información sea trabajada de modo que se divulgue (investigación científica) y sea de beneficio a los demás (comunidad).

La enfermedad crónica se refiere a un padecimiento que no es de fácil cura, que implica largos períodos de tratamiento y que normalmente es permanente, se convierte en parte de la vida diaria de la persona que la padece, la enfermedad puede manifestarse de forma sub-aguda, aguda y crónica o bien puede manifestarse con síntomas subliminales, con períodos de remisión en los que la persona se sienta libre

del padecimiento pero que al mismo tiempo esté alerta de su potencial recurrencia, la cual puede terminar en una discapacidad o inclusive en la muerte (Forshaw, 2003; Goodheart y Lansing, 1997).

Algunas enfermedades crónicas pueden ser de amenaza para la vida tales como cáncer, VIH-SIDA, enfermedades cardiovasculares, otras pueden ser comprensibles y manejables como la diabetes y la hipertensión, otras pueden ser comprensibles pero progresivamente discapacitantes tales como la pérdida de visión y audición por el incremento de edad y otras enfermedades pueden ser muy poco entendidas e impredecibles; artritis, esclerosis múltiple, entre otras. Todos estos padecimientos comparten una posible amenaza psicológica; no volver a tener el mismo funcionamiento físico que se tenía antes de ser diagnosticado. Así Falvo (1991), enumera algunas amenazas que se espera puedan aparecer al momento de padecer una enfermedad crónica, tales como amenazas a 1) la vida y el bienestar físico, 2) perder la independencia, la privacidad, la autonomía y el control, 3) perder su concepto de persona y rol social, 4) no alcanzar sus metas y planes de vida, 5) perder relaciones interpersonales y 6) tener complicaciones financieras. Para la gran mayoría la noticia de padecer alguna enfermedad crónica es devastadora, sin embargo esta reacción dependerá de la personalidad de la persona, del soporte social con que cuente y que requiera, así como la severidad de la misma (Forshaw, 2003; Goodheart y Lansing, 1997).

#### Aspectos psicosociales y el suceso vital de enfermedad

Un suceso de enfermedad conlleva a un cierto impacto psicológico en función de nuestros pensamientos, emociones e incluso en nuestras relaciones con los demás, así como también en la familia y/o la gente cercana de la persona que enferma. ¿Pensará lo mismo una persona que padece una enfermedad crónica en comparación con una que padece una enfermedad a partir de un accidente?, ¿Influirá su edad y su nivel socio económico?, ¿Sentirá lo mismo una persona enferma que vive sola a una que vive con su familia?, ¿Tendrá que ver si la relación es buena o mala de la persona que enferma con quienes lo cuidan?, éstas y un sinnúmero de preguntas se pueden realizar a la hora de tomar en cuenta los factores que rodean la situación de enfermedad.

Moos y Tsu (1977) señalan, que al momento donde un diagnóstico de enfermedad crónica es otorgado al paciente, generalmente padece de un estado de crisis que se manifiesta en un desequilibrio social, físico y psicológico, es decir, la persona atraviesa un suceso vital. Bloom (1988), define los sucesos vitales como aquellos eventos externos que provocan demandas adaptativas en la persona, y que pueden ser lidiadas exitosamente o bien que ocasionen algún conflicto interno físico o psicológico que termine en alguna forma de enfermedad.

Dichos sucesos pueden dividirse ya sea de forma positiva o negativa, aunque si bien son los sucesos negativos los que pueden estar relacionados con la aparición de síntomas o eventos asociados a alguna enfermedad (Páez et al., 1993).

Rahe (1974), propone que existen cinco aspectos que deben de considerarse a la hora de revisar los sucesos vitales: 1) la experiencia pasada, es decir, cómo ha manejado la persona anteriormente los sucesos estresantes, 2) defensas psicológicas, la habilidad de las personas para lidiar con sucesos estresantes, 3) reacciones físicas

ante estresores, 4) habilidades de afrontamiento, habilidad para atenuar o compensar reacciones físicas y 5) conducta de enfermedad, cómo interpretan los síntomas y cómo deciden buscar ayuda.

En otras palabras, entendemos los sucesos vitales negativos como aquellos que provocan demandas que están fuera del alcance de los recursos de la persona, al menos en algún lapso de tiempo.

¿Qué variables o aspectos en específico podemos tomar en cuenta para estudiar las conductas de enfermedad?, a continuación se presentan algunos aspectos psicosociales relevantes.

#### a) Emociones y Estrés

Las emociones son sentimientos subjetivos que afectan y que pueden influir en la manera en cómo pensamos y nos comportamos así como también en nuestra fisiología. Algunas pueden ser de naturaleza positiva como el afecto y la alegría y otras negativas como el miedo, angustia, tristeza entre otras. Una persona con emociones positivas tiene más probabilidad de aceptar y llevar a cabo un tratamiento de salud así como recuperarse de alguna enfermedad, a diferencia de alguien con emociones negativas (Sarafino, 2002).

Actualmente diversos investigadores piensan que las experiencias emocionales involucran dos dimensiones básicas, las cuales son fundamentales para su evaluación, estas se refieren a la valencia; agradables o desagradables, y a su activación; alta o baja activación. Así se dividen en cuatro grupos: 1) agradables de alta activación por ejemplo la esperanza o el orgullo, 2) agradables de baja activación por ejemplo el consuelo o la satisfacción, 3) desagradables de alta activación por ejemplo la ira o la ansiedad y 4) desagradables de baja activación por ejemplo la desesperanza (Decuir-Gunby, Price-Aultman, y Schutz, 2009).

Una perspectiva de las emociones se ha ido desarrollando a través de entenderlas como algo más complejo que solo una reacción de tipo fisiológica, enfatizando un componente cognitivo y social, basado en cómo las personas aprecian su situación dentro de un contexto, cuáles son los pensamientos que experimentan en ese momento y sobre todo cómo afectan los estímulos y pensamientos asociados a ellos (Vygotski, 1972; Álvarez, 2002).

Asimismo ante las dificultades de poder definir el constructo de la emoción o las emociones como tal, se podría formar un concepto en términos de prototipo desde el constructivismo social, que abarcaría la activación física, la vivencia de pasión o descontrol, una situación de causa, así como una tendencia de acción, todo asociado a una norma social o contextual (Fernández, Zubieta y Páez, 2000).

Pennebaker (1989), afirma que la expresión emocional es una manera en la que las personas son capaces de confrontar emociones y pensamientos estresantes o negativos y no precisamente de evadirlos. Así, la expresión emocional dentro del marco del modelo Biopsicosocial de la salud y la enfermedad toma un puesto importante en la disciplina de la Psicología de la Salud (Campbell, 2001; Álvarez, 2002).

El término de estrés ha tomado importancia en relación al campo de la salud con el paso de las décadas, debido a su relación en el origen, mantenimiento y/o agravamiento de ciertas enfermedades.

Sandín (1999), explica que aunque existen diferentes aproximaciones al estudio del estrés, éste puede considerarse como: a) una respuesta del individuo (activación simpática, liberación de cortisol, ansiedad, enojo, otros) considerando así el estrés como variable dependiente, b) un fenómeno del entorno externo (dolor, ruido, discusiones, otros) tomando en cuenta el estrés como variable independiente y c) una interacción (transacción) entre el individuo y su entorno como proceso.

El estrés se refiere a una reacción individual ante una amenaza que está siendo percibida y que a su vez se relaciona con el aprendizaje y la memoria. El estrés encaja con el modelo Biopsicosocial; una respuesta fisiológica (biológica) por los sistemas endocrino y nervioso, seguido de la percepción de amenaza o un estresor (psicológico), así como también una respuesta estresante ante un ambiente sociocultural (Konz, 2005).

Según Lazarus (1966, en Lazarus, 2000), la investigación sobre el estrés psicológico se basa en el constructo de la valoración, o bien del enfoque subjetivo. Dicho autor propone la idea que el estrés y la emoción dependen del modo en que el individuo evalúa las transacciones con el entorno; es decir el estrés psicológico, o bien estrés percibido, no sólo se encuentra en el entorno ni es consecuencia de algunas características de personalidad, más bien depende de alguna forma en particular de relación entre la persona y su medio. Se divide en tres tipos, a) la del daño/pérdida, b) amenaza y c) desafío (pp. 41, 47).

Un primer tipo de estrés psicológico se denomina daño/pérdida, y se refiere al perjuicio o quebranto que ya se ha producido, un segundo tipo es la amenaza, que es cuando la pérdida no se ha producido aún, por último, un tercer tipo es el desafío, referente a la sensibilidad o bien la superación de dificultades que se han interpuesto durante la trayectoria (Lazarus, 2000, pp. 44-45).

Sandín (2003), sugiere que los efectos del estrés dependen de la a) percepción del estresor, b) la capacidad del individuo para controlar una situación estresante, c) la preparación del individuo por su sociedad para afrontar problemas y finalmente d) la influencia de patrones de conducta aprobados por su sociedad.

Lazarus (2000), argumenta que el estrés por sí mismo ofrece muy poca información sobre los detalles referente a la lucha de la persona por su adaptación, sin embargo la emoción conlleva al menos 15 formas distintas relacionadas a dicha adaptación, estas emociones son la ira, envidia, celos, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, alivio, esperanza, tristeza, felicidad, orgullo, amor, gratitud y compasión, así cada una de las emociones nos dice como la persona valora la situación y asimismo como la maneja, lo cual reafirma la estrecha relación entre estrés y las emociones (p. 46).

De acuerdo con investigación realizada el estrés afecta en la salud incrementando la presión de la sangre y el ritmo cardiaco lo cual puede ocasionar problemas directos en el corazón como pudiera ser un infarto (Baum y Posluszny,

1999). Diversos estudios han sugerido que el escuchar música puede reducir la respuesta de estrés, así como disminuir ansiedad, presión sanguínea y ritmo cardíaco, pudiéndose relacionar ya sea con la preferencia, familiaridad o asociaciones extramusicales (Pelletier, 2004 en Clark et al., 2006).

Así, el estrés se considera como algo más allá de una tensión física sino toda una serie de percepciones negativas ante las realidades que amenazan, como lo puede ser una enfermedad crónica o bien el ser cuidador o responsable directo de la persona que enferma. Otras situaciones que pueden considerarse como estresores pueden ser las de tipo económico, problemas en las relaciones familiares o de pareja, separación, divorcio, violencia familiar entre otros.

González y Landero (2008), proponen que en los modelos de intervención para la prevención y el tratamiento de síntomas psicósomáticos, se trabajen estrategias para mejorar el soporte social, la autoeficacia y la autoestima, ya que estas variables explican un porcentaje importante del estrés percibido (las percepciones de amenaza) y pueden funcionar como protectores de las consecuencias del estrés. Considerándolo como trabajo grupal implementando lo que podría funcionar para la mayoría de las personas.

Por otra parte según el *American Institute of Stress* (s.f.), sentirse "deprimido" después de la pérdida de algún ser querido u otro acontecimiento triste o estresante puede ser muy normal y puede tender a ir disminuyendo conforme el tiempo avanza. Sin embargo, en pacientes clínicamente deprimidos, no existe algún factor predisponente de manera obvia. Se dice que un historial de depresión familiar puede influir en que el riesgo de padecer depresión incremente, los investigadores se preguntan si tendrá una raíz genética o si puede ser una conducta aprendida al interactuar con familiares que padecen depresión, se cree que puede existir un gen específico de la depresión, sin embargo es muy probable que múltiples genes influyan e intervengan en padecer depresión.

Según Kennedy et al. (2004), el Desorden de Depresión Mayor es uno de los padecimientos médicos más prevalentes y se han detectado similitudes epidemiológicas en diferentes regiones del mundo. A pesar de que su diagnóstico ha sido motivo de críticas y diferencias en opiniones de profesionales, se pudiera detectar en un primer momento si durante el último mes la persona ha perdido interés y/o placer en realizar actividad, o tiene sentimientos de tristeza y de desesperanza durante este período de tiempo. Otros síntomas relacionados a este padecimiento y que pudieran corroborar dicho padecimiento son pérdida o incremento de peso, insomnio o hipersomnio, agitación o retardo neuromotor, fatiga, pérdida de apetito, dificultad para concentración, pensamientos suicidas, entre otros posibles relacionados.

Como podemos ver, estas dos posturas previas que explican los estados emocionales relacionados con la depresión provienen de un enfoque reduccionista en el cual explican este estadio emocional como algo meramente orgánico y que pudiera ser atendido bajo un tratamiento médico. Si bien, la depresión es un tema de polémica para los profesionales de la salud, debido a que existen enfoques muy diversos, este estado emocional tiene que ver con situaciones de pérdida en las personas, como por ejemplo y en el contexto específico de salud, pasar de ser sano a enfermo, por lo que estas pérdidas, conllevan necesariamente a cogniciones (percepciones) las cuales están fuera del trabajo médico, de ahí la importancia de trabajo del psicólogo de la

salud como tal y de la promoción del trabajo multidisciplinario.

Algunos profesionales pudieran diagnosticar a sus pacientes con depresión; e inclusive medicarlos, ante haber tenido alguna pérdida humana, ya sea del cónyuge u alguna otra persona cercana, lo que consideramos no ser adecuado, ya que el vivir emociones negativas ante las pérdidas humanas, es algo que se esperaría de la persona que sufre y que está dentro de los procesos normales de reacción.

## b) Soporte Social

Durante las décadas recientes ha existido un creciente interés en el concepto del soporte social por investigadores en el campo de la Psiquiatría, Psicología Clínica y Psicología de la Salud. Esto ha llevado a tener evidencia empírica que el apoyo social tiene un impacto sobre el bienestar físico y mental.

Bravo y Serrano (1997), describen definiciones de este concepto planteadas por otros autores, ya que el soporte social se ha definido de formas muy variadas. Sunberg (1979, en Bravo y Serrano, 1997), lo define como “un patrón duradero, de lazos continuos o intermitentes, que juegan un rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona a través del tiempo”. Cobb (1976, en Bravo y Serrano, 1997), lo concibe como información que lleva a la persona a creer que es cuidada, amada, estimada, valorada y miembro de una red de comunicación y obligación mutua.

Aunque el apoyo social puede consistir tanto en ayuda percibida como en ayuda recibida, los efectos del apoyo social percibido, sobre todo emocional (sentirse querido, valorado y estimado por otros), parecen ser más significativos que los del apoyo social recibido (Menaghan, 1983, en Bravo y Serrano 1997).

De acuerdo con Bravo y Serrano (1997), tres aspectos que se afectan positivamente por el soporte social: 1) la recuperación física se refiere al aumento en longevidad, mayor movilidad física, menor necesidad de medicamentos, reducción de síntomas y mayor rapidez en la cura, 2) la recuperación de la función social incluye mayor productividad, definida en términos de aportaciones al trabajo y a la vida hogareña, reducción en el uso de servicios de salud y mayor cooperación con los regímenes médicos, 3) la recuperación socio-emocional se refiere al estado de ánimo y al bienestar de la persona.

De esta manera podemos observar como los beneficios de trabajo en la cuestión social pueden ser muy diversos, en cierta medida porque la persona no se siente sola y esto le motiva a interesarse en mejorar.

Para llevar a cabo la selección de la mejor intervención los programas preventivos deben de llevarse a cabo bajo ciertas condiciones: a) cuando las intervenciones están orientadas a promover y reforzar las redes de apoyo naturales ya existentes, b) determinar que la fuente de adversidad no puede ser alterada por los medios al alcance de las personas, y c) orientar a los grupos a que, además de proporcionar apoyo mutuo, laboren para alterar las fuentes de estrés (Bravo y Serrano, 1997).



Por otra parte los grupos de ayuda mutua considerándolo como parte de el soporte social; aunque si bien existen grandes diferencias entre ambos que radican en el rol que asume el profesional, el tamaño del grupo, extensión y tipo de orientación, grado de autonomía, complejidad del programa de organización y filosofía, ha tenido por supuesto su aplicación en la disciplina de la Psicología de la Salud.

Según Rivera y Gallardo (2005), los servicios sociales y profesionales de la salud reconocen con el paso del tiempo cada vez más la importancia que tiene la organización comunitaria, los grupos de autoayuda así como la participación directa de estos mismos en las respuestas a sus mismas necesidades. Diferentes individuos de alguna comunidad se buscan, organizan y se reconocen en cuanto a las características y/o circunstancias que tienen en común, y en la mayoría de los casos sin ayuda de algún profesional; los que son considerados como grupos de ayuda mutua, es decir, que buscan apoyo dentro de su misma red social o bien las personas que comparten ciertas similitudes en cuanto a lo que están viviendo como algún padecimiento, enfermedad, o ser personas que se atiendan en un mismo centro de salud, de alguna comunidad cercana en específico, entre otros.

Podemos decir que el soporte social no sólo refiere a pertenecer a un grupo con algún interés en común o recibir algún tipo de apoyo material proveniente de este mismo, sino más bien en cómo la persona concibe ese nivel de pertenencia y aprovecha eficazmente los recursos que el grupo le brinda, como pueden ser la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, el personal de salud, entre otros.

### c) Afrontamiento

Según Baum y Posluszny (1999), el afrontamiento tiene una relación directa con la salud, ya que consiste en la respuesta conductual u otro tipo de actividades ante el peligro, cuyo objetivo es minimizar o resolver los efectos de dicho estresor.

Taylor (1999) refiere, que a pesar de que la mayoría de los pacientes con una enfermedad crónica presentan una serie de reacciones psicológicas, por lo general no buscan algún tipo de apoyo psicológico, sin embargo buscan recursos internos o sociales para lidiar con ciertas problemáticas o reducir su estrés psicológico. Páez et al. (1993), refieren que la forma de afrontar problemas de salud mental negativamente, generalmente están asociados con la frecuencia de sucesos vitales negativos y menor soporte social.

Entre las diversas acciones para el manejo de estrés en situaciones problemáticas, se han encontrado que algunas personas las afrontan directamente teniendo la creencia de ser capaz de resolverlas y manejando las emociones. En otra forma las personas tratan de evadir la situación o escapar así como experimentar un descontrol emocional. Se ha dicho que combinar diferentes formas de hacer frente a los problemas sería lo más apropiado, estudios sobre el tema han encontrado que en problemáticas de alto impacto o bien con pronóstico inevitable de muerte la evitación y la denegación se han mostrado más efectivas que afrontar directamente la problemática (Páez et al., 1993).

Referente al tipo de afrontamiento, Álvarez (2002) explica que pueden presentarse diversos tipos de afrontamiento, así como también estar relacionados

entre sí, como por ejemplo a) de acción razonada, en donde se valoran las actitudes y conductas en función de los resultados, b) apoyo emocional, un afrontamiento afectivo basado en expresar las emociones referentes al suceso, c) pasivo y evitación, no hacer nada referente al problema, d) olvido, tratar de olvidar la situación, e) aceptación, un afrontamiento donde se acepta el problema que se está padeciendo, f) evasión, se evade la situación realizando otras actividades y g) agresión a la causa.

En un grupo de pacientes con cáncer, se encontró un afrontamiento activo, relacionado con la adhesión al tratamiento; es decir, seguir las indicaciones del médico, asistir a las consultas, llevar a cabo los tratamientos, toma de medicamentos, entre otros, tanto al inicio de la enfermedad como en la actualidad. Por ejemplo los pacientes refirieron *“la explicación del médico me hizo sentir mejor...”*, *“el médico lo alienta a uno...”* o *“el especialista dijo hay que operar y yo dije adelante...”*, y en donde en ocasiones debido a esto, los pacientes dentro de todo el impacto que conlleva la enfermedad, pudieron sentir cierta seguridad o *“tranquilidad”* como ellos mismos lo refieren (Cantú-Guzmán, 2008; Cantú-Guzmán y Álvarez, 2011).

Entendemos por afrontamiento el modo particular de cada persona para sobrellevar una situación demandante, que implica la implementación de nuevas conductas y propuesta de objetivos o bien en un afrontamiento negativo la carencia de estos.

d) Creencias y conceptualizaciones asociadas a la salud y modelos utilizados en psicología

Leventhal y su equipo definieron las creencias de enfermedad como las mismas ideas o creencias implícitas y de sentido común que la persona tiene sobre el padecimiento, las cuales proveen un marco de entendimiento y de afrontamiento a la enfermedad (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980). Las causas de *“sentido común”* atribuidas a la enfermedad parecen intervenir de manera importante en la manera en que las personas reaccionan, emocional y conductualmente, ante la enfermedad (León, Páez y Díaz, 2003). Así las creencias y conceptos en cuanto a la salud, se van desarrollando mediante la interacción de las personas o otros grupos, lo que implica a su vez la influencia de un ambiente cultural, de esta manera se van generando representaciones que son determinadas por el contexto en particular donde se encuentre la persona, asimismo estas creencias y conceptualizaciones son prioridad en cuanto al cómo la persona se comportará ante el fenómeno de salud, o bien la enfermedad (Álvarez, 2002).

La teoría Cognitivo–Social de Bandura que generó modelos de comportamiento, como su nombre lo indica, toma como relevantes los efectos del entorno social así como las cogniciones sobre la conducta y cómo ambos se interrelacionan entre sí, entre sus aplicaciones en la psicología de la salud se encuentran los conceptos de *“expectativas de autoeficacia”* y *“expectativas de resultados”*, refiriéndose a las habilidades que el individuo posee para ejecutar una conducta así como las creencias de que la conducta puede producir los resultados que se están buscando (Álvarez, 2002), así las personas tienden a seleccionar o evitar actividades determinadas a partir de sus mecanismos cognitivos de evaluación de competencias, ocupando así las expectativas de eficacia que mantienen sobre sí mismas (Blanco-Blanco, 2009).

El Modelo de Creencias en Salud de Becker, explica que para que se de un

cambio en las conductas saludables, dicho cambio está relacionado por las creencias del individuo. Según Álvarez (2002), muestra que son tres las dimensiones básicas que se deben de analizar en un episodio de enfermedad, a) la percepción subjetiva de vulnerabilidad ante la enfermedad, es decir el grado de amenaza ante ésta, b) evaluación subjetiva, percepción de beneficios al llevar acabo determinadas conductas de salud y c) la evaluación de probables dificultades para llevar acabo dichas conductas. Esto tiene que ver con una percepción individual, aspectos que puedan modificar dicha percepción, así como determinada probabilidad de llevar a cabo una conducta en particular.

La vulnerabilidad consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada enfermedad. Un proceso es el haber escuchado o conocido acerca del riesgo de presentar tal condición. Así, esta percepción puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o el pesimismo y hacer que la gente sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad. La severidad o bien las dificultades se relacionan con la percepción individual de cuán grave es la enfermedad, esta dimensión ha sido dividida en la severidad de los efectos físicos, socioeconómicos y mentales que puede causar (Cabrera, Tascón y Lucumi, 2001).

De acuerdo con Janz y Becker (1984), los componentes básicos del modelo dependen primordialmente de dos variables, el valor que le da una persona a una meta, así como la probabilidad de que alguna acción conlleve a dicha meta, así cuando estas variables se asocian al ámbito de la salud y el comportamiento, se podrían describir en el deseo de no enfermarse o de aliviarse cuando se está enfermo, así como la creencia de que una acción en específico previene o aminora la enfermedad. Esto es, toma en cuenta las percepciones de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras.

La Teoría de Acción Razonada de Ajzen y Fishbein, refiere que la manera más adecuada de predecir la conducta es conocer las intenciones del individuo. En este modelo la conducta es determinada por la intención para emitir dicha acción, se toman en cuenta dos factores principales, uno personal o actitudinal y uno social o de normativa, así, las creencias asociadas a cada uno de los factores generarán un comportamiento en base a la importancia de estas actitudes y normas, así como a la situación y las diferencias individuales (Fishbein y Ajzen, 1981; Vallerand et al., 1992). En ocasiones las actitudes tendrán más importancia que los aspectos normativos y viceversa, esto puede variar de persona a persona, cualquier actitud está en función de una creencia (Fishbein y Ajzen, 1981). Las creencias acerca de algún objeto proporcionan bases para el desarrollo de una actitud, tomando en cuenta tres tipos de creencias; descriptivas, inferenciales e informativas. El objetivo de esta teoría no es la predicción conductual sino la comprensión de los determinantes de la conducta (Reyes-Rodríguez, 2007). De acuerdo con Álvarez (2002), es una teoría que según sus autores sirve para explicar la relación entre actitudes, intenciones, conductas y predicción de éstas, en donde concibe a las personas como racionales para la toma de decisiones y cuyos pensamientos y conductas se encuentran determinados por procesos lógicos y objetivos.

El Modelo de Sentido Común de Autorregulación de Leventhal, ha identificado diversas creencias las cuales encajan en dimensiones asociadas a la identificación del padecimiento, a la causa percibida de la enfermedad, al tiempo de duración (aguda o crónica), a las consecuencias tales como los síntomas físicos, emocionales y sociales,

así como una última dimensión asociada al control y la cura (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980). Este modelo propone una jerarquía organizada en donde describen tres constructos principales, 1) una representación de la enfermedad o de la experiencia en esta, 2) una respuesta, acción, plan o forma de afrontarla, así como 3) una valoración en base éxitos o fracasos debido a dicha acción. Sin embargo en esta última etapa del modelo, se propone de una manera novedosa en cuanto a un componente cognitivo paralelo, por una parte, el qué se puede hacer objetivamente frente a la enfermedad, y un componente de regulación emocional asociado al cómo se siente emocionalmente y qué puede hacer para sentirse mejor emocionalmente (Nerenz y Leventhal, 1983; Hale, Treharne y Kitas, 2007). Intenta explicar cómo las personas desarrollan mecanismos para la construcción de las emociones a través de sus experiencias en el desarrollo y cómo estos mecanismos sirven para construir esquemas emocionales de memoria, los cuales llevan inmersos planes de acción para futuras respuestas emocionales (Álvarez, 2002). Se ha encontrado que respuestas adaptativas, en términos de funcionamiento físico y social de la enfermedad, así como bienestar y vitalidad, están asociadas a percibir menos consecuencias de la enfermedad y a identificarla como una enfermedad débil, de esta manera se ha encontrado en un estudio de meta-análisis, una relación de moderada a fuerte entre las cogniciones de enfermedad, los comportamientos de afrontamiento y los resultados de la misma enfermedad (Hagger y Orbell, 2003).

El Modelo de los Esquemas Prototípicos de Bishop, se refiere a que las personas organizan las representaciones de las enfermedades y las conductas ante las mismas en función de la información que obtienen de los síntomas de las enfermedades que les preocupan o sufren, además, la localización anatómica de la enfermedad, así como la relación entre la información obtenida y los esquemas prototípicos de síntomas que ya se poseen y que se adquirieron en experiencias anteriores con las enfermedades, se asocian en cuanto a las características más generales de los síntomas (Álvarez, 2002). Como por ejemplo se interesaba en a) la percepción que tienen las personas de las relaciones entre diferentes enfermedades, así como b) las implicaciones de esta organización en las reacciones de la gente ante personas diagnosticadas con una enfermedad particular (Bishop, 1991 en León, Páez y Díaz, 2003).

## Cáncer

### Definición

Los tumores o neoplasias, se definen como una masa anormal de tejido que resulta cuando las células se multiplican más de lo debido o no mueren cuando debieran. Las neoplasias pueden ser benignas o bien no cancerosas, así como malignas o también denominadas cancerosas (National Cancer Institute, s.f.).

Investigadores argumentan que el cáncer no es una enfermedad, sino muchas enfermedades que ocurren en diferentes áreas de nuestro cuerpo, cualquier tipo de cáncer que éste sea se caracteriza por el descontrol en el crecimiento de células, la reproducción de células es cuidadosamente controlada por el cuerpo, sin embargo este control puede fallar resultando un crecimiento de células anormal y el desarrollo de un tumor, de una masa o un bulto, así como también la invasión del tejido circundante y poder producir metástasis. Cuando se refiere a la sangre no crea un tumor sino circula por medio de los tejidos en donde se llega a desarrollar (National Foundation for

Cancer Research, 2005; National Cancer Institute, s.f.).

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2009), El cáncer en 2007 representó la tercera causa de muerte entre las mujeres con 35 303 defunciones (15.4%), mientras que en los hombres fue la cuarta con 33 509 muertes (11.8%). Durante este mismo año, los tres principales tipos de cáncer que causaron defunciones en las mujeres fueron el de mama (13.8%), cuello del útero (12.1%) e hígado (7.6%). En los hombres, el cáncer de próstata (15.7%), tráquea, bronquios y pulmón (14%) y estómago (9%).

Según el National Foundation for Cancer Research (2005), los tumores pueden ser benignos o malignos, las células de tumores malignos se pueden esparcir por todo el cuerpo llamándosele a este proceso metástasis, el tipo de cáncer se refiere al órgano o área del cuerpo donde ocurrió primero, por ejemplo si es un cáncer de mama que se esparció a los huesos se le denomina *cáncer de mama metastásico* no *cáncer de hueso*.

Aunque muchos de los pacientes o familiares quieren saber la respuesta a la pregunta de por qué se le originó la enfermedad, la razón sobre porqué se desarrolla el cáncer no es muy clara todavía. Existen ciertos materiales o cancerígenos que pueden causar la enfermedad, sin embargo muchos de ellos aun no se descubren, el tiempo o la cantidad de exposición a éste pudiera afectar el desarrollo de la enfermedad (National Foundation for Cancer Research, 2005).

De acuerdo con el National Foundation for Cancer Research (2005), el tratamiento médico para el cáncer varía dependiendo del tipo, etapa o condición general del cáncer, además de cuál sea el objetivo de éste; ya sea para curarlo, detener su esparcimiento o curar algunos síntomas que hayan sido causados. Así los tratamientos se dividen en: *a) Quimioterapia*; cualquier tratamiento que utilice fármacos ya sea uno o la combinación de varios para matar células con cáncer, *b) Cirugía*; es utilizada para diagnosticar, determinar su etapa y para tratar el cáncer, una de las más comunes es la biopsia, que se refiere a tomar una muestra del tejido para ser examinada en el laboratorio, cuando se realiza la biopsia normalmente el cáncer o el tejido adjunto es retirado, *c) Terapia de radiación*; utiliza rayos de radiación para dañar o matar células de cáncer para prevenir su esparcimiento o división, así puede aliviar o mejorar algunos de sus síntomas, *d) Inmunoterapia*; donde se utilizan productos del sistema inmune para bloquear o destruir células cancerígenas y *e) Terapia hormonal*; utiliza fármacos para bloquear la producción de hormonas o cambiar su funcionamiento.

#### Psicología y el trabajo en oncología

El cáncer al igual que otras enfermedades, genera repercusiones de tipo psicológicas en los pacientes y estas pueden variar dependiendo de diversos aspectos tales como la evolución de la enfermedad, el tipo de personalidad y afrontamiento del paciente, el apoyo social, entre otros. De ahí que surgiera esta subdisciplina a partir de trabajos de investigación en pacientes diagnosticados con cáncer, basados en estudiar en términos generales el comportamiento de los pacientes ante la enfermedad.

El cáncer es un padecimiento crónico-degenerativo que por su evolución agresiva puede acabar con la vida del huésped y requiere tratamientos oncológicos

violentos, de esta manera puede desencadenar una serie de reacciones psicológicas, psiquiátricas, sociales, económicas, sexuales, culturales, espirituales y religiosas. Ante ello, es necesaria la atención profesional del personal de salud mental entrenado en oncología (psicooncólogo) que permita y promueva la relación entre el médico, el paciente y la familia. Así, la psicooncología ha hecho importantes contribuciones al estudio de los factores psicológicos asociados con la incidencia del cáncer, respuesta al tratamiento, calidad de vida y bienestar psicológico (Alvarado-Aguilar, 2004; Vinaccia et al., 2005).

De acuerdo con Alvarado-Aguilar (2004), esta especialidad tiene como objetivos centrales: 1) la valoración y tratamiento de los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales, culturales, económicos, espirituales, religiosos y sexuales que se presentan en el paciente con cáncer, por la enfermedad y sus tratamientos oncológicos; la repercusión sobre la familia y el impacto en el equipo terapéutico. 2) la enseñanza para la identificación de los trastornos psicológicos y psiquiátricos y de las diferentes modalidades de tratamiento psico-oncológico. 3) el promover la importancia de la investigación en psico-oncología, al reconocer que es un terreno muy amplio y poco estudiado en nuestro país.

La psico-oncología en México comenzó a inicios de la década de los 80's por iniciativa del doctor Juan Ignacio Romero Romo, con el apoyo e interés de reconocidos oncólogos, entre ellos del doctor Arturo Beltrán Ortega, en aquellos días, director general del Instituto Nacional de Cancerología. En 1987 se fundó la Sociedad Mexicana de Psico-oncología, aunque hasta el 2001 se reiniciaron sus actividades. Fue entonces cuando el Psic. Onc. Salvador Alvarado Aguilar, primer egresado de la especialidad realizada en el Instituto Nacional de Cancerología con duración de tres años, fue nombrado presidente y a partir de ese momento se estructuró un programa anual de actividades. En febrero de 2004 se promovió la formación del Comité de Psico-oncología en la Sociedad Mexicana de Oncología, con el apoyo del doctor Francisco Javier Ochoa Carrillo, para el trabajo inter, multi y transdisciplinario, con el objetivo de establecer un modelo de investigación para conocer lo que sucede entre, a través y más allá de toda disciplina relacionada con la atención, enseñanza e investigación en la oncología (Alvarado-Aguilar, 2004).

En Monterrey, existen agrupaciones que brindan información sobre la enfermedad del cáncer, apoyo emocional al paciente y familiar, así como la creación de convenios con instituciones de salud para ofrecer determinados tratamientos (Asociación Mexicana contra el Cáncer de Mama, A.C., Cruz Rosa Monterrey, Fundación Santos y De la Garza Evia).

#### Aspectos psicosociales en la enfermedad de cáncer

Usualmente los pacientes con cáncer encaran una multitud de experiencias y demandas que los llevan a experimentar estrés psicosocial (Aguero-Trotter, 2004). En lo que se refiere al estrés psicológico en pacientes que fueron sometidas a cirugía según Cohen et al. (2000), encontraron diferencias significativas entre pacientes que recibían cirugía de mastectomía y quienes recibían la cirugía de conservación de seno, haciéndose aparentes en las medidas conforme pasa el tiempo y siendo mayor el nivel en el segundo grupo respectivamente. Según Servaes et al. (1999), en un estudio realizado en pacientes con cáncer de mama, se encontró que dicha condición genera

un comportamiento cohibido o bien inhibición de la expresión emocional y no está relacionado con factores individuales o de personalidad.

De acuerdo con Rosch (1979), es muy probable que la manera en cómo el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad del cáncer le es comunicado al paciente, influirá en el curso de crecimiento del tumor. Shapiro (2002), argumenta que aunque el padecer cáncer puede llegar a tener grandes repercusiones ante el estrés, también puede influir hacia un funcionamiento psicológico positivo, ya que en estudios como Collins et al. (1990, en Shapiro 2002), reportaron cambios positivos en las relaciones interpersonales, perspectivas sobre el autoconcepto y prioridades sobre el plan de vida de los pacientes.

Campbell (2001), explica que se han llevado a cabo diversos estudios donde se discute sobre la relación que tiene la falta o carencia de expresión de la ira y el enojo con el desarrollo de enfermedades específicas y condiciones médicas, como por ejemplo el cáncer. Marrero y Carballeira (2002), llevaron a cabo un entrenamiento en solución de problemas en pacientes con cáncer, donde teniendo en cuenta que los enfermos de cáncer presentan ciertas dificultades para expresar las emociones, sobre todo negativas, como ira, ansiedad y depresión (Watson, et al., 1991 en Marrero y Carballeira, 2002), consideraron necesario incluir como ingrediente terapéutico la expresión emocional. La disminución de la afectividad negativa o el aumento de afectividad positiva podrían funcionar como mediadores en la evolución de la enfermedad. Asimismo se ha encontrado que la supresión de emociones negativas así como la negación de dichas emociones, eran características significativas en pacientes con cáncer colorrectal.

Existen estudios que se han interesado en intervenciones sobre manejo de estrés en pacientes con cáncer y que han tenido resultados positivos (Shapiro, 2002; Aguero-Trotter, 2004). De acuerdo con Derogatis y Fleming (1996, en Aguero-Trotter, 2004), las demandas de esta condición referentes a las habilidades de afrontamiento, bienestar psicológico así como soporte social, han magnificado de alguna manera la importancia del ajuste psicosocial en la población con cáncer.

De acuerdo con Iwamitsu et al. (2003, en Lieberman y Goldstein, 2006), en lo que se refiere a la valoración de estrés en pacientes femeninas con cáncer, se encontró que aquellas quienes reprimían emociones negativas en comparación con quienes las expresaban, era más probable que padecieran de ansiedad, depresión y confusión después de haber recibido el diagnóstico.

Según Valencia-Lara (2006) en la enfermedad del cáncer es muy común encontrar síntomas de depresión en los pacientes, generalmente asociados a temores, percepciones y al mismo estigma que ésta conlleva, sin embargo uno de los principales temores es el de morir de forma dolorosa, añadiendo el que la persona se vuelva dependiente padeciendo una incapacidad.

En un estudio realizado por Stanton et al. (2002) en pacientes con cáncer de mama, encontraron que después de un mes de que la intervención había finalizado, la evasión a temas relacionados con el cáncer estaba relacionado significativamente con padecer estrés, así, la inducción de trabajo con la expresión emocional redujo el estrés en mujeres. Por otra parte, a los 3 meses de finalizada la intervención, los grupos experimentales mostraron una reducción significativa en acudir a sus citas médicas en

comparación con el número de citas que presentaba el grupo control. Devine et al. (2003) encontraron en pacientes con cáncer metastásico, que a mayor apoyo social y menos pensamientos negativos relacionados con la enfermedad así como la evitación de éstos, mayor ajuste psicológico a la enfermedad después de un mes de tratamiento.

En contra parte, Rosenberg et al. (2002) exponen que en su estudio experimental con pacientes diagnosticados con cáncer de próstata, el grupo experimental mediante el trabajo de expresión emocional escrita basado en el modelo de Pennebaker, mostró mejorías en los apartados de síntomas físicos como el dolor, pero no en variables de tipo psicológicas.

Lieberman y Goldstein (2006), en un estudio mediante grupos de apoyo en línea con mujeres con cáncer de mama, sugirieron por medio de sus resultados que la expresión de emociones negativas por sí misma no predice una mejora de tipo psicosocial, sin embargo, en el contexto de la enfermedad de cáncer, a mayor expresión de emociones como ira y tristeza se tiende a disminuir la depresión, a diferencia de quienes expresan tener ansiedad muestran efectos contrarios. Aunque no se tiene claro el porqué de estas diferencias, se constata que quizá la idea de expresar emociones negativas en general no brinda beneficios sino solamente algunas emociones en específico, al menos en este tipo de padecimiento.

En un estudio con personas en tratamiento oncológico, se detectó que el impacto ante la enfermedad había sido caracterizado por emociones negativas así como creencias relacionadas a la muerte, y que estas emociones predominantemente relacionadas a la tristeza no fueron comunicadas a sus familiares por temor a no lastimarlos, de esta manera se realizaron sesiones grupales de trabajo psicológico basado en el uso de la expresión artística como herramienta para el manejo, expresión y reconceptualización emocional obteniendo resultados positivos; siendo esto una manera de promover la expresión de emociones negativas de una manera más “natural” y a elección del propio paciente, así como también incorporar la actividad profesional de intervención del psicólogo con los pacientes, a la par de estos estén recibiendo tratamiento médico (Cantú-Guzmán, 2008; Cantú-Guzmán y Álvarez, 2009a; 2009b; 2011).

## VIH/SIDA

### Definición

El Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), es el factor etiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Este virus a diferencia de algunos otros, difiere porque infecta células del sistema inmune, específicamente los linfocitos “T” cooperadores (LT<sub>h</sub>-CD4), que portan el marcador CD4+, y que son células con propiedades de regulación protectora y cooperadora, ya que liberan moléculas como las interleucinas en la inducción de respuesta inmune de memoria o reguladora, además induce activación de otras células e inducción de respuesta inmune humoral contra enfermedades infectocontagiosas y degenerativas. La replicación del VIH en CD4+, destruye estas células induciendo una inmunodeficiencia (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

El SIDA es el estado más avanzado de la infección por VIH, la cual puede llegar a tomar años para que se manifieste aun que la persona ya haya sido infectada. Tener



SIDA significa que el virus se ha internalizado en células CD4+ del sistema inmune y puede presentar enfermedades oportunistas, el SIDA es adquirida ya que no proviene de los genes, su forma de transmisión es sanguínea, sexual o perinatal (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

#### Aspectos psicosociales en personas que viven con VIH/SIDA

Diversos estudios en la enfermedad de infección por VIH apuntan hacia los comportamientos que están relacionados tanto en la adquisición, como pudiera ser el comportamiento sexual, o bien los comportamientos relacionados a la adhesión al tratamiento una vez que se ha sido diagnosticado. Sin embargo existen procesos psicológicos referentes al impacto psicosocial de la enfermedad, así como el manejo de la misma (afrentamiento), en los cuales valdría la pena profundizar.

Las personas que viven con el VIH, se enfrentan a toda una serie de estresores que van desde los económicos, fisiológicos, socioculturales y psicológicos, que al considerarlos producen una gran amenaza a la salud ya sea física y/o mental. Asimismo en lo que se refiere al malestar psicológico (emocional), algunos de los problemas psicológicos que se encuentran relacionados se refieren a la baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico, somatización, síntomas obsesivos-compulsivos, conflictos con la orientación sexual, abuso de sustancias, entre otros. (Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003).

Desde los inicios de la epidemia del SIDA, se ha ido documentando en diversos estudios las consecuencias y el impacto emocional que genera la noticia de tener la infección por VIH, las personas que viven con VIH parecen ser muy vulnerables al recién inicio del diagnóstico, así como cuando presentan algunos síntomas en etapas posteriores y cuando empiezan a experimentar pérdidas de otras personas infectadas que pertenecen a su contexto social, aunque si bien también algunos estudios han presentado mejorías emocionales con el paso del tiempo y la adaptación a la enfermedad (Siegel y Lekas, 2002; Cantú-Guzmán, Álvarez, Torres y Martínez, 2012).

Asimismo, estos conflictos emocionales se pueden desencadenar a partir de repercusiones sociales de la enfermedad, como por ejemplo el declarar que se es portador del VIH lo cual conlleva a manifestaciones de rechazo y estigmatización tanto desde el entorno laboral, familiar y de pareja y amigos (Remor et al., 2008).

El SIDA ha sido considerada una de las enfermedades crónicas e infecciosas de mayor interés en las últimas décadas, desde sus primeros indicios en los años ochenta, convirtiéndose en un problema de salud pública y que a su vez ha ocasionado muy diversas opiniones.

Remor et al. (2008), afirman que el poder delimitar las relaciones que guardan las variables psicológicas para el proceso de enfermedad y asimismo las relaciones entre sí, constituye uno de los objetivos para la consolidación de una intervención psicológica en el ámbito de las personas infectadas por VIH, lo cual presupone una mejor adaptación a la enfermedad y una mayor implicación de la persona, lo cual puede repercutir en una mejor adhesión a sus tratamientos y una mejor calidad de vida.

Según Ortiz-Colón (1993, en Bravo y Serrano 1997), en su trabajo en grupos de apoyo con hombres homosexuales con infección por VIH, encontraron que uno de los conceptos clave en la disciplina de la psicología de la salud; el soporte social, fue determinante en resultados que reflejaron beneficio en los participantes.

Al referirse al SIDA, mensajes de muerte segura y estigmatización conllevan a consecuencias psicológicas tales como depresión, estrés y culpa. El grupo de participantes en un estudio sobre grupos de apoyo en personas con infección por VIH, fue de diez hombres homosexuales con diferencias de edades, niveles educativos, síntomas y tiempo que había transcurrido en que ellos mismos sabían que padecían el diagnóstico. Se reunieron durante dos años cada semana en sesiones aproximadas de dos horas en las que abundaban sobre relatos acerca de cómo había sido el impacto emocional ante el diagnóstico. Para la elaboración de la detección de necesidades fue importante recalcar que los investigadores llevaron a cabo la observación participante, la cual consiste en que el investigador forme parte del grupo y se involucre en las actividades para conocer y analizar posteriormente las situaciones y conductas de los individuos, mediante un análisis de contenido, donde retoman las concordancias obtenidas para encontrar necesidades o aspectos a trabajar significativos. El objetivo principal del estudio era conocer cómo el SIDA se construye socialmente de forma negativa y facilitar cambios en conductas autodestructivas. Ya finalizado el estudio y después de haber sido puesto en práctica se concluyó que hubo cambios significativos en sus conductas de salud tales como elevar niveles de autoestima, expresarse sexualmente con más seguridad, desarrollar estrategias para revelar su condición. Lo más importante fue que se dieron cuenta de los efectos potencialmente negativos de obtener información errónea antes de integrarse al grupo (Ortiz-Colón 1993, en Bravo y Serrano 1997).

Los grupos de ayuda mutua han dado un gran aporte en lo que se refiere a la rehabilitación social de los afectados del SIDA, de acuerdo con Rivera y Gallardo (2005), en lo que se refiere a los programas terapéuticos, ayudando a la aceptación de la enfermedad así como para facilitar técnicas de afrontamiento para ésta y hacia la muerte. Por otra parte han facilitado a crear espacios simbólicos, tratando de modificar los mitos y prejuicios, recuperando personas ya estigmatizadas. Entre las más importantes conclusiones a las que se han llegado a partir del trabajo con los grupos de ayuda mutua en pacientes con SIDA están: una integración en espacios sociales así como sanitarios, aumento de presupuesto hacia el trabajo o la investigación del SIDA, necesidad de que profesionales se involucren con los grupos, es decir, que se lleguen a consolidar como grupos de soporte social.

Carrobes, Remor y Rodríguez-Alzamora (2003), desarrollan un estudio sobre afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes infectados por el VIH, exploran la relación de tres estilos de afrontamiento, a) activo-conductual, b) activo-cognitivo y c) evitación, además de ocho estrategias de afrontamiento específicas, 1) crecimiento personal, 2) expresión activa/búsqueda de información, 3) confianza activa en otros, 4) implicación activa-positiva, 5) distracción, 6) rumiación/pasivo cognitivo, 7) resignación pasiva y 8) evitación, usadas por los sujetos en diferentes etapas de la infección por VIH, además del apoyo percibido por parte de su entorno. Entre los aspectos más relevantes que se encontraron fue la relación entre el afrontamiento y el apoyo social percibido con el estrés, indicaba que los individuos que usaban afrontamiento por evitación no se protegían del estrés, éstos presentan mayores niveles de ansiedad y depresión. En lo que se refiere al afrontamiento-

conductual, los sujetos que se han movilizado para lidiar con la enfermedad implicándose activa y de una manera positiva, presentan un funcionamiento más adaptado y con menor coste emocional.

En el caso de trabajo con pacientes con VIH-SIDA, podemos observar que el trabajar con el impacto emocional de la enfermedad así como con la información correcta sobre el padecimiento y la aceptación, puede ser entre otros, los objetivos primordiales a trabajar por el psicólogo de la salud.

De acuerdo con un meta-análisis de 36 artículos que incluye 100 diferentes relaciones entre aspectos psicosociales y la enfermedad por VIH, realizado por Chida y Vedhara (2009), el cual ha sido una de las primeras publicaciones sistemáticas cuantitativas en que se muestra que los factores psicosociales adversos están asociados con un pobre pronóstico en personas infectadas por VIH, se explica que los tipos de personalidad, los estilos de afrontamiento y el malestar psicológico (estados afectivos negativos) están relacionados con un pobre pronóstico y no los estímulos estresores (eventos de vida u otros) como tal. Sin embargo esto tendrá que ver con la percepción que la persona tenga de dicho evento estresor. Asimismo sugieren el manejo multidisciplinario para los tratamientos que reciben las personas infectadas por VIH, incluyendo intervenciones psicológicas que logren apoyar a los pacientes a manejar dichas variables.

Algunos reportes científicos tratan sobre obtener una mejor comprensión del impacto que el VIH/SIDA tiene en las personas de comunidades africanas, como en Msinga ubicada en Sudáfrica. El estudio se basa en explorar las percepciones, acciones y motivaciones desde una perspectiva cualitativa, empleando métodos como la observación participante, grupos de enfoque y conversaciones informales con las personas, su validez se basó en lo que los autores llaman significancia sociológica; el interés del investigador es evaluar si las descripciones son significativas para el entorno, entendibles y convincentes para cualquier persona que reciba dicha información, así como por medio de triangulación de datos. Por otra parte se hicieron categorías de la información por participantes y por hogares; estos hogares se refieren a unidades de co-residencia que incluye trabajadores que comparten comida e ingresos. Los autores afirman que para comprender el cómo afrontan las personas el tener infección por VIH o bien SIDA, se tiene que poner atención en las creencias tales como si piensan que han sido embrujados; que sepan los tratamientos tradicionales que requieren, si piensan que la enfermedad es voluntad de Dios; ellos suplican por perdón y apoyo o bien ellos aceptan la situación. Asimismo la información biomédica también afecta el cómo lidian con el padecimiento. Referente al impacto se encontró que las personas de la comunidad no niegan la enfermedad de infección por VIH, pero es muy común que lo hagan si el padecimiento se vive en su propio hogar. Afrontar con la noticia del diagnóstico usualmente tiene un impacto severo en la persona y su familia, caracterizado por emociones como negación, miedo; debido al estigma de muerte así como la incapacidad de no poder cuidarse a sí mismos, y esperanza; motivos que les dieran esperanza tales como tener un trabajo, recibir tratamiento médico, ser religioso y tener hijos (Swaans et al., 2008).

El artículo que publican Sikkema et al. (2000), describe los sentimientos de sufrimiento relacionados al duelo por la pérdida de personas cercanas que padecían VIH, asimismo se reporta que aquellas personas que padecen VIH a su vez, sufren aun más la pérdida de un ser querido con dicha infección, ya que ellos pueden estar

observando en otros algo que les pudiera pasar a ellos mismos. Mencionan que de acuerdo con Kemey et al. (1995, en Sikkema et al., 2000) se han encontrado cambios en el sistema inmune así como una pérdida rápida en el conteo de células CD-4, en hombres gay VIH positivos. El estudio tuvo tres objetivos principales: 1) identificar la prevalencia y severidad del sufrimiento por duelo en una muestra diversa de etnias y género en hombres y mujeres con VIH positivo, 2) evaluar el impacto psicológico en el bienestar emocional de personas VIH positivas y 3) identificar estrategias de afrontamiento y factores psicosociales asociados a la severidad del duelo. Estos objetivos basándose en la teoría de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman, así como la teoría de la cognición social de Bandura. Estos autores afirman, que las personas que viven con infección por VIH, experimentan diversas pérdidas tales como relaciones interpersonales, pérdida de trabajo, estilo de vida, sentido de control, funcionamiento intelectual y conductual, entre otros. Así, la mayoría de estas personas muestran puntajes elevados en síntomas de ansiedad y depresivos, lo que está relacionado a utilizar estrategias de afrontamiento de evitación, tales como "tratar de olvidar lo sucedido", "tomar alcohol" y "evitar que los demás sepan qué tan mal está la situación". Por el contrario las estrategias de afrontamiento que se recomiendan son búsqueda de apoyo social, resignificación positiva, reestructuración cognitiva y habilidades en resolución de problemas. En el caso de personas con VIH, se ha encontrado que un afrontamiento activo como la búsqueda de información sobre la enfermedad y sus tratamientos está relacionado con una mayor calidad de vida (Friedland, Renwick y Mccoll, 1996).

Otros reportes refieren al estudio de diversas variables psicosociales relacionadas al afrontamiento de la enfermedad crónica, en concreto personas con infección por VIH, se estudiaron variables como emociones positivas y negativas, soporte social, afrontamiento e interacciones sociales conflictivas en una población de 140 personas. De acuerdo con los autores, se describen las variables de emociones como emociones negativas; estresado, miedoso y emociones negativas débiles; calma, relajado. En contraste emociones positivas; excitado, encantado y emociones positivas débiles; somnoliento entre otras. Se encontró que el tener conflictos sociales estaba más relacionado a conductas de afrontamiento asociadas al aislamiento social, conductas de ira y pensamientos mágicos o de fantasía, asimismo con estados afectivos negativos. Estos hallazgos apuntan a la importancia de realizar estudios en donde se estudien dichas variables de manera simultánea como una forma de entender de manera más completa y compleja el afrontamiento en la enfermedad crónica. Este artículo propone estudiar en esta línea de investigación las relaciones sociales positivas y negativas y cómo esto influye en sobrellevar eventos estresantes, en este caso una enfermedad crónica como lo es el VIH/SIDA. Así, se encontró que el estigma de la enfermedad de VIH, no tiene una relación significativa con los estados afectivos, sin embargo el estigma de la enfermedad está relacionado a experimentar interacciones sociales conflictivas, así como aislamiento e ira, lo cual esto indica un círculo vicioso en donde se asocian los conflictos y el aislamiento social lo que desembocaría en estados afectivos negativos (Fleishman et al., 2000).

Se ha reportado que el 68% de la población mundial que padece infección por VIH, se encuentra en África. Las consecuencias psicosociales pueden ser muy diversas de persona a persona, así como también dependiendo de la magnitud y avance de la enfermedad, así, las personas que presentan malestar psicológico a partir del diagnóstico el cual puede ser desde depresión, ansiedad generalizada, ataques de pánico, uso de sustancias entre otras características, son menos propensas a seguir y

adherirse a un tratamiento o bien efectuar conductas de prevención, lo cual puede ser un riesgo para su salud así como para la de sus parejas. Se refieren a los programas de soporte psicosocial como programas en donde los individuos desarrollan estrategias de afrontamiento, manejo emocional como episodios depresivos, mejora las funciones cognitivas y se percibe un mejor soporte social a partir de los grupos mismos, lo cual puede influir en conductas de prevención tales como el uso de condón, reducción de ingesta de alcohol y reconocerse como seropositivos. Por otra parte aquellos que reportan altos niveles de malestar psicológico tienden a reportar diversas barreras hacia el manejo de la enfermedad, así como también asociado con el estigma de esta. El objetivo de este estudio fue caracterizar a las personas que buscaban apoyo psicosocial, participaron 397 personas que viven con el VIH, se utilizaron cuestionarios autoadministrados relacionados a malestar psicológico y salud del paciente, así como también datos sociodemográficos y en relación a la enfermedad, durante una semana de aplicación. Se utilizaron medidas estadísticas de tendencia central así como de comparación de medias entre grupos de hombres y mujeres. Los autores concluyen que algunos rasgos o características principales sobresalen en la población que busca apoyo psicosocial, entre estos destacan los altos niveles de desempleo, el tener hijos y ser madre soltera con niveles bajos de educación. Por otra parte, el estudio expone una falta de apertura de algunas de las personas en cuanto a comunicarle a sus parejas que son VIH seropositivos, esto posiblemente ligado al estigma que aun tiene la enfermedad (Shacham, et al., 2008).

Según la investigación de Kadivar et al. (2006), refiere sobre el perfil psicosocial de los adolescentes en Estados Unidos y los factores de riesgo que están asociados a contraer la infección, se habla de que existen algunas problemáticas en cuanto a la negociación del uso del condón entre las parejas, la falta de estar inscrito en un programa educativo de prevención, así como también el haberse fugado de sus casas están relacionados a contraer más fácil el VIH debido al alto riesgo de estas conductas y por lo tanto la carencia de prevención. Para este estudio se trabajó en un programa que está dentro de un Hospital Infantil, que se encarga de ofrecer apoyo a niños y adolescentes con la infección, para la muestra del estudio se seleccionaron adolescentes entre 13 y 24 años que hubieran sido infectados mediante conductas de riesgo y se realizó la indagación de datos a partir de los expedientes del hospital en un periodo de septiembre de 1992 a febrero de 2003, en estas entrevistas psicosociales se obtuvieron datos como edad, nivel educativo, sexo, historial clínico físico y mental, uso de sustancias, habilidades de afrontamiento por parte de la familia, entre otros datos. Para el manejo estadístico se utilizaron pruebas como Chi cuadrada y la prueba de Fisher. El estudio reporta que los adolescentes infectados por el VIH que formaron parte del estudio, y que adquirieron la infección por conductas de riesgo estaban inmersos en ambientes caóticos de familias inestables, caracterizadas por uso de sustancias por parte de los padres así como también por abandono, lo cual según los autores estos datos sugieren una falta de supervisión en los mismos adolescentes. Asimismo otra característica del perfil es la de haber tenido algún tipo de abuso sexual (41%).

Algunos autores Siegel y Schrimshaw (2007), afirman que la mayoría de los o las pacientes que viven con VIH/SIDA experimentan niveles altos de depresión y ansiedad así como niveles bajos de emociones positivas, sin embargo existe también literatura en donde se habla de que muchos de los pacientes que viven con esta condición refieren tener un crecimiento como personas o bien encuentran ciertos beneficios y/o sentido de su enfermedad. En este estudio se trabajó con una muestra

de 138 mujeres con infección por el VIH, en donde se estudió su adaptación psicosocial, se convocó a las participantes por medio de volantes y anuncios en asociaciones que se encargan de dar apoyo a este tipo de pacientes así como también en algunos periódicos, los criterios de inclusión fueron los siguientes 1) que reportaran tener VIH, 2) que vivieran en la Ciudad de Nueva York, 3) edad entre 20 y 50, 4) afroamericanas o caucásicas, nacidas en EUA y que no fueran latinas o bien que fueran de Puerto Rico que vivieran en EUA desde hace 4 años, 5) que completaran ocho años de educación y 6) que no se hayan inyectado drogas en al menos 6 meses. Las pacientes fueron entrevistadas por una persona y recibieron \$75 dólares americanos por participar. Se aplicaron diversas escalas para estudiar las siguientes variables: malestar psicológico y bienestar, síntomas físicos asociados al VIH, soporte social percibido y conflicto social, locus de control de salud y hallazgo de beneficio. Se utilizaron pruebas estadísticas de correlaciones, ANOVA y modelos de regresión para el análisis. Los autores afirman que encuentran el hallazgo de beneficio (en otras palabras la reconceptualización de la situación) como un recurso de factor protector en la adaptación a la enfermedad, teniendo efectos directos en los síntomas depresivos y de ansiedad en mujeres que viven con el VIH/SIDA lo cual puede producir a su vez mayores estados afectivos positivos, como por ejemplo de bienestar. Esto concuerda con teorías que hablan del hallazgo de beneficio como una forma de afrontamiento cognitivo así como también un indicador de una creación de sentido. Por otra parte, se habla de que este protector de "hallazgo de beneficio" no modera los estresores de relaciones conflictivas por lo que no se debe generalizar para todos los estresores. Otra conclusión importante se refiere a que, las mujeres que viven con VIH que reportan beneficios en la condición no niegan la existencia de aspectos negativos, esto quiere decir que el impacto negativo de la enfermedad puede coexistir junto con hallazgos de beneficio.

Se realizó un estudio en personal militar en Nigeria, para hacer comparaciones en niveles de calidad de vida entre personas portadoras y no portadoras del VIH. Para los criterios de exclusión se consideró lo siguiente: 1) enfermedad crónica significativa, 2) desorden neurológico o traumatismo, 3) historial de esquizofrenia o desorden psicótico, 4) concordar con el diagnóstico de abuso de sustancias del DSM-IV y 5) estar muy enfermo para realizar el protocolo. Se seleccionaron 125 participantes de los cuales 56 eran seropositivos y 69 seronegativos. Todos los participantes firmaron un consentimiento por escrito para su participación. En relación a los instrumentos se utilizó el *Medical Outcomes Study Health Status Subjects Questionnaire for HIV (MOS-HIV-30)*, para medir el nivel de calidad de vida; esto incluye funcionamiento físico, funcionamiento de rol, funcionamiento social, funcionamiento mental, percepción general de salud y dolor, de estas subescalas todas resultaron con un Alfa de Cronbach por arriba del .70 a excepción de percepción general de salud y dolor. Otras medidas se realizaron en cuanto a aspectos sociodemográficos, conductas de riesgo sexual, eventos de vida negativos y trauma (estrés post-traumático). Para los análisis se utilizaron pruebas estadísticas como pruebas-T y de regresión lineal. En cuanto a los resultados, se pudo destacar que el personal militar VIH-positivo posee una calidad de vida más baja en comparación a los seronegativos, posiblemente relacionados a experimentar un mayor número de eventos de vida y síntomas de trauma o estrés post-traumático. Asimismo se encontró que el personal seropositivo llevó a cabo menos conductas de riesgo sexual en comparación con los seronegativos. Por otra parte se encontró que el estrés post-traumático predice un menor funcionamiento en todos los dominios medidos (Olley y Bolajoko, 2008).

De acuerdo con Jenkins y Guarnaccia (2003), las personas que viven con VIH/SIDA, presentan dificultades de tipo financiera o bien en relación a dificultades en tener una actividad laboral estable, asimismo como forma de afrontamiento buscan apoyo social en otros pacientes o comunidades de pacientes, esperando no solo un soporte más positivo sino menores consecuencias negativas en las interacciones sociales. Por otra parte Turner-Cobb et al. (2002), encontraron que quienes están más satisfechos y seguros con sus relaciones interpersonales, están más comprometidos con su enfermedad y más propensos a tener una mejor adaptación al padecimiento. O'Clairigh et al. (2008), mencionan que la expresión emocional en cuanto al impacto del evento de ser diagnosticado, puede tener implicaciones en la salud y en el sistema inmune como tal, y por tanto una mayor calidad de vida.

#### Biomarcador CD4 y estudios de comportamiento en personas que viven con VIH/SIDA

El recuento de células CD4 ofrece un indicador del estado de salud del sistema inmune y la medida de la carga viral sirve para determinar la cantidad de VIH que hay en la sangre. Las células CD4 o células T, son glóbulos blancos que ayudan a organizar la respuesta del sistema inmune frente a las infecciones, es la medición del número de estas células en un milímetro cúbico de sangre (mm<sup>3</sup>), no en todo el organismo. En base a los resultados de estas pruebas se pueden tomar decisiones como para iniciar el tratamiento antirretroviral, así como para hacer el seguimiento del funcionamiento de los medicamentos (Carter, 2010).

A partir de los conteos de células CD4, se han establecido categorías estándar las cuales coinciden para países como México y Estados Unidos, entre otros, las cuales incluyen tres clasificaciones: a) Categoría 1, la cual consiste en un conteo igual o por encima de 500 CD4, en donde se podría describir como un estadio asintomático del VIH, b) Categoría 2, consiste en un conteo de entre 200 y 499 CD4, periodo en el cual se presentan condiciones sintomáticas en las personas infectadas por VIH y c) Categoría 3, consiste en un conteo de células por debajo de las 200 CD4, cumple con condiciones clínicas de caso de SIDA, el cual es el estadio más grave de la enfermedad (Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, 2010; Centers for Disease Control and Prevention, 1993; Secretaría de Salud México, 2000).

De acuerdo con Moskowitz (2003), las emociones positivas en pacientes que viven con SIDA, están relacionadas a tener un menor riesgo de muerte o bien de que la enfermedad de agrave.

Otros autores han encontrado que, los niveles depresivos pueden tener asociación con la disminución o bajo nivel en el conteo de células CD4 (Burack et al., 1993), asimismo se ha encontrado lo contrario, la no asociación (Lyketsos et al., 1993).

Autores como Jia et al. (2007), refieren que existen interacciones entre el conteo de células CD4 y dimensiones de calidad de vida, y que el nivel de calidad de vida, puede variar dependiendo de la trayectoria de la enfermedad o bien del estadio en el que se encuentre de acuerdo al conteo de células CD4.

## Diabetes e Hipertensión

### Definición

La diabetes es un trastorno metabólico producto de defectos en la secreción de insulina, de la acción inadecuada de esta hormona, o bien, de la coexistencia de las dos condiciones anteriores. Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia es la causa primaria de hiperglucemia. En el largo plazo la hiperglucemia crónica es acompañada de daño, disfunción e insuficiencia de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Oviedo-Mota et al., 2003).

La hipertensión es el término empleado para describir la presión arterial alta. La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mmHg). Uno o ambos de estos números pueden estar demasiado altos. El número superior se denomina presión arterial sistólica y el número inferior presión arterial diastólica. La presión arterial normal es cuando mide menos de 120/80 mmHg la mayoría de las veces. La presión arterial alta (hipertensión) es cuando la presión arterial es de 140/90 mmHg o por encima la mayoría de las veces (National Institute of Health, 2012).

### Aspectos psicosociales en diabetes e hipertensión

La diabetes y la hipertensión son enfermedades consideradas como las principales causas de muerte en México en los últimos diez años (INEGI, 2005), estos padecimientos deterioran la productividad de la persona, asimismo incrementa el uso de servicios de salud. Ambos padecimientos se vinculan por tener características relativamente asintomáticas o bien porque éstas no se identifiquen como graves (Escobar et al., 2000; Velázquez et al., 2002), teniendo niveles altos de ansiedad y depresión (Colunga-Rodríguez, 2008; Riveros et al., 2005). Asimismo de acuerdo con algunos autores, un control más global o general de la enfermedad, o bien que incremente el nivel de calidad de vida, se puede predecir por variables psicosociales como el afrontamiento emocional e instrumental y por el soporte social del médico y de la pareja. Por el contrario, factores de riesgo pudieran ser las formas de evitación, el rechazo a la enfermedad y el impacto emocional (Almeida y Matos, 2003; Árcega-Domínguez, Lara-Muñoz y Ponce-de-León-Rosales, 2005).

La diabetes al igual que la hipertensión, son enfermedades crónicas, sin embargo, el cuidado del paciente diabético implica cuidados mucho más específicos. Algunos de estos impactan directamente la vida social, familiar, afectiva y laboral del paciente. El manejo del paciente no es solo la toma de medicamentos o la administración de insulina por la mañana, sino que, cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores psicológicos o personales pueden afectar el nivel de glucosa en la sangre. Desde los años ochenta se tiene conocimiento de la relación entre el sistema endocrino y el sistema nervioso y la manera en cómo la actividad de uno afecta al otro. Es común encontrar en los pacientes diabéticos diversos grados de estrés, depresión y ansiedad a lo largo del curso de la enfermedad, mismos que inician desde el diagnóstico (Cantú-Guzmán y López-Basurto, 2009).



Son muchos los estudios realizados sobre este tema. Se ha encontrado que las características de personalidad influyen en el control de los índices de glucosa en la sangre (Lane et al., 2000). Asimismo el tratar la depresión puede influir de manera positiva en el control de la diabetes. Este mismo autor reporta que los índices glicémicos irregulares presentados por los pacientes son causa constante de estrés y depresión (Lustman et al., 2000).

El control de la diabetes exige un seguimiento médico constante. Pocas son las personas que pueden adaptarse de manera rápida a las exigencias dietéticas que implica la diabetes. No son pocos los pacientes que desarrollan un cierto temor al reproche médico y realizan estrategias destinadas a presentar índices conteos glicémicos menores. Entre estas se encuentran disminuir la cantidad de alimentos o pasar horas en ayuno en los días previos a la consulta; conductas que agravan la condición. En cuanto a la parte representacional, estudios en diabéticos han encontrado que las creencias inconsistentes asociadas a la enfermedad y a los medicamentos, predicen significativamente una mal adherencia a los tratamientos (Mann et al., 2009).

Otras aproximaciones al manejo emocional y social de la diabetes dan cuenta de la importancia de los factores psicosociales en el manejo de las enfermedades crónicas. Un estudio longitudinal realizado a lo largo de dos décadas confirma la importancia de la autogestión en el control de la diabetes (Kamoi, 2002). Los grupos de autoayuda constituyen una herramienta accesible y eficaz si bien no hay muchos reportes publicados al respecto, así Karlsen et al. (2005), mostraron en su estudio una disminución del estrés entre sus participantes, aunque no mostró diferencias en el bienestar psicológico en general.

Siendo la diabetes un problema que afecta no solo al paciente sino a todo el sistema familiar, son diversas las investigaciones que se han realizado sobre los aspectos familiares en el manejo de dicha enfermedad. La mayoría de ellas se centran en la comunicación familiar, la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y la consejería familiar (Fisher et al., 2007).

En cuanto a la hipertensión, algunos estudios en cuanto a la representación, refieren que las creencias asociadas al control y a las causas de la enfermedad se pueden agrupar en los modelos médicos; que ponen énfasis en la dieta, la edad y el sobrepeso, asimismo con el modelo de estrés; en cuanto a llevar a cabo estrategias de afrontamiento a éste (Hakler et al., 2008).

En pacientes con diabetes, según un estudio de meta-análisis, los pacientes que confrontan su enfermedad de una manera instrumental, pueden obtener beneficios tanto físicos como psicológicos, asimismo el afrontamiento de tipo emocional ni de tipo evasivo tenían una relación significativa con el manejo general o la adaptación a la enfermedad, de esta manera el afrontamiento que se relaciona más a una mejor adaptación es el orientado a la solución de problemas, el cual puede reducir los niveles afectivos negativos (Duangdao y Roesch, 2008).

En base a lo revisado se puede afirmar, que la diabetes y la hipertensión requieren de un adecuado manejo psicológico. Aproximadamente un 10% de la población mexicana padece diabetes. La cifra podría aumentar debido a los altos índices de obesidad y sobrepeso que se presentan en la población mexicana. El

manejo psicológico del paciente diabético, tanto de manera individual como grupal y familiar, es de capital importancia y campo fértil para el trabajo del psicólogo de la salud.

## Capítulo III

### Método

El método de este proyecto de investigación se divide en dos apartados generales, un primer apartado en donde se describe el proceso de construcción del instrumento de evaluación; los cuales se detallan en el apartado de Estudios Piloto de este documento y un segundo apartado en donde se trabaja con los datos y análisis estadísticos producto de la evaluación.

#### Construcción del instrumento y antecedentes

#### Procedimiento

Se construyó y diseñó una batería de evaluación de aspectos psicosociales para determinar los perfiles mencionados anteriormente, a partir de diversos estudios de carácter cuantitativo y cualitativo Álvarez (2002), Cantú-Guzmán (2008), Cantú-Guzmán y Álvarez (2009a; 2009b; 2011) y Cantú-Guzmán, Álvarez, López y Martínez (2012). Así como también retomando algunos conceptos de evaluación de las mismas variables y escalas por otros autores Álvarez (2002), Broadhead et al. (1988), Basabe y Páez (1992) y Sandín y Chorot (1987). La batería permite evaluar las siguientes dimensiones psicológicas: emociones, afrontamiento, soporte social, sucesos de vida y creencias/conceptualización de la enfermedad crónica.

A continuación se describen las herramientas de medición de variables psicosociales utilizadas previamente para el desarrollo de la construcción y diseño de la batería de evaluación psicosocial (cuantitativas y cualitativas).

*Listado de Emociones, Álvarez (2002).* Lista de diez emociones: esperanza, tristeza, miedo, alegría, culpa, confianza, rabia, resignación, optimismo y ansiedad. Se encontraron cuatro factores que explican el 54.2% de la varianza. Los cuatro factores son: 1) emociones positivas, 2) tristeza y miedo, 3) emociones negativas y 4) resignación activa.

*Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11, Broadhead (1988).* El cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC fue diseñado y validado por Broadhead en 1988. Su objetivo era medir "apoyo social funcional percibido". Se trata de un cuestionario autoaplicado de 8-11 reactivos. Cada epígrafe admite 5 posibles respuestas en una escala tipo Likert. El análisis factorial original demuestra la existencia de dos dimensiones: apoyo confidencial (reactivos 6, 7, 8, 9, y 10) y apoyo afectivo (reactivos 4, 5 y 11). La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. En la validación española de Bellón et al. (1996) se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación  $\leq 32$ , para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo). Las dos áreas exploradas por la escala hacen referencia cada una de ellas a varios elementos: *apoyo confidencial* a disposición de información, consejo o guía o personas con quien compartir problemas y *apoyo afectivo* a amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia a grupos. La confiabilidad test-retest es de 0.66. La relación de cada reactivo con la puntuación total del cuestionario también demuestra ser adecuada, se ha utilizado tanto autoadministrada como mediante un entrevistador, mostrando en

ambos casos buenos índices de confiabilidad (0.92 y 0.80 respectivamente). La consistencia interna de la escala y sus dos subescalas es adecuada (alfa de Cronbach de 0.90, 0.88 y 0.79 respectivamente).

*Escala de Afrontamiento, Basabe y Páez (1992)*. Es una versión resumida de la escala de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) y de la escala de afrontamiento de Carver y Scheier (1981), consta de 27 reactivos, a los cuales se debe responder en una escala de 1 (nunca) y 4 (siempre). De acuerdo con Álvarez (2002), los resultados presentaron siete factores que explican el 50.4% de la varianza: 1) Acción razonada, 2) Apoyo emocional, 3) Pasivo y evitación, 4) Olvidar, 5) Aceptación, 6) Evasión y 7) Agresión a la causa.

*Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV), Sandín y Chorot (1987)*. Listado con más de 60 sucesos de vida, que se tomó como referencia para indagar otros aspectos relevantes que viven las personas a la par de su enfermedad, se tomaron en cuenta la cantidad de los sucesos, no se tomaron en cuenta las mediciones de estrés percibido ni si fueron eventos positivos/negativos o esperados/inesperados.

Entrevista semiestructurada con preguntas abiertas, Cantú-Guzmán y Álvarez (2009b). *De las emociones sentidas cuando le dieron el diagnóstico ¿cuál o cuáles fueron las más duraderas y por cuánto tiempo?, ¿Qué pensó en el momento del diagnóstico?, ¿Qué hizo en el momento del diagnóstico?, ¿En este momento cómo se siente emocionalmente referente a la enfermedad?, ¿Aparte del personal médico, ha hablado Usted de su situación de enfermedad con alguien más?, ¿usted ha tocado el tema?, ¿Con quiénes?, ¿De qué exactamente ha hablado?, ¿cuál considera sería la mayor dificultad que se ha presentado en su situación de enfermedad?, ¿qué considera que ha sido lo que más le ha ayudado en su situación de enfermedad?*

Se realizaron en un primer momento aplicaciones cuantitativas y cualitativas a pacientes que viven con VIH/SIDA, los datos analizados (ver Estudios Piloto), permitieron hacer modificaciones y agregados a la batería de evaluación, para posteriormente llevar a cabo una aplicación y poder determinar las propiedades psicométricas iniciales de la batería de evaluación psicosocial. Para esto se consideró una muestra de conveniencia o de sujetos voluntarios de más de 100 pacientes con enfermedades crónicas diversas, cuya aplicación se llevó a cabo en las instalaciones del Departamento de Servicios Médicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Para la aplicación en la población de enfermos crónicos diversos. Las entrevistas y aplicaciones de la batería se llevaron a cabo por los investigadores responsables del estudio, así como con el apoyo de estudiantes de la Facultad de Psicología de la UANL. La mayor parte de ellas se realizó en el Departamento de Servicios Médicos de la UANL con previa autorización del comité de ética y la dirección de dicha dependencia; en las salas de espera, otras entrevistas se realizaron en otras clínicas o en visitas a los entrevistados que aceptaban. Los alumnos que apoyaron en la aplicación fueron capacitados previamente por los investigadores del estudio. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado de participación voluntaria.

#### Análisis de datos

Una vez terminado el estudio, se trabajaron con las propiedades psicométricas para afinar el instrumento y posteriormente poderlo aplicar en la muestra global final (ver Estudios Piloto y Anexos 1 y 2). Se llevaron a cabo análisis de confiabilidad con el

estadístico  $\alpha$  de Cronbach, así como análisis factorial exploratorio de cada escala, lo cual nos brinda propiedades psicométricas generales de confiabilidad y validez.

#### Estudio principal, análisis de datos en población con Cáncer, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión

Se realizó un estudio mixto, de corte descriptivo, en donde se trabajó con escalas cuantitativas y se complementó con un apartado cualitativo de preguntas abiertas por medio de una entrevista semiestructurada, para determinar perfiles de carácter psicosocial para cada grupo de pacientes, ya sea Cáncer, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión (ver Anexo 3).

#### Participantes

Para los grupos de pacientes con Cáncer, VIH/SIDA, y pacientes con Diabetes e Hipertensión, se consideró una muestra de conveniencia o de sujetos voluntarios de más de 100 pacientes para cada grupo de enfermedad. Quienes se atendieron en el Centro Universitario contra el Cáncer del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el Centro Ambulatorio para la Atención y Prevención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León, así como en el Departamento de Servicios Médicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León respectivamente.

#### Criterios de inclusión

En lo que se refiere a los criterios de inclusión, se tomaron en cuenta: Pacientes diagnosticados con cáncer, pacientes diagnosticados con infección por VIH y pacientes con Diabetes e Hipertensión, hombres o mujeres, que fueran mayores de edad o bien de 18 años en adelante, que estuvieran recibiendo tratamiento médico, que sean pacientes ambulatorios, que accedan a participar de manera voluntaria y que hablen español. En cuanto a los criterios de exclusión se tomaron en cuenta aspectos como, participantes niños o menores de edad, así como personas que presentaran dificultades para ser entrevistados tales como deterioro perceptual y/o cognitivo. En cuanto a los criterios de anulación, se basaron en los participantes que no terminaron la entrevista.

#### Instrumento

*Batería de evaluación psicosocial del suceso de enfermedad crónica de Álvarez y Cantú-Guzmán* (ver Anexo 3). Consta de un apartado de datos sociodemográficos y datos generales del padecimiento, seis preguntas generales control relacionadas a cómo se siente, cómo maneja y cómo es la relación con la enfermedad, así como la evaluación general del médico y el servicio médico, cinco subescalas referentes a las dimensiones de estudio o variables psicosociales tales como; creencias/conceptualización (14 reactivos escala Likert), emociones (20 reactivos escala Likert), afrontamiento (13 reactivos escala Likert), soporte social (21 reactivos escala Likert), y sucesos vitales (14 reactivos escala Likert), todos medidos en 2 tiempos; percepción del periodo del diagnóstico inicial y su situación actual de

enfermedad (al momento de la aplicación). Finalmente un apartado de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas sobre el momento del diagnóstico inicial. Estos reactivos fueron producto de análisis en base a propiedades psicométricas generales en la muestra de enfermos crónicos diversos (ver Anexo 3).

### Análisis estadísticos

Se utilizaron estadísticos de  $\alpha$  de Cronbach y Análisis Factorial Exploratorio para determinar niveles de validez y confiabilidad de las escalas, por grupos de pacientes crónicos diversos, así como también para la muestra final. Para describir perfiles de comportamiento para cada grupo de diagnóstico y para la muestra global, se utilizaron medidas de tendencia central como la media. Para comparar los factores obtenidos de acuerdo a los tres grupos de padecimientos (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión), así como para la comparación de los factores de acuerdo al biomarcador CD4 y sus tres clasificaciones para el grupo de VIH/SIDA se utilizaron análisis de varianza (ANOVA). Para evaluar predicciones en cuanto a los factores obtenidos y el manejo general de la enfermedad, de acuerdo a los tres grupos de padecimientos (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión), se utilizó análisis de regresión lineal.

Asimismo en lo que respecta al apartado cualitativo, se obtuvieron categorías cualitativas (ver ejemplo en Anexo 5) mediante el análisis de contenido en base a las respuestas prototípicas de los pacientes en la entrevista semiestructurada, una vez teniendo los datos estructurados en la base de datos, se valoró la asociación de variables para los grupos de Neoplasias y VIH/SIDA, con el estadístico de Chi-cuadrado.

### Procedimiento

Para la aplicación en la población con enfermos de cáncer, personas que viven con VIH/SIDA, y pacientes con Diabetes e Hipertensión se llevaron a cabo procedimientos éticos y de formalidad administrativa para la autorización de las aplicaciones de entrevista (ver Anexo 3).

En lo referente a las personas que viven con VIH/SIDA, se sometió el protocolo a revisión y autorización por el Secretario Técnico del COESIDA, así como por el Director del CAPASITS, ambos de la Secretaría de Salud de Nuevo León.

En cuanto a la aplicación en personas que viven con VIH/SIDA, se comenzó a trabajar a partir de enero de 2011 con la batería resultante de los análisis psicométricos, el investigador principal en conjunto con alumnos(as) de prácticas profesionales pertenecientes a la Facultad de Psicología de la UANL y la Universidad Metropolitana de Monterrey, así como una alumna que cumplía con una estancia de Invierno de Investigación perteneciente a la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, un psicólogo y una médico epidemióloga voluntarios, asistieron al CAPASITS en donde se realizaron 112 entrevistas a la fecha de marzo de 2011 (ver Anexo 6).

En lo referente al apartado de los pacientes con Cáncer, se sometió el protocolo al Comité de Ética de la Subdirección de Investigación de la Facultad de Medicina de la UANL, en donde se aprobó para su realización bajo la supervisión de profesores de la misma y que trabajan en el Centro Universitario Contra el Cáncer del Hospital

Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Asimismo en el mes de marzo de 2011 se comenzó a trabajar en el Centro Universitario Contra el Cáncer de la UANL, ya aprobado el protocolo por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la UANL, en donde el investigador principal en conjunto con alumnos(as) de prácticas profesionales pertenecientes a la Facultad de Psicología de la UANL realizaron las entrevistas correspondientes en la sala de quimioterapia mientras los pacientes participantes tomaban su tratamiento médico (ver Anexo 7).

En relación al grupo de pacientes con Diabetes e Hipertensión, se sometió el protocolo a la coordinación de capacitación y desarrollo, al comité de ética, y a la dirección del Departamento de Servicios Médicos de la UANL, quienes autorizaron el mismo para llevarse a cabo durante el primer semestre de 2011 (ver Anexo 8).

Durante ese año se tuvo también el apoyo de alumnos de los primeros semestres de la Facultad de Psicología, para realizar las entrevistas a los pacientes del grupo de Diabetes e Hipertensión, bajo la supervisión del psicólogo del Departamento de Servicios Médicos de la UANL y una de las alumnas de servicio social.

La recopilación de datos total tomó un año, a partir de enero de 2011 a enero de 2012.

#### Aspectos éticos

Para la aplicación en la población global, se llevaron a cabo procedimientos éticos y de formalidad para la autorización de las aplicaciones y se sometió el protocolo para su revisión por autoridades de la Secretaría de Salud de Nuevo León, así como del Centro Universitario Contra el Cáncer del Hospital Universitario de la UANL y el Departamento de Servicios Médicos de la UANL.

En cuanto a los aspectos éticos generales del estudio, se consideran en primer lugar los que la institución donde se va a realizar el estudio y su mismo comité de ética consigna, los puntos que se toman en cuenta son: el darle explicación al participante sobre de qué trata el estudio al que se le está invitando, asimismo se le reitera que su participación es voluntaria y confidencial, el participante puede abandonar el estudio si así lo desea y esto no afecta en su servicio médico y/o tratamientos médicos que esté recibiendo o que pueda recibir en un futuro.

Estas consignas entran dentro del apartado del código ético de la Asociación Americana de Psicología, específicamente en su sección 9 referente a la Evaluación. 9.02 Uso de Evaluaciones; confidencialidad, 9.03 Consentimiento informado de las evaluaciones; explicar los detalles del estudio y modificar el lenguaje si así es necesario y 9.05 construcción de pruebas; basadas en investigaciones y sometidas a procesos de validez y confiabilidad.

## Capítulo IV

### Estudios piloto

#### Estudio 1: Factores psicosociales en personas que viven con VIH/SIDA en Monterrey

##### Apartado cuantitativo: aplicación de escalas

##### Método

Se realizó un estudio descriptivo para indagar aspectos psicosociales, como emociones en el diagnóstico inicial y al momento de la entrevista, tipo de soporte social, estrategias de afrontamiento y sucesos vitales que se viven al mismo tiempo que el diagnóstico de VIH/SIDA. Se tomaron en cuenta los puntajes de intensidad de las emociones para determinar cuáles son las que se presentan con más y con menos frecuencia, así como también contrastar los puntajes en ambos tiempos (diagnóstico inicial y actual). Para las variables de soporte social y afrontamiento se tomaron en cuenta al igual que para la variable de emociones pero solo en el tiempo actual del diagnóstico de los pacientes. Para el soporte social se tomó en cuenta el punto de corte propuesto por los autores Bellón et al. (1996). Para el apartado de sucesos vitales se tomaron en cuenta los que más se presentaban en los pacientes y se pudieron hacer categorías de sucesos en una forma más reducida. Así, de esta manera poder determinar un perfil psicosocial del suceso del diagnóstico de VIH/SIDA en el grupo de pacientes de Monterrey Nuevo León estudiados.

##### Participantes

En este estudio participaron ocho pacientes; 7 de ellos hombres y una mujer. Con una edad promedio de 43 años y una desviación estándar de 14.6 años.

##### VARIABLES DE ESTUDIO E INSTRUMENTOS

En primera instancia se indagaron variables de tipo sociodemográficas tales como sexo, edad, ocupación, estado civil, ingreso mensual, número de hijos, número de personas que habitan en casa y nivel de estudios. Referente a la enfermedad se preguntó sobre cuál es el diagnóstico, fecha de inicio y si la noticia del diagnóstico había sido esperada o inesperada.

Se estudiaron diversas variables psicosociales tales como emociones al inicio del diagnóstico y al momento de realizar el estudio, soporte social y afrontamiento actual.

Para medir la opinión que los participantes tienen respecto al trato del especialista, el servicio médico en general y el servicio administrativo en general que recibieron, se emplearon las siguientes preguntas ¿Cómo ha sido el trato que le ha dado su médico especialista?, ¿Cómo calificaría el servicio médico que ha recibido respecto a su enfermedad?, ¿Cómo calificaría el servicio administrativo de la institución que ha recibido respecto a su enfermedad?



Por último, se realizaron dos preguntas referentes a si habían recibido apoyo psicológico referente a la enfermedad, así como también si estarían dispuestos a recibir apoyo en algún momento con las siguientes preguntas: ¿Ha recibido algún tipo de apoyo psicológico en el pasado o actualmente referente a su enfermedad?, ¿Estaría de acuerdo en recibir apoyo psicológico referente a su enfermedad?

A continuación se describen los siguientes instrumentos para medir las variables psicosociales (ver Anexo 1):

*Listado de Emociones, Álvarez (2002)*. Lista de diez emociones: esperanza, tristeza, miedo, alegría, culpa, confianza, rabia, resignación, optimismo y ansiedad. Se encontraron cuatro factores que explican el 54.2% de la varianza. Los cuatro factores son: 1) emociones positivas, 2) tristeza y miedo, 3) emociones negativas y 4) resignación activa.

*Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11, Broadhead (1988)*. El cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC fue diseñado y validado por Broadhead en 1988. Su objetivo era medir "apoyo social funcional percibido". Se trata de un cuestionario autoaplicado de 8-11 reactivos. Cada epígrafe admite 5 posibles respuestas en una escala tipo Likert. El análisis factorial original demuestra la existencia de dos dimensiones: apoyo confidencial (reactivos 6, 7, 8, 9, y 10) y apoyo afectivo (reactivos 4, 5 y 11). La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. En la validación española de Bellón et al. (1996) se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación  $\leq 32$ , para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo). Las dos áreas exploradas por la escala hacen referencia cada una de ellas a varios elementos: *apoyo confidencial* a disposición de información, consejo o guía o personas con quien compartir problemas y *apoyo afectivo* a amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia a grupos. La confiabilidad test-retest es de 0.66. La relación de cada reactivo con la puntuación total del cuestionario también demuestra ser adecuada, se ha utilizado tanto autoadministrada como mediante un entrevistador, mostrando en ambos casos buenos índices de fiabilidad (0.92 y 0.80 respectivamente). La consistencia interna de la escala y sus dos subescalas es adecuada (alfa de Cronbach de 0.90, 0.88 y 0.79 respectivamente).

*Escala de Afrontamiento, Basabe y Páez (1992)*. La escala de afrontamiento de Basabe y Páez (1992), es una versión resumida de la escala de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) y de la escala de afrontamiento de Carver y Scheier (1981), consta de 27 reactivos, a los cuales se debe responder en una escala de 1 (nunca) y 4 (siempre). De acuerdo con Álvarez (2002), los resultados presentaron siete factores que explican el 50.4% de la varianza: 1) Acción razonada, 2) Apoyo emocional, 3) Pasivo y evitación, 4) Olvidar, 5) Aceptación, 6) Evasión y 7) Agresión a la causa.

*Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV), Sandín y Chorot (1987)*. Listado con más de 60 sucesos de vida, que se tomó como referencia para indagar otros aspectos relevantes que viven las personas a la par de su enfermedad, se tomaron en cuenta la cantidad de los sucesos, no se tomaron en cuenta las mediciones de estrés percibido ni si fueron eventos positivos/negativos o esperados/inesperados.

## Procedimiento

Se acudió a una clínica especializada en la atención de enfermos de VIH/SIDA, se contactó con el médico encargado de la *Clínica Integral Bernardo Reyes* ubicada en Monterrey, Nuevo León, México, quien autorizó que se entrevistaran a los pacientes el día en que se reúne el grupo, se acudió cada martes del mes de octubre a diciembre de 2009 teniendo sesiones de aproximadamente 2 horas. Los pacientes autorizaron de manera escrita dando su consentimiento voluntario de participación y en donde se les explicó los motivos y objetivos del estudio.

## Análisis

Debido a que el número de aplicaciones fue reducida; en este caso ocho participantes, se utilizaron análisis tomando en cuenta solamente las frecuencias y medidas de tendencia central, para determinar cuáles son las fluctuaciones para el apartado de emociones en el inicio del diagnóstico y actualmente, así como también en cuanto a cuáles son las que más y menos predominan de acuerdo a su ponderación. De igual manera referente al afrontamiento y soporte social, revisar cuáles son los reactivos de más y menos puntaje. Se utilizarán los puntos de corte para la escala de apoyo social y determinar si actualmente los pacientes tienen apoyo social normal o bajo.

## Resultados

Referente a los datos de tipo sociodemográfico a continuación se describen algunos datos. En relación al nivel socioeconómico, todos se describen como en un nivel bajo excepto por una persona en nivel medio, siete de los participantes viven con un ingreso mensual aproximado menor a \$2000 pesos, aunque dos de ellos no reportaron un ingreso. Cuatro de los pacientes se reportaron como desempleados, mientras que los demás mencionaron dedicarse a la costura, a la cocina, en una farmacia y a ser promotor voluntario respectivamente.

En relación al nivel educativo, seis de los participantes reportaron un nivel educativo de primaria y los dos restantes de secundaria. Seis de los participantes tienen un estado civil de solteros y sin hijos, uno en unión libre con un hijo y otro en viudez con 2 hijos. Referente al número de personas con quienes viven en casa reportaron un promedio de 3.8 personas con una desviación estándar de 2.3, por lo que supone que las personas no viven solas.

Se les cuestionó sobre el año del diagnóstico inicial de la infección por VIH y el tiempo transcurrido al año de aplicación (2009), se obtuvo un promedio de 7.8 con una desviación estándar de 5.3 y un rango de 16 años (máximo 17 y mínimo 1).

Solo la participante mujer reportó que su esposo fue quien contrajo infección por VIH, pero ningún otro participante reportó que algún familiar también la padeciera o haya padecido.

Se indagaron datos relacionados al cómo evalúan los pacientes el servicio médico en general junto con el trato del médico especialista y el servicio administrativo en general.

Referente a cómo evalúan los pacientes el trato del médico especialista, cinco de ellos lo clasifican como “excelente”, dos como “bueno” y uno como “regular”, en cuanto a cómo ha sido el servicio médico en general cinco pacientes contestaron como “bueno” y uno solo como “regular”, “muy bueno” y “excelente” respectivamente, por último en relación al servicio administrativo cinco de los pacientes lo califican como “bueno”, dos de ellos como “regular” y uno solo como “excelente”.

Para el apartado de emociones al diagnóstico inicial, se detectaron las tres emociones con puntuaciones de media más alta, las cuales fueron tristeza con 3.13, miedo con 2.88 y ansiedad con 2.75, por el contrario de las emociones con menor puntuación fueron alegría con 1.13, esperanza con 1.38 y confianza y optimismo con 1.50. Para el apartado de las emociones actuales las tres emociones que se detectaron con puntuaciones más altas fueron esperanza con 3.38, optimismo con 3.13 y confianza con 3.00, por el contrario las más bajas fueron rabia con 1.38 y tristeza, miedo y culpa con 1.75.

Tabla 1

Emoción	Puntuaciones promedio al inicio del diagnóstico	Puntuaciones promedio actuales
Tristeza	3.13	1.75
Miedo	2.88	1.75
Ansiedad	2.75	2.00
Resignación	2.50	2.88
Rabia	2.00	1.38
Culpa	1.75	1.75
Optimismo	1.50	3.13
Confianza	1.50	3.00
Esperanza	1.38	3.38
Alegría	1.13	2.13

Tabla puntuaciones promedio de emociones al inicio del diagnóstico y actuales.  
*Listado de Emociones, Álvarez (2002).*

En el apartado de soporte social se detectaron los reactivos que puntuaron más alto y más bajo. Los reactivos que puntuaron más alto fueron “Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo” con promedio de 4.67 y “Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede” y “Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos” con 4.50 respectivamente. Por el contrario los tres que puntuaron más bajo fueron “Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa” con 2.50, así como “Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas” y “Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama” con puntuación de 3.43 respectivamente.

Tabla 2

Reactivos escala apoyo social	Puntuación
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	4.67
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	4.50
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	4.50
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	4.38

5.- Recibo amor y afecto	4.13
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares	4.00
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	3.88
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	3.50
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	3.43
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	3.43
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	2.50

Tabla puntuaciones promedio escala de soporte social. *Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11, Broadhead (1988)*. En orden descendiente de acuerdo a la puntuación de los reactivos.

En relación al afrontamiento, se describen a continuación los reactivos que puntuaron más alto y más bajo. El puntaje más alto lo obtuvo el reactivo “Concentro mis esfuerzos en hacer algo, intento luchar contra el problema o enfermedad” con un promedio de 3.75, seguido de “Intento informarme sobre mi problema o enfermedad para superarlos mejor”, “Acepto la realidad de lo ocurrido”, y “Hablo o contacto con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema, busco ayuda médica o profesional” con puntuación de 3.63 respectivamente. Los puntajes más bajos fueron “Tomo alcohol y/o tranquilizantes para olvidar el problema o pensar menos en él” y “Manifiesto el enojo a las personas responsables del problema” con puntaje de 1.00 respectivamente y “Me niego a creer lo que ha ocurrido” con 1.50 de promedio.

Tabla 3

Reactivos escala afrontamiento	Puntuación
2.- Concentro mis esfuerzos en hacer algo, intento luchar contra el problema o enfermedad.	3.75
1.- Intento informarme sobre mi problema o enfermedad para superarlos mejor.	3.63
11.- Acepto la realidad de lo ocurrido.	3.63
25.- Hablo o contacto con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema, busco ayuda médica o profesional.	3.63
15.- Aprendo algo de la experiencia, crezco o mejoro como persona.	3.38
7.- Redescubro lo que es importante en la vida.	3.25
16.- Me fuerzo a esperar el momento adecuado para hacer algo, evito precipitarme.	3.13
23.- Hablo con alguien que tenga un problema similar para saber qué hace él (ella).	3.00
20.- Desarrollo un plan de acción sobre mi problema y lo sigo.	2.88
3.- Me vuelco en el trabajo para olvidarme de todo, actúo como si no pasara nada.	2.75
17.- Le hablo a alguien sobre cómo me siento, converso sobre mis sentimientos con alguien.	2.75
19.- Expreso y deajo descargar mis sentimientos y emociones.	2.75
18.- Trato de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima, busco simpatía y comprensión.	2.63
22.- Sigo adelante con mi destino, a veces se tiene mala suerte.	2.43
4.- Acepto lo que ha sucedido y que no se puede hacer nada.	2.25
24.- Dejo de lado mis otras actividades y problemas y me concentro en éste.	2.25
9.- Oculto a los demás lo mal que me van las cosas.	2.13

5.- Intento guardar para mí mis sentimientos.	2.13
14.- Rezo (más de lo habitual).	2.13
12.- Fantaseo o imagino el momento en que puedan cambiar las cosas.	2.00
27.- Admito que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejo de intentar resolverlo o enfrentarlo.	1.88
13.- Me siento muy conmovido afectivamente y descargo mucho mis sentimientos ante los otros.	1.75
8.- Evito estar con la gente en general.	1.63
26.- Analizo mi responsabilidad en el problema y me critico por lo ocurrido.	1.63
10.- Me niego a creer lo que ha ocurrido.	1.50
21.- Tomo alcohol y/o tranquilizantes para olvidar el problema o pensar menos en él.	1.00
6.- Manifiesto el enojo a las personas responsables del problema.	1.00

Tabla puntuaciones promedio escala de afrontamiento, *Escala de Afrontamiento, Basabe y Páez (1992)*.  
En orden descendente de acuerdo a la puntuación de los reactivos.

En relación a los sucesos vitales, se tomaron en consideración los sucesos con mayor número de frecuencias y se eliminaron los que solo habían sido mencionados por una sola persona. Los sucesos con mayor frecuencia fueron “Hospitalización de algún miembro de la familia”, “Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, otros)”, “Reducción sustancial de los ingresos” y “Quedarse sin trabajo”. A continuación se presenta la siguiente tabla.

Tabla 4

Sucesos vitales	Frecuencias de aparición
55. Hospitalización de algún miembro de la familia	4
36. Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, otros)	4
11.Reducción sustancial de los ingresos	4
1. Quedarse sin trabajo	4
61. Cambio en el ritmo de sueño	3
21. Muerte de un amigo íntimo	3
32. Muerte de algún familiar cercano (padre, hermano, otros)	3
44. Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	3
47. Enfermedad de un miembro de la familia	3
2. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento	2
7. Nacimiento de un hijo	2
8. Divorcio o separación	2
15. Ascenso en el trabajo	2
16. Dificultades sexuales	2
20. Ruptura de noviazgo o relación similar	2
40. Repentino y serio deterioro de la audición o visión	2
50. Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	2
60. Éxito personal importante	2
63. Discusión especialmente grave con su cónyuge o pareja	2

Tabla de sucesos vitales más mencionados.  
*Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV), Sandín y Chorot (1987)*.

Por último, se preguntó referente a si los pacientes habían o han recibido algún apoyo psicológico referente al padecimiento de VIH/SIDA, y si estarían de acuerdo en recibir, con las preguntas ¿Ha recibido algún tipo de apoyo psicológico en el pasado o actualmente referente a su enfermedad?, ¿Estaría de acuerdo en recibir apoyo psicológico referente a su enfermedad? En relación a la primer pregunta seis de los participantes mencionaron no haber recibido por el contrario dos mencionaron que sí, para la pregunta de si les gustaría recibir apoyo psicológico siete mencionaron que sí y uno solo que no refiriendo que “él no lo necesitaba”.

#### Conclusiones apartado cuantitativo

Referente a los datos de tipo sociodemográfico, se pudieron clasificar a los pacientes como en un nivel socioeconómico bajo, con un ingreso mensual aproximado de \$2000 pesos, entre lo que destaca la mitad de ellos el ser desempleados, lo cual queda duda en cuanto si es por su condición de enfermedad o por la situación de crisis económica del país durante el momento del estudio. Asimismo el nivel educativo de los pacientes se encuentra en general en nivel de primaria, la mayoría son solteros y sin hijos, sin embargo todos habitan con más personas en su hogar.

En cuanto al año del diagnóstico inicial de la infección por VIH y el tiempo transcurrido al año de aplicación (2009), se obtuvo un promedio de 7.8 con una desviación estándar de 5.3 y un rango de 16 años (máximo 17 y mínimo 1). Lo que podemos concluir que la mayoría ha tenido un proceso de adaptación a la enfermedad por lo menos de algunos años.

Se encontró que la mayoría de los pacientes evalúan como “muy bien” el trato del médico especialista, pero evalúan como “bueno” el servicio médico general y el servicio administrativo. Lo cual valdría la pena indagar en posteriores estudios el porqué de estas diferencias, asimismo cabe recalcar que el grupo de pacientes con los que se trabajó tienen acceso a ese servicio médico de forma accesible, lo que es posible que otros pacientes no, este acceso al servicio médico consideramos facilita la adaptación a la enfermedad.

En cuanto a la variable de emociones, se pudo corroborar que el impacto del padecimiento es negativo desde el inicio del diagnóstico hasta el momento del estudio, caracterizado por emociones como tristeza, miedo y ansiedad, en donde se ve que hay una fluctuación en todas ellas; es decir los niveles de emociones negativas bajaron sin que desaparecieran y las emociones positivas; optimismo, confianza y esperanza, posteriormente subieron, esto coincide con lo encontrado en Sikkema et al. (2000) en cuanto al miedo y la esperanza, asimismo solo la emoción de culpa quedó con la misma puntuación en ambos tiempos, coincidiendo con algunos autores como Siegel y Lekas (2002) en “cuanto a la culpa del sobreviviente”, lo cual nos indica prestarle más atención a esta emoción por la misma connotación y estigma que tiene el padecer VIH/SIDA. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico inicial al año de aplicación (2009), se obtuvo un promedio de 7.8 con una desviación estándar de 5.3 y un rango de 16 años (máximo 17 y mínimo 1). Lo cual indica un tiempo de posible adaptación al proceso de enfermedad.

Así coincidimos con Decuir-Gunby, Price-Aultman, y Schutz (2009), en cuanto a clasificar las emociones negativas del impacto como desagradables de alta activación; ansiedad, y de baja activación; tristeza. Por otra parte, este factor de impacto pudiera estar relacionado con dificultades en la aceptación y adhesión a los tratamientos de la enfermedad (Sarafino, 2002), así como también a la representación que se tiene de la enfermedad probablemente asociada a muerte.

Los datos anteriormente explicados, revelan el proceso emocional negativo que experimentan los pacientes, así los riesgos de vivir durante un determinado tiempo en dicha situación, pudiera influir en el proyecto de vida y la misma calidad de vida de las personas que padecen infección por VIH/SIDA, de ahí la pertinencia de trabajar los aspectos emocionales.

En el apartado de soporte social actual de los participantes, los reactivos que puntuaron más alto fueron “Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo” con promedio de 4.67, lo cual no se refiere precisamente a un trabajo remunerado sino a las actividades en general que realizan los participantes, así como “Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede” y “Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos” con 4.50 respectivamente. Estos incisos indican la ausencia de apoyo en situaciones de salud centrándose básicamente en cuestiones económicas y laborales (o de actividades). Por el contrario los tres reactivos que puntuaron más bajo fueron “Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa” con 2.50, así como “Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas” y “Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama” con puntuación de 3.43 respectivamente. Estos incisos que indican las formas de apoyo de las que posiblemente más carecen, se refieren a convivir con más personas en cuanto a amistades y posibles familiares que habitan en la misma casa, así como relacionado al apoyo en situaciones de salud. De acuerdo a la validación española de Bellón et al. (1996), solo uno de los ocho participantes poseería un soporte social bajo actual, en donde el punto de corte corresponde a una puntuación  $\leq 32$ , dividiendo a los participantes en dos grupos (apoyo normal o bajo).

Cabe resaltar, que el inciso que puntuó más bajo en el soporte social está relacionado a la casa o bien a la familia, así mismo con el convivir con amistades y aspectos relacionados a la salud, por lo que los grupos de apoyo; en este caso de los mismos pacientes pueden contribuir a una fuente importante de soporte. Asimismo el que la mayoría de los pacientes cuenten actualmente con un soporte social normal de acuerdo al punto de corte, pudiera estar relacionado a dicho grupo de apoyo y no precisamente a sus familiares y/o amistades.

Consideramos que la relación entre emociones y soporte social, se basa en que si se encuentran emociones negativas al momento del diagnóstico, así como también soporte social más de tipo instrumental (no afectivo), probablemente podemos esperar que a mayor soporte social afectivo al momento de la enfermedad pudiera tener un impacto positivo en el impacto y manejo emocional por parte de los pacientes. De esta manera con el soporte social se comparten las emociones y existe un efecto de desahogo y descargue, en lugar de que el paciente se guarde y/o se quede las emociones, lo que provoca el seguir viviéndolas así como también un proceso cognitivo de pensamientos negativos asociados a la vivencia de la enfermedad.

En relación al afrontamiento, el puntaje más alto lo obtuvo el reactivo “Concentro mis esfuerzos en hacer algo, intento luchar contra el problema o enfermedad” con un promedio de 3.75, seguido de “Intento informarme sobre mi problema o enfermedad para superarlos mejor”, “Acepto la realidad de lo ocurrido”, y “Hablo o contacto con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema, busco ayuda médica o profesional” con puntuación de 3.63 respectivamente. Estos reactivos nos indican la prevalencia de un afrontamiento activo basado en acciones concretas para la resolución de problemas, si bien una forma de afrontamiento ha sido la búsqueda de apoyo profesional médico y no el relacionado a los aspectos psicológicos. Por el contrario las formas de afrontamiento que no utilizan actualmente los pacientes participantes son las relacionadas con el uso de sustancias y la negación de la situación de enfermedad, en estas últimas contrastando con lo encontrado en Swaans et al. (2008), ya que los pacientes de dicho estudio utilizaban más las estrategias de afrontamiento no adaptativas (uso de alcohol, evitación, olvido) por lo que suponen presentaban más síntomas de ansiedad y depresión.

Así relacionamos las emociones, el soporte social y el afrontamiento, considerando que si hay un alto impacto emocional, sin un soporte social afectivo, no se promueve el afrontamiento afectivo, lo cual pudiera terminar en que los pacientes al momento del diagnóstico utilicen estrategias no funcionales como uso de sustancias o evasión, lo cual vemos que es lo contrario al momento de las entrevistas; predominando un afrontamiento activo posiblemente relacionado a una mejor adaptación a la enfermedad o bien a evadir de cierta manera los procesos emocionales que se viven.

En relación a los sucesos vitales, los sucesos con mayor frecuencia fueron “Hospitalización de algún miembro de la familia”, “Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, otros)”, “Reducción sustancial de los ingresos” y “Quedarse sin trabajo” entre otros. Así, podemos deducir de la lista general de los sucesos resultantes cinco categorías que engloban los sucesos, estas son: 1) Problemáticas relacionadas a la salud; Hospitalización de algún miembro de la familia, Enfermedad de un miembro de la familia, Enfermedad prolongada que requiere tratamiento, así como Repentino y/o serio deterioro de la audición o visión. 2) Cambios en costumbres y hábitos; Cambio en el ritmo de sueño, Nacimiento de un hijo y Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, otros). 3) Relacionados al trabajo y la economía; Reducción sustancial de los ingresos, Quedarse sin trabajo, Ascenso en el trabajo, Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual y Éxito personal importante, 4) Relacionados a la pareja; Enamorarse o iniciar una amistad íntima y/o profunda, Divorcio o separación, Dificultades sexuales, Ruptura de noviazgo o relación similar y Discusión especialmente grave con su cónyuge o pareja. 5) Relacionados a la muerte de personas cercanas; Muerte de un amigo íntimo y Muerte de algún familiar cercano (padre, hermano, otros). De esta manera podemos comprobar que los sucesos de enfermedad están ligados a otros sucesos de vida, en gran medida relacionados con algún tipo de pérdida.

Con este apartado podemos recalcar, que el proceso de enfermedad no es un proceso puro, es decir que al mismo tiempo del diagnóstico se viven sucesos de vida tan relevantes como la misma enfermedad, en este caso relacionados a los aspectos económicos, de enfermedad de otros familiares y cambios en costumbres personales (considerando que los pacientes reciben el tratamiento médico para el VIH/SIDA de forma gratuita), lo cual esto influye directamente en las variables de nuestro estudio.



Finalmente podemos concluir y corroborar que el perfil psicosocial de los pacientes estudiados, se caracteriza por un impacto emocional negativo con opción a que vaya disminuyendo conforme haya más adaptación, con un soporte social instrumental no afectivo y con estrategias de afrontamiento activas, a la par de vivir diversos sucesos de vida relacionados a cuestiones de salud en otros familiares y aspectos económicos. Consideramos que con este número de participantes, el estudio arroja datos importantes para su seguimiento en la línea de investigación dentro de la psicología de la salud y en concreto en el impacto psicosocial de la enfermedad crónica; en este caso de infección por VIH/SIDA.

Se cuestionó referente a si los pacientes habían o han recibido algún apoyo psicológico referente al padecimiento de VIH/SIDA y si estarían de acuerdo en recibir, con las preguntas ¿Ha recibido algún tipo de apoyo psicológico en el pasado o actualmente referente a su enfermedad?, ¿Estaría de acuerdo en recibir apoyo psicológico referente a su enfermedad? En relación a la primer pregunta seis de los participantes mencionaron no haber recibido por el contrario dos mencionaron que sí, para la pregunta de si les gustaría recibir apoyo psicológico siete mencionaron que sí y uno solo que no refiriendo que “él no lo necesitaba”. De esta manera podemos determinar la falta de búsqueda de apoyo psicológico en relación a la enfermedad, aunque si bien los pacientes buscan apoyo profesional médico, esto relacionado posiblemente con la representación que se tiene de relegar los cuidados de la salud al sistema médico o a la fe, y tener una actitud de pasividad para afrontar la enfermedad de manera afectiva (identificación de emociones, búsqueda de apoyo social afectivo, expresión de emociones, entre otras) a la par de los tratamientos médicos (Álvarez, 2002).

Consideramos que además de tener un perfil psicosocial del paciente, se puede determinar que existe un cambio de representación de la enfermedad desde el momento que se diagnosticó al actual, corroborando también la falta de conocimiento del diagnóstico y cómo al ir adquiriendo más conocimiento, puede influir en cómo se llevan a cabo conductas y actitudes relacionadas al mismo padecimiento. Definitivamente consideramos útil el fundamento teórico de la representación social para estudiar un fenómeno de enfermedad como lo es la infección por VIH/SIDA, este fenómeno que se encuentra dentro de un contexto cultural y macrosocial, y que manifiesta sentimientos, pensamientos y conductas con las cuales constituyen al grupo (Moscovici, 1998; Wagner et al., 1999; Álvarez, 2002).

#### Observaciones y limitaciones apartado cuantitativo

Definitivamente, a pesar de que los instrumentos y las preguntas no fueron autoaplicadas, se encontraron limitaciones en cuanto a la comprensión de los reactivos y preguntas, a pesar de que en ocasiones se les explicaba la consigna, así como también la falta de familiarización en cuanto a las opciones de respuesta (escala tipo Likert), dándoles inclusive apoyo visual para que fuera un apoyo más concreto. Por lo regular se encontró que los pacientes preguntaban más de una vez referente a las opciones de respuesta e inclusive ya al contestar se inclinaban mucho hacia los extremos; por ejemplo “nada” y “mucho” o su equivalente. En relación a la escala de emociones de Álvarez (2002), algunos pacientes hicieron sugerencias en cuanto a agregar más emociones como por ejemplo “sufrimiento”, “soledad”, “apoyo”,

“tranquilidad” y “desesperación”.

En relación a la escala de Apoyo Social Funcional de Duke (Bellón et al. 1996), se tuvieron varias observaciones, la primera se basa en que algunos de los reactivos mezclan fuentes de apoyo para los pacientes, como por ejemplo “Recibo visitas de mis amigos y familiares”, así como también el de “Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa”, de acuerdo a los datos que se obtuvieron el apoyo que se obtiene de amistades y familiares son diferentes y no necesariamente equiparables, asimismo el apoyo por personas en el trabajo y en la propia casa. En este grupo de pacientes se toma mucho en cuenta las reuniones con otros pacientes que viven situaciones similares, lo que sería un grupo de apoyo diferente a amistades y familiares. Por otra parte es importante tomar en cuenta la cuestión laboral de los participantes, en este estudio, al menos cuatro de los ocho participantes se reportan desempleados y algunos otros aunque tienen una actividad “laboral” no reciben un sueldo fijo, por lo que este reactivo se invalidaría en este caso en particular, así como probablemente también el reactivo de “Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo”. Otro punto importante es el reactivo de “Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama”, ya que como se trabajó con pacientes ambulatorios algunos respondieron y otros, no así como también tuvieron dudas sobre el reactivo.

Referente a la escala de afrontamiento de Basabe y Páez (1992), también se tuvieron varias observaciones, por ejemplo en el reactivo de “Rezo (más de lo habitual)”, se encontró que había personas que sí rezaban pero no más de lo habitual a partir de la enfermedad por lo que originaba dudas, otro ejemplo es el de “Sigo adelante con mi destino, a veces se tiene mala suerte”, se presta a confusión ya que hay pacientes que piensan que siguen adelante con su destino, pero no necesariamente que tienen mala suerte. Otro reactivo que se presta a doble interpretación es el de “Me vuelco en el trabajo para olvidarme de todo, actúo como si no pasara nada”, algunos pacientes mencionaron sobre sí involucrarse mucho en su trabajo pero que eso no significaba que actuaran como si no pasara nada. Otro reactivo importante es el de “Manifiesto el enojo a las personas responsables del problema”, ya que para algunos de los pacientes participantes el responsable del problema sería su expareja, que en varios casos ya había fallecido. El siguiente reactivo “Acepto lo que ha sucedido y que no se puede hacer nada”, también se presta a dos respuestas, los pacientes aceptan lo que sucede pero no necesariamente piensan que no se puede hacer nada, al igual que este otro reactivo “Me fuerzo a esperar el momento adecuado para hacer algo, evito precipitarme”.

En relación al Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV) de Sandín y Chorot (1987), resultó demasiado extenso al momento de la aplicación, además de que la gran mayoría de los sucesos mencionados no los vivieron los participantes, el participante que más sucesos indicó fue de 20 cuando la lista total alcanza casi los 70. Asimismo aunque es un instrumento que se utilizó en España parece haber quedado muy “americanizado” con reactivos tales como la “realización del servicio militar”, “préstamo de más de un millón de pesos”, entre otros, de ahí la importancia de solo tomar este instrumento como un indicador para poder reformular la indagación de sucesos vitales asociados a la enfermedad crónica.

Todas las observaciones previas, nos dan pie a realizar algunas modificaciones para poder construir instrumentos propios basados en la experiencia de interacción con

los pacientes y las entrevistas realizadas, todo esto corrobora la importancia de adecuar los instrumentos al contexto donde se trabaje.

Apartado cualitativo: entrevistas semiestructuradas

### Instrumento

Para el estudio piloto se utilizó una guía de preguntas abiertas para la entrevista semiestructurada. *Entrevista semiestructurada con preguntas abiertas. Cantú-Guzmán y Álvarez.* Formato de entrevista de enfermedad utilizado previamente en pacientes con cáncer, se hicieron algunas modificaciones y agregados, contiene las siguientes preguntas:

- De las emociones sentidas cuando le dieron el diagnóstico,
- a) ¿cuál o cuáles fueron las más duraderas y por cuánto tiempo?
  - b) ¿Qué pensó en el momento del diagnóstico?
  - c) ¿Qué hizo en el momento del diagnóstico?
  - d) ¿En el momento del diagnóstico, si yo le hubiera preguntado "VIH" igual a: ?
  - e) ¿En este momento cómo se siente emocionalmente referente a la enfermedad?  
¿Actualmente qué dificultades ha encontrado referente a la enfermedad?
  - f) ¿En este momento, si yo le preguntara "VIH" igual a: ?
  - g) ¿Aparte del personal médico, ha hablado Usted de su situación de enfermedad con alguien más?, ¿usted ha tocado el tema?, ¿Con quiénes?, ¿De qué exactamente ha hablado?
  - h) ¿Cómo considera ha manejado su enfermedad?
  - i) ¿Qué ha hecho exactamente para manejarla?
  - j) ¿Desde su punto de vista, cuál o cuáles serían las cosas que más se le han dificultado en relación a su enfermedad?
  - k) ¿Desde su punto de vista, cuál o cuáles serían las cosas que más le han ayudado en relación a su enfermedad?
  - l) ¿Desde su punto de vista, qué aspectos le han ayudado o dificultado a su familia en relación a la enfermedad?
  - m) ¿Cómo cree que haya impactado a la gente que aprecia el que Ud. tenga esa enfermedad?
  - n) ¿Desde su punto de vista, qué consejo le daría a una persona que padece una enfermedad como la suya?

### Procedimiento

Se contactó con el médico encargado de la Clínica Integral "Bernardo Reyes", quien autorizó que se entrevistaran a los pacientes, el día en que se reúne el grupo, se acudió cada martes del mes de octubre a diciembre de 2009 teniendo sesiones de aproximadamente 2 horas. Los pacientes autorizaron de manera escrita dando su consentimiento voluntario de participación y en donde se les explicó los motivos y objetivos del estudio.

### Análisis

Se realizó un análisis de contenido para los apartados cualitativos, en base a las respuestas prototípicas que dieron los pacientes, formando categorías de respuesta y sus respectivas frecuencias.

## Resultados

Se indagó en primer lugar el cómo evalúan los pacientes el servicio médico en general junto con el trato del médico especialista y el servicio administrativo en general.

Referente a cómo evalúan los pacientes el trato del médico especialista, cinco de ellos lo clasifican como “excelente”, dos como “bueno” y uno como “regular”, en cuanto a cómo ha sido el servicio médico en general cinco pacientes contestaron como “bueno” y uno solo como “regular”, “muy bueno” y “excelente” respectivamente, por último en relación al servicio administrativo cinco de los pacientes lo califican como “bueno”, dos de ellos como “regular” y uno solo como “excelente”.

A continuación se describen los resultados encontrados del apartado cualitativo, en base a las diversas preguntas que se hicieron para indagar estado emocional inicial y actual relacionado al padecimiento, soporte social y sus cualidades, así como también el afrontamiento, entre otras preguntas, se describen las respuestas prototípicas de los participantes.

En relación a la pregunta, De las emociones sentidas cuando le dieron el diagnóstico ¿cuál o cuáles fueron las más duraderas y por cuánto tiempo?, los pacientes respondieron lo siguiente (el número inicial corresponde al número de participante):

1. *Miedo – 2 años*
2. *De la enfermedad nada, nunca he sentido nada relacionado a la enfermedad, no me cayó el veinte, me siento más triste por la pérdida de mi papá y mis sobrinos, siento algo en el centro entre alegría y tristeza.*
3. *Miedo – 3 meses*
4. *Tristeza – 3 años*
5. *Tristeza – 4 meses*
6. *Miedo – 1 año*
7. *Tristeza – 1 día*
8. *Desesperación y tristeza – 20 días*

Referente a la pregunta ¿qué pensó en el momento del diagnóstico?, los participantes respondieron lo siguiente:

1. *Ya tengo VIH, miraba personas que fallecían y no sabía por qué, pensé que me iban a tratar mal como a la gente que le salían yagas y granos.*
2. *Echarle ganas me dijo el médico, y seguí el tratamiento, igual que mi papá es una diabetes, pensé que me iba a morir.*
3. *Muerte y tristeza*
4. *Quería quemarlo y matarlo a quien me contagió, pensé que me iba a morir.*
5. *Que iba a fallecer, sin esperanza ni remedio.*
6. *Mi esposo muere a los dos meses de mi diagnóstico, pensé dónde iban a quedar mis hijas, la menor en ese tiempo tenía 7 años, me dio miedo.*
7. *El muchacho me infectó por tener la relación sexual.*
8. *Me sentí morir, me quise tirar a un carro, ya había conocido gente con VIH, mi expareja se ahorcó, pensé que me iba a morir.*

En la pregunta ¿Qué hizo en el momento del diagnóstico? Los participantes respondieron:

1. *Me fui con mi amigo a platicar, él se dedicaba a lo mismo (prostitución), nos reíamos para poder sobrellevarlo.*
2. *Hacerme los estudios y por el tratamiento, ir al panteón a decirle a mis papás.*
3. *Seguir mi vida normal, pero no lo comenté con nadie hasta 3 años después con mi hermana.*
4. *Fui a reclamarle, su mamá ya me había comentado que él tenía VIH, me lo hizo a la fuerza (relación sexual).*
5. *Pedí ayuda espiritual, me acerqué a una iglesia, sentí resignación, me dio ánimo ir a la iglesia, fue alentador.*
6. *Llorar, no quería saber nada del mundo (no tenía información), no le dí la cara a mis hijas ni a mi familia, le dije a mi mamá que mi esposo tenía cáncer no VIH en realidad.*
7. *Voy a casa a seguir trabajando, para no pensar tanto y no afectarme.*
8. *Junté a mis hermanos y sobrinos y les dí la noticia, mi hermano único hombre me dio la espalda, las demás me han apoyado.*

Referente a la conceptualización en la pregunta ¿En el momento del diagnóstico, si yo le hubiera preguntado “VIH” igual a ?, los pacientes respondieron:

1. *Como ninguna enfermedad, lo último (muerte).*
2. *Muerte, si no te cuidas, una enfermedad crónica.*
3. *Muerte*
4. *Como otra enfermedad (al no conocerla), pero ya que me explicaron con la muerte.*
5. *Incurable, muerte.*
6. *Muerte, el cáncer es menos vergonzoso.*
7. *no contestó*
8. *Muerte*

Asimismo relacionado a la conceptualización actual del VIH con la pregunta, En este momento, si yo le preguntara ¿“VIH” igual a ?, ellos respondieron:

1. *Si la llevo bien se puede sobrellevar, tomo medicamentos y se pasa.*
2. *Lo tomo diferente, tengo que seguir los tratamientos y estudios, como una enfermedad crónica, vivir si sigo el tratamiento.*
3. *Esperanza*
4. *Que se puede controlar, medicamentos alargan la vida.*
5. *Si se toman las medidas vives.*
6. *Como cualquier otra enfermedad, si Dios me la mandó es para difundirlo a los demás para que me vean como ejemplo.*
7. *Vida*
8. *Luchar contra la muerte, le llevo la delantera, me siento bien.*

En relación a las emociones actuales, En este momento ¿cómo se siente emocionalmente referente a la enfermedad?, respondieron:

1. *Bien, no tengo ningún dolor ni nada.*
2. *Muy bien*

3. *Con optimismo y fortaleza*
4. *Me siento bien, lo he superado poco a poco con el apoyo del grupo y de la familia, me siento triste a veces.*
5. *Depresión, he tenido molestias, me baja el ánimo.*
6. *Con esperanza por la información que tengo, he logrado metas en mi trabajo, siento optimismo.*
7. *Tranquilo*
8. *Tristeza*

Asimismo en la situación actual y las dificultades relacionadas a padecer infección por VIH, con la pregunta, Actualmente ¿qué dificultades ha encontrado referente a la enfermedad?

1. *Ninguna*
2. *Ninguna*
3. *Permisos en el trabajo, lo perdí por esta razón, para poder ir al médico.*
4. *Ninguna*
5. *Respiración, cansancio, diarrea, náuseas, rechazo y discriminación.*
6. *Tener una relación de pareja, me da flojera tener que explicarles, desgaste emocional.*
7. *Con mi familia, me dejó de hablar, mi hermana cambió a partir de que me dieron el diagnóstico, creyó que iba a morir (explicó que su hermana dio a entender eso para cuestiones de una herencia).*
8. *Solo lo de mi hermano, el rechazo.*

Referente al soporte social de los pacientes en torno a la enfermedad, se realizó la siguiente pregunta ¿Aparte del personal médico, ha hablado Usted de su situación de enfermedad con alguien más?, ¿usted ha tocado el tema?, ¿Con quiénes?, ellos respondieron:

1. *Con otros homosexuales, con amigos.*
2. *Con el psicólogo de mis familiares fallecidos, de la enfermedad con nadie.*
3. *Solo con mi hermano, es comprensivo, noble y confiable, me armé de valor, "tomé" para decírselo tenía ganas de desahogarme.*
4. *Con una amiga y un amigo, y con mi mamá.*
5. *Con todos mis familiares u otros camaradas amigos.*
6. *Amigos, exparejas, familiares y otros pacientes con VIH, con mi madre y mi hermana es con quienes más hablo.*
7. *Con nadie, solo con los grupos de pacientes con VIH.*
8. *Con mi hermana con la que vivo.*

Y, ¿De qué exactamente ha hablado?, así respondieron:

1. *De otras personas conocidas que tenían VIH, de cuidados de la enfermedad, de cosas emocionales no.*
2. *Pérdidas de familiares, no de la enfermedad.*
3. *Que me habían dado el diagnóstico, mi hermano no me creyó pero después me dijo que me apoyaría, me documenté para saber de la enfermedad, esto me dio optimismo y fortaleza.*
4. *Chequeo, control, tratamientos, también de lo emocional.*

5. *Sobre síntomas y tratamientos, a veces lo emocional, casi no, soy muy reservado, no sale de mí.*
6. *Que hay más gente con VIH, no soy la única, hablé hasta un año después que llegué a esta clínica.*
7. *Tratamientos médicos (instrumental)*
8. *Le informo de la enfermedad y que me siento triste, ella me dijo que no era nada malo, que no era ni el primero ni el último, que era una enfermedad crónica que se podía controlar.*

En relación al afrontamiento sobre cómo lidia con la enfermedad y la pregunta ¿Cómo considera ha manejado su enfermedad?, ellos respondieron:

1. *Bien, me he dedicado a mí mismo.*
2. *Bien, la he tomado como viene, como una enfermedad crónica.*
3. *Bien*
4. *Positivamente*
5. *Calmadamente, con resignación, positivamente.*
6. *Positivamente, con inteligencia, información y optimismo, con esperanza en que llegue la cura.*
7. *Con tranquilidad*
8. *Bien, la he controlado siendo optimista.*

Y, ¿Qué ha hecho exactamente para manejarla?, respondieron:

1. *Asistir con profesionales porque yo lo ignoraba, me sentía como una bola que le jalabas y se enredaba todo.*
2. *Hacerme estudios y tomarme el medicamento, ser promotor voluntario apoyando a compañeros necesitados, estudiar más la enfermedad, conocerla más.*
3. *Convivir con los amigos, la familia y el grupo, tomar al pie de la letra los medicamentos, fumar y tomar mucho menos, no comer alimentos con grasa para los niveles de colesterol, cambio de hábitos.*
4. *Comer bien, frutas, verduras y caldos, cuidado en la actividad sexual.*
5. *Pidiendo más información, conversando del padecimiento con mis tíos y familiares, sobre las molestias físicas, de si hay cura o no.*
6. *Buscar información referente al VIH, seguir los tratamientos.*
7. *Dejé de tomar alcohol por decisión propia, seguir trabajando, seguir con los tratamientos médicos y cambiar hábitos alimenticios.*
8. *Era muy corajudo y ahora soy alegre, vi la vida más alegre.*

Referente a las dificultades relacionadas a las enfermedades y a la pregunta ¿Desde su punto de vista, cuál o cuáles serían las cosas que más se le han dificultado en relación a su enfermedad?, los pacientes respondieron:

1. *Nada.*
2. *Ninguna, porque los compañeros lo divulgan.*
3. *La peor enfermedad es la depresión, sientes que no tiene sentido la vida.*
4. *Rechazo por parte de mi papá, hermano, y en el trabajo.*
5. *Rechazo, amistades me ignoran.*
6. *Tener pareja, mencionar que tengo VIH, miedo a la soledad.*
7. *Ninguna*

### 8. Ninguna

Por contrario, se preguntó también sobre qué les ha ayudado, con la pregunta ¿Desde su punto de vista, cuál o cuáles serían las cosas que más le han ayudado en relación a su enfermedad?, ellos respondieron:

1. *Asistir a citas y tomar medicamento.*
2. *Cambio de vida, tomar más en serio todo.*
3. *El amor a su madre, si no la hubiera tenido al momento del diagnóstico me hubiera matado, tirándome de un puente o a un carro.*
4. *Apoyo de mi mamá.*
5. *Asistencia a la clínica para los tratamientos y el apoyo, cambios de hábitos.*
6. *Apoyo de mi familia, vivo con mi mamá, mis padres están separados.*
7. *Trabajar porque me distraigo y seguir con los tratamientos médicos.*
8. *Optimismo, apoyo de mi familia de hermanas principalmente.*

En relación a los aspectos familiares y/o el impacto en las personas cercanas a las personas que tienen infección por VIH, se preguntó lo siguiente ¿Desde su punto de vista, qué aspectos le han ayudado o dificultado a su familia en relación a la enfermedad?, así respondieron:

1. *Solo con una hermana, con los demás no tengo confianza.*
2. *Cambio de vida, tienen otra imagen, puedo tener decaimiento que me puedo morir, la enfermedad les cayó de bomba.*
3. *El acceso al trabajo por lo de los permisos, inventar excusas para que no supieran.*
4. *Ninguna*
5. *Verme decayendo, la inmunodeficiencia, me he acercado más a mi familia me han apoyado.*
6. *Ha ayudado el tener información.*
7. *A mi familia no la tomo en cuenta porque no me toman en cuenta a mí, hubo interés económico de mi hermana en caso de que yo muriera.*
8. *No reporta nada.*

Y, ¿Cómo cree que haya impactado a la gente que aprecia el que Ud. tenga esa enfermedad?, respondieron lo siguiente:

1. *Para mis familiares cercanos que me vean bien, pero que en realidad tengo VIH, para mis familiares lejanos esto es algo espantoso.*
2. *Un golpe muy fuerte, no se lo esperaban, les dolió pero no se han retirado.*
3. *Un impacto fuerte, pero me siguen apoyando.*
4. *Negación de la enfermedad al principio por parte de mi madre, pero aun así me apoyó.*
5. *Mucho impacto, se agüitaron, tristeza.*
6. *Tuvo un impacto negativo por la falta de información, tristeza llanto con un año de duración.*
7. *no contestó*
8. *Mal, mencionaron que no jugara ni bromeara, se pusieron tristes.*

Se indagó por último, referente a qué consejos le darían a las personas que recién tienen el diagnóstico, con la pregunta ¿Desde su punto de vista, qué consejo le



daría a una persona que padece una enfermedad como la suya? respondieron:

1. *Haga todo lo que el Dr. le diga, que se proteja que no infecte a nadie más, que se cuiden, usar condón.*
2. *Seguir adelante, ahí no se termina, que sigan los tratamientos, que se cuide sexualmente y su estilo de vida.*
3. *Que no pasa nada, que es una enfermedad crónica, seguir tratamientos y cambiar hábitos, no desvelarse y vivir la vida normal.*
4. *No perder la esperanza, no pensar en suicidarse, que hay tratamiento para controlar el VIH y se puede salir adelante.*
5. *Que se atienda y se cuide física y sexualmente, que sigan los tratamientos, se acerquen a grupos de autoayuda, más información da más esperanza.*
6. *Que se cuide, tome sus medicamentos, que siga el tratamiento, tomar el VIH como cualquier otra enfermedad.*
7. *Seguir el tratamiento médico.*
8. *Echarle ganas y pedir a Dios que le de fuerza para seguir.*

#### Análisis

Se construyeron categorías de respuesta a partir de las respuestas de los pacientes, agrupándose por variable de estudio, a continuación se presentan las siguientes tablas.

Tabla 5 Categorías y frecuencias en emociones en el diagnóstico

Miedo	3
Tristeza	5
Desesperación	1

Tabla 6 Categorías y frecuencias en pensamientos en el diagnóstico

Relacionado a la muerte	6
Relacionado a mal trato	1
Relacionado a emociones de tristeza y miedo	2

Tabla 7 Categorías y frecuencias en acciones en el recién diagnóstico

Hablar con amigos	1
No comentarlo con nadie	2
Ir a reclamar al responsable del contagio	1
Pedir ayuda espiritual	1
Hablar con familiares o familiares difuntos	2
Seguir trabajando para no pensar	1

Tabla 8 Categorías y frecuencias en la conceptualización del recién diagnóstico del VIH

Muerte	7
--------	---

Tabla 9 Categorías y frecuencias en la conceptualización actual del diagnóstico del VIH

Relacionado a sobrellevar y controlar el diagnóstico	4
Relacionado a la vida y a la esperanza	6
Como cualquier otra enfermedad	1

Tabla 10 Categorías y frecuencias en emociones actuales ante el diagnóstico

Relacionadas al bienestar, optimismo y esperanza	6
Relacionadas a emociones negativas	2

Tabla 11 Categorías y frecuencias en dificultades actuales en el padecimiento

Ninguna	3
Permisos en el trabajo	1
Rechazo y discriminación	3
Tener pareja	1
Desgaste emocional	1
En la relación familiar	2

Tabla 12 Categorías y frecuencias en cuanto al apoyo social (personas con quien habló)

Amigos	3
Con nadie	2
Algunos familiares	5
Otros pacientes	2

Tabla 13 Categorías y frecuencias en cuanto al apoyo social (¿de qué hablaron?)

Del diagnóstico y sus cuidados y tratamientos	6
De lo emocional que implica	3
Pérdidas familiares	1

Tabla 14 Categorías y frecuencias en cuanto al afrontamiento actual (¿cómo maneja su enfermedad?)

Relacionado al bienestar y aspectos positivos	8
---	---

Tabla 15 Categorías y frecuencias en cuanto al afrontamiento actual (¿qué ha hecho para manejar su enfermedad?)

Atención profesional y adhesión a los tratamientos	4
Buscar información	2
Hábitos saludables	3
Cambiar emociones negativas	1
Convivir con familiares y otros pacientes	3

Tabla 16 Categorías y frecuencias en cuanto a las dificultades del diagnóstico

Ninguna	4
Soledad	1
Depresión	1
Rechazo	2

Tabla 17 Categorías y frecuencias en cuanto a qué es lo que más les ha ayudado en el diagnóstico

Cambio en el estilo de vida	2
Chequeos médicos y tratamientos	3
Trabajar	1
Apoyo familiar	4

Tabla 18 Categorías y frecuencias en cuanto al impacto familiar del diagnóstico

Impacto negativo	6
Sentimientos de tristeza	3
Negación	1

Tabla 19 Categorías y frecuencias en cuanto a qué consejo darían a otros pacientes

Cuidados en actividad sexual	4
Seguir los tratamientos médicos	7
No desvelarse	1
No pensar en suicidarse	1
Tomar el VIH como cualquier otra enfermedad	1
Acercarse a grupos de autoayuda	1
Seguir adelante y no perder la esperanza	4

### Conclusiones apartado cualitativo

En cuanto a los datos recogidos y el análisis realizado, se puede determinar que el impacto inicial del diagnóstico está caracterizado por emociones negativas tales como tristeza y miedo, con pensamientos relacionados a la muerte tales como *“Quería quemarlo y matarlo a quien me contagió, pensé que me iba a morir”, “Que iba a fallecer, sin esperanza ni remedio”, “Mi esposo muere a los dos meses de mi diagnóstico, pensé dónde iban a quedar mis hijas, la menor en ese tiempo tenía 7 años, me dio miedo”, “Me sentí morir, me quise tirar a un carro, ya había conocido gente con VIH, mi expareja se ahorcó, pensé que me iba a morir”*. Asimismo, estas conclusiones están estrechamente ligadas a la conceptualización o bien representación social que tienen del diagnóstico de VIH, asociado a la muerte lo cual es muy evidente en la narrativa de los pacientes participantes *“Como ninguna enfermedad, lo último (muerte)”, “Como otra enfermedad (al no conocerla), pero ya que me explicaron con la muerte”* y *“Muerte, el cáncer es menos vergonzoso”*. Por otra parte ante el diagnóstico inicial se pudieron detectar diversas acciones por parte de los pacientes, como por ejemplo el no hablar con nadie de la situación, el hablar solo con algunos familiares porque otros familiares denotaría rechazo, hablar con algunos amigos, pedir ayuda espiritual, así como trabajar como una forma de evadir el problema y no pensar. Estas diversas conductas evidencian que existen diferentes formas de reaccionar por parte de los pacientes.

En lo referente al soporte social, se detecta que la mayoría de los pacientes cuentan con apoyo de algunos de sus familiares *“Con otros homosexuales, con amigos”, “Con el psicólogo de mis familiares fallecidos, de la enfermedad con nadie”, “Solo con mi hermano, es comprensivo, noble y confiable, me armé de valor, -tomé- para decírselo tenía ganas de desahogarme”, “Con una amiga y un amigo, y con mi mamá”, “Con nadie, solo con los grupos de pacientes con VIH”*, esto en contraste a que de acuerdo a su narrativa también la mayoría de ellos cuenta con familiares que rechazan completamente el diagnóstico, cuentan con un apoyo social más de tipo instrumental que emocional.

El afrontamiento actual de los pacientes está orientado más hacia conductas positivas y de tipo instrumental, basado en la búsqueda de atención profesional y la adhesión a los tratamientos, así como también en cambios de hábitos de salud y mayor convivencia social, todos los pacientes describen manejar el diagnóstico actual de manera positiva y con sentimientos de bienestar, optimismo y esperanza. Todos estos

datos previos también relacionados al cambio de representación que tienen del diagnóstico de VIH al paso del tiempo, más orientado hacia que el VIH se puede sobrellevar y controlar, por lo que la conceptualización está más orientada a la vida y la esperanza. Entre algunas de las dificultades relacionadas al diagnóstico se pudieron determinar el rechazo y la discriminación, problemas en la relación familiar, el desgaste emocional, búsqueda de pareja y algunos mencionaron el no tener ninguna.

En relación a los aspectos familiares, resalta un impacto negativo caracterizado por sentimientos de tristeza, así como también por algo de negación de la enfermedad, aunque si bien parece ser que el apoyo familiar pudiera ser uno de los aspectos que más ayuden a los pacientes a sobrellevar el padecimiento de acuerdo a los resultados de nuestro estudio.

Por último, en cuanto a qué es lo que aconsejan los pacientes a otros pacientes futuros que lleguen a adquirir el VIH, sobresale en las respuestas la adhesión a los tratamientos, así como también los cuidados en la conducta sexual y el tratar de seguir adelante y no perder la esperanza, lo cual esto último nos habla de la importancia que tiene el manejo emocional en todo el proceso del diagnóstico del VIH.

#### Observaciones y limitaciones apartado cualitativo

Para el apartado cualitativo algunos pacientes recomendaron agregar más preguntas respecto a la cuestión familiar y el impacto de la enfermedad, así como también preguntas relacionadas a qué esperarían los pacientes si abandonan los tratamientos y el porqué de esta acción.

Todas las observaciones previas, nos dan pie a realizar algunas modificaciones para poder construir instrumentos propios (calidades de las variables que se puedan cuantificar) basados en la experiencia de interacción con los pacientes y las entrevistas realizadas, todo esto corrobora la importancia de adecuar los instrumentos al contexto donde se trabaje.

## Estudio 2: Aplicación de la “Batería de evaluación psicosocial del suceso de enfermedad crónica”

Se construyó y diseñó una batería de evaluación de aspectos psicosociales (ver Anexo 2) a partir de diversos estudios de carácter cuantitativo y cualitativo Álvarez (2002), Cantú-Guzmán (2008), Cantú-Guzmán y Álvarez (2009a; 2009b) y Cantú-Guzmán, Álvarez, López y Martínez (2012). Así como también retomando algunos conceptos de evaluación de las mismas variables y escalas por otros autores Álvarez (2002), Broadhead et al. (1988), Basabe y Páez (1992) y Sandín y Chorot (1987).

La batería permite evaluar las siguientes dimensiones psicológicas: emociones, afrontamiento, soporte social y sucesos de vida (ver Anexo 2).

Como objetivo principal fue el de conocer el nivel de confiabilidad general de cada escala de la batería, así como también determinar subescalas y sus niveles de confiabilidad respectivamente.

### Método

Se aplicó la batería de evaluación que contiene diversas escalas, en donde se pretende conocer sus propiedades psicométricas de forma general y particular para cada una de ellas. Esto mediante el estadístico  $\alpha$  de Cronbach así como también un análisis factorial exploratorio y total de cada escala así como de cada escala.

### Participantes

Se tomó en cuenta una muestra no homogénea de 100 pacientes adultos con diversas enfermedades crónicas, 57 de ellos derechohabientes de los Servicios Médicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y los 43 restantes se atienden en otras clínicas públicas o privadas del área metropolitana de Monterrey que no especificaron. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado de participación voluntaria en el estudio realizado. Las frecuencias por diagnóstico o padecimiento se clasificaron de la siguiente manera: 51 personas con diabetes e hipertensión, 9 personas que viven con VIH/SIDA, 7 personas con algún tipo de cáncer, 5 personas con gastritis y colitis, 4 personas con algún tipo de alergia, 6 personas con algún padecimiento relacionado a la columna y 18 personas restantes con algún otro tipo de padecimiento crónico.

Participaron 60 mujeres y 40 hombres, su promedio de edad fue de 54.7 años con una desviación estándar de 14.6, con un mínimo de 18 años y un máximo de 81 lo que equivale a un rango de 63 años. En cuanto a las personas que viven en casa se encontró un promedio de 2.6 con una desviación estándar de 1.7, en cuanto al número de hijos que tienen se encontró un promedio de 3 con una desviación estándar de 2.7. En relación al estado civil se encontraron 17 solteros(as), 61 casados(as), 13 viudos(as), 3 divorciados(as), 3 separados(as) y 3 que viven en unión libre. En cuanto al nivel de estudios se encontró que 6 personas no terminaron primaria o no tienen estudios, 14 personas nivel primaria, 17 personas nivel secundaria, 10 personas nivel preparatoria, 19 personas nivel técnico, 21 personas nivel licenciatura y 11 personas nivel posgrado.

## Instrumento

A partir de diversos estudios previos Álvarez (2002), Cantú-Guzmán (2008), Cantú-Guzmán y Álvarez (2009a; 2009b) y Cantú-Guzmán, Álvarez, López y Martínez (2012), y el uso de otros instrumentos Álvarez (2002), Broadhead et al. (1988), Basabe y Páez (1992) y Sandín y Chorot (1987), se detectaron algunas limitaciones como por ejemplo, el uso de muchos reactivos centrados en el trabajo, el no abarcar otro tipo de emociones, el tener limitaciones culturales en los sucesos de vida, de ahí la propuesta de construir un instrumento de evaluación propio en base a los resultados de las experiencias con otros pacientes con enfermedades crónicas, así como poder validarlo psicométricamente a partir de la investigación.

*Batería de evaluación psicosocial del suceso de enfermedad crónica de Álvarez y Cantú-Guzmán* (ver Anexo 2). Consta de un apartado de datos sociodemográficos y datos generales del padecimiento, un apartado con 13 opciones de conceptualización de la enfermedad y cuatro dimensiones de estudio o bien variables psicosociales tales como; emociones (20 reactivos escala Likert), soporte social (28 reactivos escala Likert), afrontamiento (20 reactivos escala Likert) y sucesos vitales (29 reactivos escala Likert), todos medidos en 2 tiempos; diagnóstico inicial y situación actual (al momento de la aplicación).

Por último consta de preguntas abiertas tales como: *De las emociones sentidas cuando le dieron el diagnóstico ¿cuál o cuáles fueron las más duraderas y por cuánto tiempo?, ¿Qué pensó en el momento del diagnóstico?, ¿Qué hizo en el momento del diagnóstico?, ¿En este momento cómo se siente emocionalmente referente a la enfermedad?, ¿Aparte del personal médico, ha hablado Usted de su situación de enfermedad con alguien más?, ¿usted ha tocado el tema?, ¿Con quiénes?, ¿De qué exactamente ha hablado?, ¿cuál considera sería la mayor dificultad que se ha presentado en su situación de enfermedad?*

Los instrumentos que se aplicaron previamente fueron los siguientes:

*Listado de Emociones, Álvarez (2002)*. Lista de diez emociones: esperanza, tristeza, miedo, alegría, culpa, confianza, rabia, resignación, optimismo y ansiedad. Se encontraron cuatro factores que explican el 54.2% de la varianza. Los cuatro factores son: 1) emociones positivas, 2) tristeza y miedo, 3) emociones negativas y 4) resignación activa.

*Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11, Broadhead (1988)*. El cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC fue diseñado y validado por Broadhead en 1988. Su objetivo era medir "apoyo social funcional percibido". Se trata de un cuestionario autoaplicado de 8-11 reactivos. Cada epígrafe admite 5 posibles respuestas en una escala tipo Likert. El análisis factorial original demuestra la existencia de dos dimensiones: apoyo confidencial (reactivos 6, 7, 8, 9, y 10) y apoyo afectivo (reactivos 4, 5 y 11). La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. En la validación española de Bellón et al. (1996) se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación  $\leq 32$ , para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo). Las dos áreas exploradas por la escala hacen referencia cada una de ellas a varios elementos: *apoyo confidencial* a disposición de información, consejo o guía o personas

con quien compartir problemas y *apoyo afectivo* a amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia a grupos. La confiabilidad test-retest es de 0.66. La relación de cada reactivo con la puntuación total del cuestionario también demuestra ser adecuada, se ha utilizado tanto autoadministrada como mediante un entrevistador, mostrando en ambos casos buenos índices de fiabilidad (0.92 y 0.80 respectivamente). La consistencia interna de la escala y sus dos subescalas es adecuada (alfa de Cronbach de 0.90, 0.88 y 0.79 respectivamente).

*Escala de Afrontamiento, Basabe y Páez (1992)*. Es una versión resumida de la escala de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) y de la escala de afrontamiento de Carver y Scheier (1981), consta de 27 reactivos, a los cuales se debe responder en una escala de 1 (nunca) y 4 (siempre). De acuerdo con Álvarez (2002), los resultados presentaron siete factores que explican el 50.4% de la varianza: 1) Acción razonada, 2) Apoyo emocional, 3) Pasivo y evitación, 4) Olvidar, 5) Aceptación, 6) Evasión y 7) Agresión a la causa.

*Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV), Sandín y Chorot (1987)*. Listado con más de 60 sucesos de vida, que se tomó como referencia para indagar otros aspectos relevantes que viven las personas a la par de su enfermedad, se tomaron en cuenta la cantidad de los sucesos, no se tomaron en cuenta las mediciones de estrés percibido ni si fueron eventos positivos/negativos o esperados/inesperados.

La batería completa original que se utilizó se muestra al final del estudio, así como también las nuevas escalas que surgieron a partir de este estudio (ver Anexo 2).

## Procedimiento

Las entrevistas y aplicaciones de la batería se llevaron a cabo por los investigadores responsables del estudio, así como con el apoyo de estudiantes de la Facultad de Psicología de la UANL. La mayor parte de ellas se realizó en el Departamento de Servicios Médicos de la UANL; en las salas de espera, otras entrevistas se realizaron en otras clínicas o en visitas a los entrevistados que aceptaban. Los alumnos que apoyaron en la aplicación fueron capacitados previamente por los investigadores del estudio. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado de participación voluntaria.

## Análisis

Con el objetivo de conocer la confiabilidad de todas las escalas, se utilizó el estadístico  $\alpha$  de Cronbach, para posteriormente llevar a cabo un análisis factorial exploratorio para conocer las subescalas subyacentes formadas y sus respectivos niveles de confiabilidad, así como el nivel de varianza explicada.

## Resultados

### Escala de emociones

La escala de emociones consta de 20 emociones divididas en general como positivas y negativas, con opción de respuesta tipo Likert. Se puede observar en la Tabla 1, que del total de la muestra (100), solo se consideraron 86 participantes

representando el mismo porcentaje. En la tabla 2, se observa que se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .79 que se puede considerar, de acuerdo a los criterios del análisis como promedio o respetable de acuerdo a algunos autores (DeVellis 2003, en García-Cadena, 2006), indicando que la prueba tiene las propiedades para ser considerada como confiable.

Tabla 20

**Resumen de Procesamiento de Casos**

		N	%
Casos	Válidos	86	86,0
	Excluidos	14	14,0
	Total	100	100,0

Tabla 21

**Estadísticas de Confiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basado en reactivos estandarizados	No. de Reactivos
,791	,792	20

En la tabla 3, se puede observar las medias de puntuación de los reactivos, en la Tabla 4, se puede observar que cada reactivo tiene una aportación a la confiabilidad muy similar proporcionalmente hablando (.76 los más bajos y .79 los más altos) a la confiabilidad del instrumento.

Tabla 22

**Estadísticas de Reactivo**

	Media	D.E.	N
esperanza	3,81	1,251	86
tristeza	1,99	1,079	86
alegría	2,94	1,340	86
miedo	1,97	1,193	86
confianza	3,76	1,197	86
culpa	1,59	1,056	86
optimismo	3,67	1,152	86
sufrimiento	2,10	1,389	86
ilusión	3,24	1,388	86
soledad	1,84	1,264	86
ánimo	3,79	1,228	86
enojo/coraje	1,73	1,172	86
tranquilidad	3,56	1,184	86
resignación	3,38	1,457	86
alivio	3,15	1,342	86
vergüenza	1,48	,991	86
seguridad	3,57	1,324	86



ansiedad	2,07	1,263	86
calma	3,55	1,262	86
desesperación	2,20	1,309	86

Tabla 23

**Estadísticas Totales de los Reactivos**

	Media de la Escala si el reactivo fuera eliminado	Varianza de la Escala si el reactivo fuera eliminado	Reactivo corregido y Correlación total	Correlación del múltiple cuadrado	Alfa de Cronbach si el reactivo fuera eliminado
esperanza	51,58	109,799	,532	,583	,771
Tristeza	53,41	118,197	,254	,672	,788
Alegría	52,45	118,604	,169	,458	,795
Miedo	53,43	115,072	,345	,481	,783
confianza	51,64	109,033	,594	,658	,768
Culpa	53,80	117,549	,291	,496	,786
optimismo	51,72	113,992	,407	,527	,780
sufrimiento	53,29	115,644	,259	,728	,789
Ilusión	52,15	107,612	,548	,527	,769
Soledad	53,56	117,402	,231	,533	,790
Ánimo	51,60	110,783	,504	,704	,773
enojo/coraje	53,66	114,956	,358	,605	,782
tranquilidad	51,84	117,503	,250	,549	,789
resignación	52,01	112,600	,343	,352	,784
Alivio	52,24	112,281	,395	,354	,780
vergüenza	53,92	117,723	,308	,587	,785
seguridad	51,83	110,852	,456	,702	,776
ansiedad	53,33	115,728	,294	,518	,786
Calma	51,85	116,295	,273	,588	,788
desesperación	53,20	115,337	,294	,505	,786

Con el objetivo de conocer las variables subyacentes a la escala, se realizó un análisis factorial exploratorio con estadísticos de solución inicial, por el método de componentes principales de la escala y con rotación varimax resultando en 4 factores como se detallan a continuación. La prueba de KMO (Tabla 5) resultó en .798 y la prueba de Bartlett significativa  $<.05$ , esto demuestra que hay altas correlaciones parciales así como también un rechazo a la hipótesis nula de no correlación en la matriz. En las tablas 6 y 7 nos muestran que el análisis factorial exploratorio arrojó 4 factores que explican el 60.6% de la varianza total explicada. De esta manera se pueden clasificar cuatro factores, describiéndolos como:

1) Emociones negativas de alta activación; vergüenza, ansiedad, enojo/coraje, desesperación, miedo y culpa ( $\alpha$  de Cronbach de .83).

2) Emociones positivas de alta activación; esperanza, ilusión, ánimo, optimismo, seguridad y alegría ( $\alpha$  de Cronbach de .83).

3) Emociones positivas de baja activación; calma, resignación, tranquilidad, confianza y alivio ( $\alpha$  de Cronbach de .73).

4) Emociones negativas de baja activación; sufrimiento, tristeza y soledad ( $\alpha$  de Cronbach de .80).

Tabla 24

**Prueba de Bartlett y KMO**

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de Adecuación de la muestra	,798
Prueba de Approx. Chi-Cuadrada Bartlett	825,096
Grados de libertad	190
Sig.	,000

Tabla 25

**Total de Varianza Explicada**

Componentes	Valores iniciales			Extracción suma de cuadrados			Rotación suma de cuadrados		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	5,387	26,935	26,935	5,387	26,935	26,935	3,587	17,933	17,933
2	3,910	19,549	46,485	3,910	19,549	46,485	3,451	17,257	35,190
3	1,528	7,640	54,125	1,528	7,640	54,125	2,671	13,354	48,544
4	1,295	6,477	60,602	1,295	6,477	60,602	2,412	12,058	60,602

Tabla 26

**Componentes de la Matriz Rotada**

	Componentes			
	1	2	3	4
vergüenza	,765			
ansiedad	,733			
enojo/coraje	,725			
desesperación	,691			
miedo	,686			
culpa	,685			
esperanza		,831		
ilusión		,815		
ánimo		,718		
optimismo		,646		
seguridad		,615	,488	
alegría		,534		
calma			,744	
resignación			,649	
tranquilidad			,646	
confianza		,515	,619	
alivio			,598	
sufrimiento				,847
tristeza				,740
soledad				,675

**Escala de afrontamiento**

La escala de afrontamiento consta de 20 reactivos con opción de respuesta tipo Likert, en donde se espera medir apartados de estilos de afrontamiento activo, afectivo, evasivo y de negación. Se puede observar en la Tabla 8, que del total de la muestra (100), se consideraron 73 participantes representando el mismo porcentaje. A partir de los análisis se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach inicial de .78, por lo que se procedió a eliminar reactivos (1,4,6,7,11,14,17), para elevar el nivel de confiabilidad, así se finalizó con 13 reactivos obteniendo un  $\alpha$  de Cronbach de .82 (ver Tabla 9) que se puede considerar, de acuerdo a los criterios del análisis como promedio, indicando que la prueba tiene las propiedades para ser considerada como confiable.

Tabla 27

**Resumen de Procesamiento de Casos**

		N	%
Casos	Válidos	73	73,0
	Excluidos	27	27,0
	Total	100	100,0

Tabla 28

**Estadísticas de Confiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basado en reactivos estandarizados	No. De Reactivos
,826	,825	13

En la tabla 10, se puede observar las medias de puntuación de los reactivos, en la Tabla 11, se puede observar que cada reactivo tiene una aportación a la confiabilidad muy similar proporcionalmente hablando (.79 los más bajos y .83 los más altos) a la confiabilidad del instrumento.

Tabla 29

**Estadísticas de Reactivo**

	Media	D.E.	N
2 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	3,70	1,440	73
3 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	2,45	1,519	73
5 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	3,96	1,274	73
8 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	3,16	1,633	73
9 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	2,96	1,594	73
10 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	2,23	1,477	73
12 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	3,26	1,537	73
13 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	2,19	1,340	73
15 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	2,66	1,609	73

16 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	3,19	1,697	73
18 A partir de mi enfermedad cuidó mis hábitos de salud	3,33	1,510	73
19 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	2,59	1,480	73
20 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	1,84	1,333	73

Tabla 30

## Estadísticas Totales de los Reactivos

	Media de la Escala si el reactivo fuera eliminado	Varianza de la Escala si el reactivo fuera eliminado	Reactivo corregido y Correlación total	Correlación del múltiple cuadrado	Alfa de Cronbach si el reactivo fuera eliminado
2 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	33,82	102,926	,629	,532	,803
3 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	35,07	108,676	,392	,385	,820
5 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	33,56	107,889	,524	,375	,811
8 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	34,36	100,705	,611	,613	,803
9 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	34,56	98,000	,724	,659	,793
10 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	35,29	105,569	,515	,373	,811
12 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	34,26	107,890	,412	,294	,819
13 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	35,33	109,779	,421	,444	,818
15 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	34,86	109,231	,344	,378	,824

16 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	34,33	104,002	,477	,452	,814
18 A partir de mi enfermedad cuido mis hábitos de salud	34,19	104,990	,521	,529	,810
19 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	34,93	110,509	,344	,440	,824
20 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	35,68	116,413	,181	,198	,833

Con el objetivo de detectar las dimensiones subyacentes a la escala se realizó un análisis factorial exploratorio con estadísticos de solución inicial, por el método de componentes principales de la escala y con rotación varimax resultando en 3 factores como se detallan a continuación. La prueba de KMO (Tabla 12) resultó en .759 y la prueba de Bartlett significativa  $<.05$ , esto demuestra que hay altas correlaciones parciales así como también un rechazo a la hipótesis nula de no correlación en la matriz. En las tablas 13 y 14, nos muestran que el análisis factorial exploratorio arrojó 3 factores que explican el 55.2% de la varianza total explicada. De esta manera se pueden clasificar tres factores, describiéndolos como:

1) Afrontamiento activo interpersonal; a) -18- A partir de mi enfermedad cuido mis hábitos de salud, b) -19- Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad, c) -2- Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella, d) -10- Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad, e) -9- Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad y f) -5- Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos ( $\alpha$  de Cronbach de .81).

2) Afrontamiento afectivo espiritual familiar; a) -8- Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad, b) -16- Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad y c) -12- Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad ( $\alpha$  de Cronbach de .71).

3) Afrontamiento activo evasivo; a) -13- Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad, b) -15- Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad, c) -3- Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo y d) -20- Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad ( $\alpha$  de Cronbach de .61).

Tabla 31

**Prueba de Bartlett y KMO**

Kaiser-Meyer-Olkin	Medida de Adecuación de la muestra	,759
Prueba de Bartlett	Approx. Chi-Cuadrada	291,892
	Grados de libertad	78
	Sig.	,000

Tabla 32

**Total de Varianza Explicada**

Componentes	Valores propios			Extracción Suma de cuadrados			Rotación Suma de cuadrados		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado	% de Varianza	Total	
1	4,214	32,414	32,414	4,214	32,414	32,414	2,766	21,277	21,277
2	1,590	12,231	44,645	1,590	12,231	44,645	2,397	18,436	39,714
3	1,380	10,616	55,261	1,380	10,616	55,261	2,021	15,547	55,261

Tabla 33

**Componentes de la Matriz Rotada**

	Componentes		
	1	2	3
18 A partir de mi enfermedad cuido mis hábitos de salud	,767		
19 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	,761		
2 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	,669		
10 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	,619		
9 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	,602	,555	
5 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	,486	,474	
8 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad		,794	
16 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad		,784	
12 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad		,547	
13 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad			,743
15 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad			,655
3 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo			,655
20 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad			,620

**Escala de soporte social**

La escala de soporte social se compone de 28 reactivos, esperando encontrar factores relacionados al soporte objetivo, percibido, afectivo e instrumental. En un primer análisis se corrió el estadístico de  $\alpha$  de Cronbach resultando en .91 con un número total de participantes de 46 de la muestra total de 100, por ser una cantidad reducida de participantes se procedió a remplazar valores faltantes con el valor de la

media. Así se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach inicial de .904, eliminando dos reactivos (5 y 28) de acuerdo a los indicadores en las tablas para poder aumentar el nivel de confiabilidad. Sin embargo debido a los análisis realizados se pudo determinar que había confusión en los reactivos referentes a obtener y percibir apoyo, por lo que se procedió a eliminar todos los reactivos relacionados al soporte percibido así como el reactivo inicial asociado al apoyo económico o de información de un grupo de ayuda (9,11,13,15,17, 23 y 28), con lo que se pudo determinar que no había cambios importantes en los niveles de confiabilidad. Se puede observar en la Tabla 15, que se consideró el total de la muestra (100), representando el mismo porcentaje. En la tabla 16, se observa el número total de ítems de la escala final (21) y en el análisis utilizando el estadístico  $\alpha$  de Cronbach el resultado es de .86. Podemos considerar, de acuerdo a los criterios del análisis como un puntaje alto, indicando que la prueba tiene las propiedades para ser considerada como confiable.

Tabla 34

**Resumen de Procesamiento de Casos**

		N	%
Casos	Válidos	100	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	100	100,0

Tabla 35

**Estadísticas de Confiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basado en reactivos estandarizados	No. de Reactivos
,865	,864	21

En la tabla 17, se puede observar las medias de puntuación de los reactivos, en la Tabla 18, se puede determinar que cada reactivo tiene una aportación a la confiabilidad muy similar proporcionalmente hablando (puntaje oscila entre .85 y .86) a la confiabilidad del instrumento.

Tabla 36

**Estadísticas de Reactivo**

	Media	D.E.	N
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	4,134	1,1775	100
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	3,688	1,2170	100



3	Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	3,129	1,2592	100
4	Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	2,444	1,2695	100
5	Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	2,906	1,3639	100
6	Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	4,072	1,2573	100
7	Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enferme	2,542	1,2659	100
8	Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	3,138	1,3454	100
10	Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	2,404	1,1709	100
12	Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	2,268	1,4600	100
14	Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	2,772	1,6398	100
16	Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	2,845	1,4998	100
18	Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	3,032	1,2550	100
19	Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	3,207	1,5145	100
20	Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	2,103	1,0889	100

21 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	2,955	1,4419	100
22 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	3,063	1,4620	100
24 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	3,325	1,4733	100
25 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	3,823	1,3008	100
26 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	3,969	1,2182	100
27 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	3,608	1,3600	100

Tabla 37

**Estadísticas Totales de los Reactivos**

	Media de la Escala si el reactivo fuera eliminado	Varianza de la Escala si el reactivo fuera eliminado	Reactivo corregido y Correlación total	Correlación del múltiple cuadrado	Alfa de Cronbach si el reactivo fuera eliminado
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	61,294	197,940	,454	,620	,859
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	61,740	199,366	,393	,392	,861
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	62,299	195,122	,502	,695	,857
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	62,983	194,482	,516	,651	,857
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	62,521	201,671	,279	,285	,865
6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	61,355	199,858	,363	,351	,862

7	Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enfermedad	62,885	196,465	,459	,745	,859
8	Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	62,289	199,516	,343	,347	,863
10	Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	63,024	200,332	,382	,728	,861
12	Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	63,160	193,132	,470	,576	,858
14	Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	62,656	187,635	,535	,442	,856
16	Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	62,582	188,957	,561	,597	,854
18	Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	62,395	194,155	,532	,628	,856
19	Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	62,221	187,860	,583	,594	,854
20	Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	63,324	202,156	,356	,536	,862
21	Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	62,473	189,789	,566	,702	,854
22	Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	62,364	186,847	,635	,712	,852
24	Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	62,103	196,054	,391	,559	,861
25	Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	61,605	201,765	,295	,552	,864

26 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	61,459	196,151	,490	,624	,858
27 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	61,819	201,298	,290	,305	,865

Con el objetivo de detectar las dimensiones subyacentes a la escala se realizó un análisis factorial exploratorio con estadísticos de solución inicial, por el método de componentes principales de la escala y con rotación varimax resultando en 3 factores como se detallan a continuación. La prueba de KMO (Tabla 19) resultó en .768 y la prueba de Bartlett significativa  $<.05$ , esto demuestra que hay altas correlaciones parciales así como también un rechazo a la hipótesis nula de no correlación en la matriz. En las tablas 20 y 21, nos muestran que el análisis factorial exploratorio arrojó 5 factores que explican el 63.7% de la varianza total explicada. De esta manera se pueden clasificar cinco factores, describiéndolos como:

1) Soporte familiar; a) -22- Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad, b) -21- Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad, c) -16- Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad, d) -12- Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa, e) -19- Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad, f) -1- Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas, g) -14- Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa y h) -2- Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades ( $\alpha$  de Cronbach de .85).

2) Soporte de padres; a) -7- Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enfermedad, b) -10- Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad, c) -18- Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad, d) -3- Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad, e) -4- Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad y f) -20- Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad ( $\alpha$  de Cronbach de .87).

3) Soporte de pareja o esposo(a); a) -25- Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad, b) -24- Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad y c) -26- Cuento con personas que se preocupan de mis problemas ( $\alpha$  de Cronbach de .75).

4) Soporte del médico; a) -6- Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad y b) -27- Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad ( $\alpha$  de Cronbach de .57).

5) Soporte de amistades y otras personas; a) -5- Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad y b) -8- Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento ( $\alpha$  de Cronbach de .42).

Tabla 38

**Prueba de Bartlett y KMO**

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de Adecuación de la muestra		,768
Prueba de Bartlett	Approx. Chi-Cuadrada	986,579
	Grados de libertad	210
	Sig.	,000

Tabla 39

**Total de Varianza Explicada**

Componentes	Valores propios			Extracción Suma de cuadrados			Rotación Suma de cuadrados		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	5,853	27,870	27,870	5,853	27,870	27,870	4,225	20,119	20,119
2	3,100	14,763	42,632	3,100	14,763	42,632	3,903	18,585	38,704
3	1,819	8,664	51,296	1,819	8,664	51,296	2,187	10,416	49,120
4	1,407	6,700	57,997	1,407	6,700	57,997	1,737	8,269	57,389
5	1,202	5,723	63,720	1,202	5,723	63,720	1,329	6,330	63,720

Tabla 40

**Componentes de la Matriz Rotada**

	Componentes				
	1	2	3	4	5
22 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	,826				
21 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	,780				
16 Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	,768				
12 Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	,680				
19 Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	,643				
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	,612		,431		
14 Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	,553				
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	,550				
7 Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enfermedad		,837			
10 Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad		,819			
18 Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad		,790			
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad		,767			
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad		,742			
20 Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad		,676			
25 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad			,812		
24 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad			,796		
26 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	,477		,683		

6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad				,786	
27 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad				,698	
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad					,651
8 Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento				,548	,572

### Escala de sucesos de vida

La escala de sucesos de vida consta de 29 reactivos con opción de respuesta tipo Likert, en donde se espera medir apartados de sucesos relacionados a enfermedad, muerte, relaciones conflictivas y problemas económicos o del trabajo. Se puede observar en la Tabla 22, que del total de la muestra (100), se consideraron 71 participantes representando el mismo porcentaje. A partir de los análisis se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .84, eliminando los siguientes reactivos (1,2,3,4,6,7,11,13,17,18,20,21,24,25 y 27), finalizando con 14 reactivos (ver Tabla 23), que se puede considerar, de acuerdo a los criterios del análisis como promedio, indicando que la prueba tiene las propiedades para ser considerada como confiable.

Tabla 41

#### Resumen de Procesamiento de Casos

		N	%
Casos	Válidos	71	71,0
	Excluidos	29	29,0
	Total	100	100,0

Tabla 42

#### Estadísticas de Confiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basado en reactivos estandarizados	No. de Reactivos
,841	,841	14

En la tabla 24, se puede observar las medias de puntuación de los reactivos, en la Tabla 25, se puede observar que cada reactivo tiene una aportación a la confiabilidad muy similar proporcionalmente hablando (puntaje oscila entre .82 y .84) a la confiabilidad del instrumento.

Tabla 43

#### Estadísticas de Reactivo

	Media	D.E.	N
26 Ruptura de noviazgo o relación similar	1,31	,935	71
22 Abuso u ofensa sexual	1,10	,511	71
10 Abandono familiar	1,38	1,100	71

15 Hospitalización de algún miembro de la familia	1,76	1,336	71
16 Enfermedad de un miembro de la familia	2,25	1,556	71
28 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	1,73	1,276	71
23 Muerte de un amigo íntimo	1,48	1,067	71
29 Muerte de pareja y/o esposo(a)	1,52	1,319	71
9 Divorcio o separación	1,38	1,047	71
5 Discusión o problemas con amigos	1,25	,648	71
12 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	1,38	,962	71
19 Dificultades en su actividad sexual	1,69	1,141	71
8 Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	1,41	,935	71
14 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	1,45	,953	71

Tabla 44

**Estadísticas Totales de los Reactivos**

	Media de la Escala si el reactivo fuera eliminado	Varianza de la Escala si el reactivo fuera eliminado	Reactivo corregido y Correlación total	Correlación del múltiple cuadrado	Alfa de Cronbach si el reactivo fuera eliminado
26 Ruptura de noviazgo o relación similar	19,79	66,683	,531	,718	,828
22 Abuso u ofensa sexual	20,00	72,743	,305	,677	,840
10 Abandono familiar	19,72	65,177	,522	,548	,828
15 Hospitalización de algún miembro de la familia	19,34	61,827	,574	,583	,824
16 Enfermedad de un miembro de la familia	18,85	60,361	,533	,484	,829
28 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	19,37	61,464	,628	,621	,820
23 Muerte de un amigo íntimo	19,62	67,696	,389	,315	,836
29 Muerte de pareja y/o esposo(a)	19,58	63,905	,475	,497	,832
9 Divorcio o separación	19,72	62,748	,712	,778	,816
5 Discusión o problemas con amigos	19,85	71,019	,386	,458	,837

12 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	19,72	65,834	,571	,560	,826
19 Dificultades en su actividad sexual	19,41	63,674	,587	,566	,823
8 Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	19,69	70,645	,264	,442	,842
14 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	19,65	70,746	,250	,367	,843

Con el objetivo de detectar las dimensiones subyacentes a la escala se realizó un análisis factorial exploratorio con estadísticos de solución inicial, por el método de componentes principales de la escala y con rotación varimax resultando en cuatro factores como se detallan a continuación. La prueba de KMO (Tabla 26) resultó en .728 y la prueba de Bartlett significativa  $<.05$ , esto demuestra que hay altas correlaciones parciales así como también un rechazo a la hipótesis nula de no correlación en la matriz. En las tablas 27 y 28, nos muestran que el análisis factorial exploratorio arrojó 4 factores que explican el 61.6% de la varianza total explicada. De esta manera se pueden clasificar cuatro factores, describiéndolos como:

1) Rupturas y problemáticas en relación de pareja; a) -26- Ruptura de noviazgo o relación similar, b) -22- Abuso u ofensa sexual, c) -10- Abandono familiar y d) -28- Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja ( $\alpha$  de Cronbach de .69).

2) Enfermedad, separación y/o muerte en pareja y familia; a) -15- Hospitalización de algún miembro de la familia, b) -16- Enfermedad de un miembro de la familia, c) -23- Muerte de un amigo íntimo, d) -29- Muerte de pareja y/o esposo(a) y e) -9- Divorcio o separación ( $\alpha$  de Cronbach de .75).

3) Dificultades y problemáticas con gente cercana; a) -5- Discusión o problemas con amigos, b) -12- Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa y c) -19- Dificultades en su actividad sexual ( $\alpha$  de Cronbach de .72).

4) Problemáticas relacionadas al trabajo; a) -8- Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual y b) -14- Conflictos con jefe o compañeros de trabajo ( $\alpha$  de Cronbach de .55).

Tabla 45

## Prueba de Bartlett y KMO

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de Adecuación de la muestra		,728
Prueba de Bartlett	Approx. Chi-Cuadrada	329,781
	Grados de libertad	91
	Sig.	,000



Tabla 46

**Total de Varianza Explicada**

Componentes	Valores propios			Extracción Suma de cuadrados			Rotación Suma de cuadrados		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	4,224	30,169	30,169	4,224	30,169	30,169	2,617	18,696	18,696
2	1,686	12,044	42,213	1,686	12,044	42,213	2,549	18,209	36,905
3	1,410	10,072	52,285	1,410	10,072	52,285	1,950	13,927	50,832
4	1,309	9,347	61,632	1,309	9,347	61,632	1,512	10,799	61,632

Tabla 47

**Componentes de la Matriz Rotada**

	Componentes			
	1	2	3	4
26 Ruptura de noviazgo o relación similar	<b>,772</b>			
22 Abuso u ofensa sexual	<b>,743</b>			
10 Abandono familiar	<b>,661</b>			
28 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	<b>,606</b>	,487		
15 Hospitalización de algún miembro de la familia		<b>,845</b>		
16 Enfermedad de un miembro de la familia		<b>,704</b>		
23 Muerte de un amigo íntimo		<b>,574</b>		
29 Muerte de pareja y/o esposo(a)		<b>,546</b>		
9 Divorcio o separación	,513	<b>,542</b>		
5 Discusión o problemas con amigos			<b>,808</b>	
12 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa			<b>,747</b>	
19 Dificultades en su actividad sexual			<b>,612</b>	
8 Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual				<b>,835</b>
14 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo				<b>,687</b>

**Conclusiones**

Por medio del estudio realizado, podemos concluir mediante los análisis estadísticos detallados de cada una de las subescalas de la "Batería de evaluación psicosocial del suceso de enfermedad crónica"; refiriéndonos a las subescalas de emociones, afrontamiento, soporte social y sucesos de vida, que cuentan con indicadores adecuados de confiabilidad (>.70), con los cuales podemos sugerir posteriores aplicaciones y evaluaciones de la misma, para seguir afinando dichas propiedades. Asimismo consideramos que los datos en sí obtenidos, resultado de la evaluación en enfermos crónicos nos otorgan bases para deducir diversos perfiles de comportamiento asociados al padecimiento o padecimientos que han sido evaluados.

## Capítulo V

## Resultados

## Datos descriptivos generales

Se trabajó con una muestra que se compone de tres grupos de enfermedades, en donde se les aplicó un formato de entrevista que contiene escalas de variables psicosociales (ver Anexo 3). Un primer grupo en donde se agruparon todos los pacientes con algún tipo de neoplasia, un segundo grupo de pacientes que viven con VIH/SIDA, y un tercer grupo en donde se agruparon pacientes con Diabetes e Hipertensión o que padecen ambas.

La muestra total se compone de 118 pacientes con neoplasias, 121 pacientes con VIH/SIDA y 116 pacientes en el grupo de Diabetes e Hipertensión, teniendo como total 355 participantes.

Tabla 48

Diagnósticos agrupados			
N	Válidos	Perdidos	
			355
			0

Neoplasias	N	Válidos	118
		Perdidos	0
vih/sida	N	Válidos	121
		Perdidos	0
diabetes e hipertensión	N	Válidos	116
		Perdidos	0

Tabla 49

diagnósticos agrupados			Diagnósticos			
			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
neoplasias	Válidos	cáncer de mama	51	43,2	43,2	43,2
		cáncer de riñón	1	,8	,8	44,1
		cáncer testículo	5	4,2	4,2	48,3
		Meningiomas	1	,8	,8	49,2
		Leucemia	2	1,7	1,7	50,8
		cáncer cervicouterino	18	15,3	15,3	66,1
		cáncer de pulmón	6	5,1	5,1	71,2
		cáncer de tiroides	1	,8	,8	72,0
		cáncer de estómago	4	3,4	3,4	75,4
		cáncer de colon	4	3,4	3,4	78,8
		cáncer de próstata	3	2,5	2,5	81,4
		cáncer de piel	1	,8	,8	82,2
		cáncer de páncreas	3	2,5	2,5	84,7
		cáncer de hígado	4	3,4	3,4	88,1

		cáncer en ganglio	3	2,5	2,5	90,7
		cáncer de mandíbula	2	1,7	1,7	92,4
		cáncer de garganta	1	,8	,8	93,2
		cáncer de hueso	3	2,5	2,5	95,8
		cáncer en lengua	1	,8	,8	96,6
		cáncer de esófago	1	,8	,8	97,5
		cáncer en nariz	1	,8	,8	98,3
		cáncer ovárico	2	1,7	1,7	100,0
		Total	118	100,0	100,0	
vih/sida	Válidos	vih/sida	121	100,0	100,0	100,0
diabetes e hipertensión	Válidos	Diabetes	73	62,9	62,9	62,9
		Hipertensión	35	30,2	30,2	93,1
		hipertensión y diabetes	8	6,9	6,9	100,0
		Total	116	100,0	100,0	

En cuanto a la distribución por sexo, se tuvieron en la muestra 27 hombres y 91 mujeres para el grupo de Neoplasias, 96 hombres y 25 mujeres para el grupo de VIH/SIDA, y 34 hombres y 82 mujeres para el grupo de Diabetes e Hipertensión.

Tabla 50

			Sexo			
diagnósticos agrupados			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Neoplasias	Válidos	hombre	27	22,9	22,9	22,9
		mujer	91	77,1	77,1	100,0
		Total	118	100,0	100,0	
vih/sida	Válidos	hombre	96	79,3	79,3	79,3
		mujer	25	20,7	20,7	100,0
		Total	121	100,0	100,0	
diabetes e hipertensión	Válidos	hombre	34	29,3	29,3	29,3
		mujer	82	70,7	70,7	100,0
		Total	116	100,0	100,0	

Se consideró para los datos de la muestra el tiempo transcurrido con el diagnóstico al momento de la evaluación, se encontró un promedio de 28.3 (2 años 2 meses) meses con una desviación de 48.5 (4 años 5 meses) para el grupo de Neoplasias, 67.1 meses con una desviación de 53.4 meses para el grupo de VIH/SIDA, y un promedio de 165.6 meses con una desviación de 110.4 meses para el grupo de Diabetes e Hipertensión.

En relación a los datos descriptivos de la muestra, para el grupo de neoplasias se tuvo un promedio de edad de 46 años con una desviación de 13.2 años, el grupo de VIH/SIDA tuvo una edad promedio de 39.2 años con una desviación de 10.1, y finalmente el grupo de Diabetes e Hipertensión se encontró un promedio de edad de 59 años con una desviación de 13.2.

En cuanto a las personas que viven en casa con los pacientes, se encontró un promedio de 3.2 personas para el grupo de Neoplasias y VIH/SIDA, y un promedio de 2.8 personas para el grupo de Diabetes e Hipertensión. Mientras que en cuanto al número de hijos se encontró un promedio de 2.2, .9 y 3.3 hijos respectivamente en cada grupo.

Tabla 51

## Estadísticos descriptivos

diagnósticos agrupados		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Neoplasias	edad	117	18	83	46,07	13,231
	personas que viven en casa	117	0	12	3,21	2,041
	número de hijos	113	0	9	2,27	1,818
	meses con el diagnóstico (hasta diciembre 2011)	117	3	408	28,33	48,509
	N válido (según lista)	110				
vih/sida	edad	121	19	72	39,27	10,197
	personas que viven en casa	121	0	34	3,26	3,535
	número de hijos	121	0	6	,91	1,310
	meses con el diagnóstico (hasta diciembre 2011)	121	11	322	67,12	53,477
	N válido (según lista)	121				
diabetes e hipertensión	edad	115	18	92	59,05	13,259
	personas que viven en casa	113	0	8	2,86	1,721
	número de hijos	113	0	13	3,34	2,714
	meses con el diagnóstico (hasta diciembre 2011)	111	16	528	165,64	110,466
	N válido (según lista)	107				

En cuanto al estado civil los puntajes más altos corresponden a los casados para los grupos de Neoplasias y Diabetes e Hipertensión, mientras que el puntaje más alto en el grupo de VIH/SIDA corresponde a los solteros.

Tabla 52

## Estado civil

diagnósticos agrupados			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
neoplasias	Válidos	soltero(a)	25	21,2	21,2	21,2
		casado(a)	66	55,9	55,9	77,1
		viudo(a)	6	5,1	5,1	82,2
		separado(a)	7	5,9	5,9	88,1
		divorciado(a)	4	3,4	3,4	91,5

		unión libre	10	8,5	8,5	100,0
		Total	118	100,0	100,0	
vih/sida	Válidos	soltero(a)	65	53,7	53,7	53,7
		casado(a)	20	16,5	16,5	70,2
		viudo(a)	8	6,6	6,6	76,9
		separado(a)	6	5,0	5,0	81,8
		divorciado(a)	4	3,3	3,3	85,1
		unión libre	18	14,9	14,9	100,0
		Total	121	100,0	100,0	
diabetes e hipertensión	Válidos	soltero(a)	10	8,6	8,8	8,8
		casado(a)	80	69,0	70,2	78,9
		viudo(a)	19	16,4	16,7	95,6
		divorciado(a)	4	3,4	3,5	99,1
		unión libre	1	,9	,9	100,0
		Total	114	98,3	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	1,7		
	Total		116	100,0		

En cuanto al nivel de estudios de los participantes los puntajes más altos corresponden al nivel de secundaria en los grupos de Neoplasias y VIH/SIDA, mientras que para el grupo de Diabetes e Hipertensión corresponde el de universidad.

Tabla 53

## Estudios

diagnósticos agrupados			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
neoplasias	Válidos	sin estudios	9	7,6	7,6	7,6
		primaria	29	24,6	24,6	32,2
		secundaria	36	30,5	30,5	62,7
		preparatoria	11	9,3	9,3	72,0
		técnico	12	10,2	10,2	82,2
		universidad	19	16,1	16,1	98,3
		posgrado	2	1,7	1,7	100,0
		Total	118	100,0	100,0	
vih/sida	Válidos	sin estudios	10	8,3	8,3	8,3
		primaria	26	21,5	21,5	29,8
		secundaria	34	28,1	28,1	57,9
		preparatoria	26	21,5	21,5	79,3
		técnico	10	8,3	8,3	87,6
		universidad	14	11,6	11,6	99,2
		posgrado	1	,8	,8	100,0
		Total	121	100,0	100,0	
diabetes e hipertensión	Válidos	sin estudios	10	8,6	8,7	8,7
		primaria	20	17,2	17,4	26,1
		secundaria	16	13,8	13,9	40,0
		preparatoria	6	5,2	5,2	45,2

	técnico	24	20,7	20,9	66,1
	universidad	25	21,6	21,7	87,8
	posgrado	14	12,1	12,2	100,0
	Total	115	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,9		
Total		116	100,0		

#### Análisis descriptivos por escala y diagnóstico, percepción actual del diagnóstico inicial

A continuación se describen los puntajes más altos y más bajos de cada escala y por diagnóstico, de acuerdo al formato de la batería de evaluación psicosocial del suceso de enfermedad crónica (ver Anexo 3), evaluación correspondientes al periodo de la percepción actual durante el diagnóstico inicial.

#### Neoplasias

En cuanto a la escala de creencias y conceptualización, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a que afecta la familia, que está relacionada a la muerte y que es algo grave. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a que es un castigo, que es de mala suerte y que es algo positivo y de beneficio.

Tabla 54

#### Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
7 que afecta a la familia	110	3,91	1,324
6 relacionado a la muerte	111	3,82	1,422
5 grave	110	3,66	1,587
3 que es una señal importante de la vida	111	3,41	1,564
4 que afecta emocionalmente	109	3,41	1,442
11 que afecta el trabajo	109	2,96	1,742
14 que depende de mí	111	2,88	1,772
2 que incapacita en las actividades cotidianas	110	2,75	1,582
8 como algo natural	110	2,55	1,738
10 que genera problemas en la vida social	110	2,38	1,562
13 de origen genético	110	2,32	1,771
9 como un castigo	111	2,14	1,417
12 de mala suerte	111	1,95	1,432
1 positivo y de beneficio	111	1,89	1,442
N válido (según lista)	103		

En cuanto a la escala de emociones, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a emociones como esperanza, tristeza y miedo. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a emociones como vergüenza, culpa y alegría.

Tabla 55

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
1 esperanza	118	3,86	1,496
2 tristeza	118	3,69	1,447
4 miedo	118	3,64	1,551
5 confianza	118	3,43	1,539
11 ánimo	117	3,36	1,611
7 optimismo	118	3,31	1,637
8 sufrimiento	118	3,25	1,602
9 ilusión	118	3,24	1,718
17 seguridad	118	3,19	1,617
18 ansiedad	116	3,08	1,594
20 desesperación	117	3,03	1,684
14 resignación	118	2,87	1,631
13 tranquilidad	117	2,80	1,609
19 calma	118	2,71	1,525
15 alivio	118	2,69	1,651
12 enojo/coraje	118	2,60	1,720
10 soledad	118	2,42	1,656
16 vergüenza	118	2,00	1,456
6 culpa	118	1,93	1,363
3 alegría	118	1,78	1,366
N válido (según lista)	113		

En cuanto a la escala de afrontamiento, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a Buscar atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos, cuidar hábitos de salud, e informarse acerca de la enfermedad y luchar contra ella. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a hacer un gran esfuerzo para olvidarse que se está enfermo, trabajar mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad, e intentar no hablar que no me hablen de la enfermedad.

Tabla 56

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
3 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	118	4,37	1,182
11 A partir de mi enfermedad cuido mis hábitos de salud	118	4,21	1,197
1 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	118	3,80	1,522
7 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	118	3,70	1,565

4 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	116	3,64	1,568
10 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	108	3,44	1,747
9 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	118	3,42	1,464
12 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	118	3,36	1,647
5 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	117	3,21	1,700
6 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	118	3,20	1,641
2 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	117	3,05	1,525
8 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	118	2,75	1,585
13 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	118	1,97	1,459
N válido (según lista)	107		

En cuanto a la escala de soporte social, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a contar con personas que se preocupan de mis problemas, recibir apoyo del médico en cuanto a tratamientos y trámites, y sentir que cuento con personas que se preocupan de mis problemas. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian al apoyo general, económico o de información y emocional del padre.

Tabla 57

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
20 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	117	4,37	1,072
6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	118	4,27	1,137
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	118	4,26	1,194
21 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	114	3,96	1,379
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	118	3,87	1,424
14 Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	117	3,87	1,489
16 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	114	3,82	1,416
17 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	117	3,79	1,344
11 Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	117	3,69	1,562
12 Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	116	3,69	1,477



19 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	108	3,66	1,725
18 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	109	3,61	1,667
8 Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	116	3,59	1,521
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	118	3,54	1,572
13 Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	86	3,38	1,730
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	86	3,16	1,795
10 Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	118	3,06	1,560
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	86	2,93	1,714
9 Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	78	2,64	1,713
7 Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enferme	78	2,64	1,675
15 Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	80	2,53	1,691
N válido (según lista)	61		

En cuanto a la escala de sucesos de vida, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a dificultades en la actividad sexual, cambio de horario o condiciones de trabajo, y enfermedad de un miembro de la familia. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a muerte de pareja, conflictos con jefe o compañeros de trabajo y abuso sexual.

Tabla 58

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
9 Dificultades en su actividad sexual	115	2,03	1,553
2 Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	116	1,93	1,514
8 Enfermedad de un miembro de la familia	118	1,75	1,433
11 Muerte de un amigo íntimo	118	1,53	1,312
13 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	116	1,49	1,138
7 Hospitalización de algún miembro de la familia	117	1,36	1,029
12 Ruptura de noviazgo o relación similar	115	1,30	1,000
5 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	118	1,25	,753
1 Discusión o problemas con amigos	118	1,19	,613
3 Divorcio o separación	115	1,13	,669
4 Abandono familiar	118	1,11	,638
14 Muerte de pareja y/o esposo(a)	115	1,10	,640
6 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	113	1,04	,229
10 Abuso u ofensa sexual	117	1,03	,370
N válido (según lista)	108		

## VIH/SIDA

En cuanto a la escala de creencias y conceptualización, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a que es algo grave, que se relaciona a la muerte y que afecta a la familia. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a que es algo natural, que es positivo y de beneficio y que es de origen genético.

Tabla 59

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
5 grave	112	4,15	1,416
6 relacionado a la muerte	112	4,14	1,463
7 que afecta a la familia	112	4,03	1,423
4 que afecta emocionalmente	112	3,76	1,472
14 que depende de mí	112	3,48	1,786
3 que es una señal importante de la vida	112	3,38	1,802
10 que genera problemas en la vida social	112	3,21	1,752
11 que afecta el trabajo	111	3,18	1,769
2 que incapacita en las actividades cotidianas	112	2,54	1,708
9 como un castigo	112	2,19	1,674
12 de mala suerte	112	2,06	1,607
8 como algo natural	111	2,05	1,589
1 positivo y de beneficio	112	1,41	,991
13 de origen genético	112	1,12	,549
N válido (según lista)	110		

En cuanto a la escala de emociones, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a emociones como tristeza, miedo y culpa. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a ilusión, alivio y alegría.

Tabla 60

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
2 tristeza	121	4,02	1,372
4 miedo	121	3,84	1,483
6 culpa	121	3,76	1,673
14 resignación	121	3,69	1,575
8 sufrimiento	121	3,64	1,628
20 desesperación	121	3,46	1,732
18 ansiedad	121	3,40	1,706
16 vergüenza	120	3,34	1,713
12 enojo/coraje	121	3,22	1,758
5 confianza	121	3,19	1,614

1 esperanza	121	3,10	1,640
10 soledad	121	3,08	1,796
11 ánimo	121	3,02	1,623
7 optimismo	121	2,92	1,646
17 seguridad	121	2,84	1,623
13 tranquilidad	121	2,58	1,493
19 calma	121	2,57	1,521
9 ilusión	121	2,56	1,653
15 alivio	121	2,47	1,618
3 alegría	120	1,69	1,172
N válido (según lista)	119		

En cuanto a la escala de afrontamiento, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a cuidar hábitos de salud, buscar atención médica y seguir los tratamientos, e informarse acerca de la enfermedad. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a buscar apoyo emocional en la pareja, buscar apoyo emocional en familiares que no viven en casa, y hablar con mis amigos de cómo me siento.

Tabla 61

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
11 A partir de mi enfermedad cuido mis hábitos de salud	121	4,37	1,170
3 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	120	4,36	1,295
1 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	121	4,07	1,409
9 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	120	3,70	1,570
2 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	121	3,46	1,723
7 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	121	3,20	1,768
8 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	120	3,17	1,736
5 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	121	3,15	1,773
4 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	120	3,12	1,862
13 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	121	3,06	1,699
10 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	111	2,95	1,909
6 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	119	2,23	1,705
12 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	121	2,17	1,572
N válido (según lista)	107		

En cuanto a la escala de soporte social, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a apoyo del médico en cuanto a tratamientos y trámites, apoyo emocional del médico y a sentir que cuento con personas que se preocupan de mis problemas. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a obtener apoyo de amistades, de familiares que no viven en casa y económico del padre.

Tabla 62

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	121	4,53	1,133
21 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	121	4,07	1,484
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	121	4,07	1,413
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	121	3,75	1,524
20 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	121	3,61	1,588
13 Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	101	3,38	1,933
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	104	3,36	1,910
19 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	113	3,08	1,923
8 Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	121	3,05	1,601
11 Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	118	2,84	1,812
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	105	2,79	1,874
16 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	114	2,76	1,801
18 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	111	2,74	1,847
9 Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	92	2,72	1,952
7 Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enferme	92	2,67	1,916
14 Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	117	2,65	1,792
12 Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	116	2,62	1,713
10 Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	118	2,45	1,708
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	119	2,45	1,784
17 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	114	2,44	1,688

15 Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	91	2,40	1,837
N válido (según lista)	79		

En cuanto a la escala de sucesos de vida, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a la muerte de algún amigo íntimo, enfermedad de algún miembro de la familia, y cambios de horario o de condiciones de trabajo. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a muerte de pareja, abandono familiar, y abuso sexual.

Tabla 63

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
11 Muerte de un amigo íntimo	121	2,22	1,796
8 Enfermedad de un miembro de la familia	121	2,14	1,562
2 Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	118	2,08	1,570
13 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	118	1,98	1,468
3 Divorcio o separación	117	1,82	1,501
9 Dificultades en su actividad sexual	120	1,75	1,380
7 Hospitalización de algún miembro de la familia	121	1,71	1,274
5 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	121	1,67	1,287
12 Ruptura de noviazgo o relación similar	120	1,63	1,372
1 Discusión o problemas con amigos	121	1,54	1,080
6 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	118	1,51	1,100
14 Muerte de pareja y/o esposo(a)	118	1,51	1,293
4 Abandono familiar	121	1,50	1,219
10 Abuso u ofensa sexual	121	1,16	,695
N válido (según lista)	111		

### Diabetes e Hipertensión

En cuanto a la escala de creencias y conceptualización, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a que es de origen genético, que depende de mí, y que es algo grave. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a que es algo positivo y de beneficio, de mala suerte, y como un castigo.

Tabla 64

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
13 de origen genético	64	3,39	1,733
14 que depende de mí	65	3,00	1,723

5 grave	65	2,97	1,704
3 que es una señal importante de la vida	65	2,91	1,684
8 como algo natural	65	2,85	1,707
4 que afecta emocionalmente	65	2,77	1,599
6 relacionado a la muerte	65	2,69	1,658
7 que afecta a la familia	65	2,48	1,678
2 que incapacita en las actividades cotidianas	65	1,83	1,306
11 que afecta el trabajo	63	1,68	1,229
10 que genera problemas en la vida social	65	1,60	1,101
1 positivo y de beneficio	65	1,38	1,011
12 de mala suerte	64	1,27	,895
9 como un castigo	64	1,25	,735
N válido (según lista)	61		

En cuanto a la escala de emociones, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a emociones como resignación, esperanza y confianza. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a culpa, alegría y vergüenza.

Tabla 65

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
14 resignación	116	3,43	1,440
1 esperanza	116	3,22	1,487
5 confianza	116	3,15	1,403
13 tranquilidad	115	2,97	1,484
11 ánimo	116	2,93	1,485
2 tristeza	116	2,91	1,555
19 calma	115	2,90	1,483
17 seguridad	115	2,89	1,509
7 optimismo	116	2,73	1,482
4 miedo	113	2,73	1,537
18 ansiedad	116	2,55	1,546
8 sufrimiento	115	2,50	1,580
20 desesperación	116	2,41	1,642
12 enojo/coraje	115	2,26	1,573
9 ilusión	116	2,18	1,472
15 alivio	115	2,15	1,446
10 soledad	116	1,98	1,438
6 culpa	116	1,71	1,202
3 alegría	116	1,51	,918
16 vergüenza	116	1,25	,721

N válido (según lista)	110		
------------------------	-----	--	--

En cuanto a la escala de afrontamiento, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a buscar atención médica y seguir los tratamientos, cuidar hábitos de salud, e intentar informarse acerca de la enfermedad. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a trabajar mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad, buscar apoyo emocional en familiares que no viven en casa, e intentar no hablar y que no me hablen de la enfermedad.

Tabla 66

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
3 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	116	4,07	1,284
11 A partir de mi enfermedad cuidó mis hábitos de salud	114	3,88	1,325
1 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	116	3,47	1,552
10 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	105	3,34	1,737
7 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	115	2,98	1,777
5 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	115	2,93	1,658
4 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	115	2,91	1,668
9 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	116	2,91	1,663
12 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	115	2,63	1,570
2 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	116	2,47	1,585
8 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	116	2,09	1,430
6 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	115	1,87	1,386
13 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	115	1,81	1,213
N válido (según lista)	101		

En cuanto a la escala de soporte social, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a recibir apoyo del médico en cuanto a tratamientos y trámites, sentir y contar con personas que se preocupan de mis problemas. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a tener apoyo económico o de información de mi madre, padre, y de familiares que no viven en casa.

Tabla 67

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	115	4,34	1,154
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	116	4,14	1,257
20 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	115	4,03	1,414
19 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	103	3,90	1,624
21 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	116	3,61	1,502
18 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	103	3,44	1,791
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	116	3,22	1,610
11 Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	115	2,95	1,741
14 Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	108	2,94	1,622
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	84	2,87	1,720
13 Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	84	2,87	1,789
8 Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	114	2,86	1,504
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	113	2,86	1,597
16 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	107	2,79	1,612
17 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	110	2,76	1,573
12 Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	114	2,41	1,556
7 Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enferme	72	2,17	1,529
9 Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	71	2,14	1,437
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	85	1,98	1,496
15 Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	71	1,80	1,316
10 Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	114	1,77	1,248
N válido (según lista)	57		

En cuanto a la escala de sucesos de vida, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a enfermedad de algún miembro de la familia, hospitalización de algún miembro de la familia, y discusiones fuertes de pareja. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a divorcio o separación, abandono familiar y abuso sexual.



Tabla 68

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
8 Enfermedad de un miembro de la familia	114	2,25	1,562
7 Hospitalización de algún miembro de la familia	114	1,90	1,343
13 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	110	1,76	1,248
11 Muerte de un amigo íntimo	113	1,72	1,385
2 Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	112	1,62	1,254
9 Dificultades en su actividad sexual	109	1,56	1,126
6 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	111	1,50	1,052
1 Discusión o problemas con amigos	116	1,42	,934
5 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	116	1,37	,840
12 Ruptura de noviazgo o relación similar	111	1,29	,967
14 Muerte de pareja y/o esposo(a)	110	1,26	,905
3 Divorcio o separación	110	1,22	,794
4 Abandono familiar	115	1,17	,576
10 Abuso u ofensa sexual	114	1,12	,551
N válido (según lista)	99		

Análisis descriptivos de la Muestra global de enfermedades crónicas (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión) sobre percepción actual del diagnóstico inicial

A continuación se describen los datos descriptivos por escala, referente a la percepción sobre el momento del diagnóstico inicial, tomando en cuenta la muestra total de los tres grupos de enfermedades.

En cuanto a la escala de creencias y conceptualización, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a que la enfermedad es algo grave, relacionada a la muerte, y que afecta a la familia. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a que la enfermedad sea un castigo, sea por mala suerte, y algo positivo y de beneficio.

Tabla 69

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
5 grave	287	3,70	1,609
6 relacionado a la muerte	288	3,69	1,590
7 que afecta a la familia	287	3,63	1,574

4 que afecta emocionalmente	286	3,40	1,532
3 que es una señal importante de la vida	288	3,29	1,693
14 que depende de mí	288	3,14	1,782
11 que afecta el trabajo	283	2,76	1,750
10 que genera problemas en la vida social	287	2,53	1,668
2 que incapacita en las actividades cotidianas	287	2,46	1,610
8 como algo natural	286	2,42	1,698
13 de origen genético	286	2,09	1,659
9 como un castigo	287	1,96	1,457
12 de mala suerte	287	1,84	1,437
1 positivo y de beneficio	288	1,59	1,209
N válido (según lista)	274		

En cuanto a la escala de emociones, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a emociones como tristeza, miedo, y esperanza. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a emociones como alivio, vergüenza, y alegría.

Tabla 70

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
2 tristeza	355	3,55	1,528
4 miedo	352	3,41	1,594
1 esperanza	355	3,39	1,576
14 resignación	355	3,34	1,585
5 confianza	355	3,26	1,524
8 sufrimiento	354	3,14	1,667
11 ánimo	354	3,10	1,581
18 ansiedad	353	3,02	1,651
7 optimismo	355	2,99	1,605
20 desesperación	354	2,97	1,738
17 seguridad	354	2,97	1,588
13 tranquilidad	353	2,78	1,534
19 calma	354	2,72	1,512
12 enojo/coraje	354	2,70	1,729
9 ilusión	355	2,66	1,672
10 soledad	355	2,50	1,696
6 culpa	355	2,48	1,700
15 alivio	354	2,44	1,587
16 vergüenza	354	2,21	1,617
3 alegría	354	1,66	1,170
N válido (según lista)	342		

En cuanto a la escala de afrontamiento, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a buscar atención médica y seguir los tratamientos, cuidar hábitos de salud, e intentar informarse acerca de la enfermedad. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a trabajar mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad, buscar apoyo emocional en familiares que no viven en casa, e intentar no hablar y que no me hablen de la enfermedad.

Tabla 71

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
3 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	354	4,27	1,259
11 A partir de mi enfermedad cuidó mis hábitos de salud	353	4,16	1,244
1 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	355	3,78	1,511
9 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	354	3,34	1,597
7 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	354	3,30	1,728
10 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	324	3,24	1,807
4 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	351	3,22	1,728
5 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	353	3,10	1,711
2 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	354	3,00	1,661
12 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	354	2,71	1,668
8 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	354	2,68	1,647
6 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	352	2,44	1,678
13 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	354	2,29	1,573
N válido (según lista)	315		

En cuanto a la escala de soporte social, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a recibir apoyo del médico en cuanto a tratamientos, sentir y contar con personas que se preocupan de mis problemas. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a obtener apoyo emocional de mi padre, obtener ayuda económica o de información de familiares que no viven en casa, y obtener apoyo económico de mi padre.

Tabla 72

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	354	4,38	1,143
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	355	4,15	1,292
20 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	353	4,00	1,408
21 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	351	3,88	1,466
19 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	324	3,53	1,795
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	355	3,51	1,579
18 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	323	3,25	1,805
13 Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	271	3,22	1,835
8 Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	351	3,17	1,570
14 Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	342	3,16	1,718
11 Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	350	3,16	1,745
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	274	3,15	1,822
16 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	335	3,13	1,687
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	350	3,06	1,714
17 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	341	3,01	1,641
12 Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	346	2,91	1,677
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	276	2,58	1,757
9 Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	241	2,52	1,747
7 Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enferme	242	2,51	1,739
10 Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	350	2,43	1,604
15 Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	242	2,26	1,671
N válido (según lista)	197		

En cuanto a la escala de sucesos de vida, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a la enfermedad de algún miembro de la familia, cambio en horarios o condiciones de trabajo, y muerte de algún amigo íntimo. Por el contrario los puntajes más bajos que se

obtuvieron se asocian a muerte de pareja, abandono familiar, y abuso sexual.

Tabla 73

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
8 Enfermedad de un miembro de la familia	353	2,05	1,531
2 Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	346	1,88	1,463
11 Muerte de un amigo íntimo	352	1,83	1,542
9 Dificultades en su actividad sexual	344	1,78	1,377
13 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	344	1,75	1,306
7 Hospitalización de algún miembro de la familia	352	1,66	1,240
5 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	355	1,43	1,005
12 Ruptura de noviazgo o relación similar	346	1,41	1,141
3 Divorcio o separación	342	1,39	1,101
1 Discusión o problemas con amigos	355	1,38	,908
6 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	342	1,35	,915
14 Muerte de pareja y/o esposo(a)	343	1,29	,999
4 Abandono familiar	354	1,26	,881
10 Abuso u ofensa sexual	352	1,11	,558
N válido (según lista)	318		

Análisis descriptivos por escala y diagnóstico, percepción de la etapa actual del diagnóstico

A continuación se describen los puntajes más altos y más bajos de cada escala y por diagnóstico, correspondientes al periodo de la percepción de la etapa actual del diagnóstico.

#### Neoplasias

En cuanto a la escala de creencias y conceptualización, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a que es una señal importante de la vida, que afecta a la familia, y que es algo positivo y de beneficio. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a que genera problemas en la vida social, que es de mala suerte, y que es como un castigo.

Tabla 74

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
3 que es una señal importante de la vida	109	3,87	1,341
7 que afecta a la familia	111	3,07	1,594

1 positivo y de beneficio	110	2,92	1,569
14 que depende de mí	111	2,86	1,781
8 como algo natural	111	2,72	1,701
5 grave	110	2,48	1,658
4 que afecta emocionalmente	111	2,46	1,451
2 que incapacita en las actividades cotidianas	111	2,37	1,519
6 relacionado a la muerte	111	2,33	1,467
13 de origen genético	110	2,30	1,716
11 que afecta el trabajo	106	2,11	1,623
10 que genera problemas en la vida social	111	1,75	1,283
12 de mala suerte	111	1,51	1,111
9 como un castigo	111	1,39	,896
N válido (según lista)	102		

En cuanto a la escala de emociones, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a emociones como esperanza, seguridad, y confianza. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a culpa, soledad y vergüenza.

Tabla 75

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
1 esperanza	118	4,75	,653
17 seguridad	117	4,27	1,039
5 confianza	118	4,27	1,051
11 ánimo	118	4,24	1,068
7 optimismo	118	4,10	1,236
9 ilusión	118	4,09	1,288
13 tranquilidad	117	3,91	1,243
15 alivio	118	3,76	1,382
19 calma	118	3,60	1,372
3 alegría	118	3,44	1,488
14 resignación	117	2,79	1,613
4 miedo	118	2,17	1,354
8 sufrimiento	118	2,14	1,371
2 tristeza	118	2,05	1,211
18 ansiedad	118	2,05	1,319
20 desesperación	118	1,93	1,325
12 enojo/coraje	118	1,69	1,136
6 culpa	118	1,51	1,019
10 soledad	118	1,48	,949
16 vergüenza	118	1,32	,856

N válido (según lista)	115		
------------------------	-----	--	--

En cuanto a la escala de afrontamiento, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a buscar atención médica y seguir los tratamientos, cuidar hábitos de salud, e informarse acerca de la enfermedad. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a buscar apoyo emocional en familiares que no viven en casa, trabajar mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad, e intentar no hablar y que no me hablen de la enfermedad.

Tabla 76

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
3 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	118	4,62	,750
11 A partir de mi enfermedad cuido mis hábitos de salud	117	4,52	,887
1 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	118	4,26	1,187
4 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	117	4,00	1,414
7 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	118	3,94	1,416
12 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	118	3,70	1,481
9 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	118	3,52	1,407
10 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	107	3,50	1,701
5 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	117	3,44	1,642
2 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	117	3,34	1,510
6 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	118	3,28	1,595
8 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	115	2,78	1,456
13 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	118	2,01	1,435
N válido (según lista)	104		

En cuanto a la escala de soporte social, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a sentir que cuento con personas que se preocupan de mis problemas, recibir apoyo del médico en cuanto a tratamientos, y contar con personas que se preocupan de mis problemas. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a obtener apoyo general, económico y emocional de mi padre.

Tabla 77

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	118	4,49	,976
6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	117	4,39	,991
20 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	115	4,34	1,139
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	118	4,04	1,323
21 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	117	3,98	1,390
14 Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	115	3,98	1,414
8 Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	113	3,98	1,268
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	118	3,96	1,367
11 Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	117	3,92	1,445
16 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	115	3,87	1,466
19 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	106	3,77	1,635
12 Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	118	3,69	1,417
18 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	107	3,66	1,665
13 Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	84	3,63	1,634
17 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	117	3,60	1,486
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	84	3,55	1,675
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	84	3,23	1,689
10 Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	117	3,06	1,572
15 Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	75	2,92	1,730
7 Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enfermedad	76	2,91	1,706
9 Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	76	2,89	1,709
N válido (según lista)	58		

En cuanto a la escala de sucesos de vida, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a dificultades en la actividad sexual, cambio de horarios y condiciones de trabajo, y enfermedad de algún miembro de la familia. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a discusión o problemas con amistades, abuso sexual, y conflictos con jefe o compañeros de trabajo.



Tabla 78

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
9 Dificultades en su actividad sexual	116	2,00	1,583
2 Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	116	1,74	1,378
8 Enfermedad de un miembro de la familia	117	1,71	1,390
11 Muerte de un amigo íntimo	117	1,57	1,373
13 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	118	1,35	,909
7 Hospitalización de algún miembro de la familia	117	1,32	,988
3 Divorcio o separación	115	1,18	,779
14 Muerte de pareja y/o esposo(a)	117	1,14	,730
12 Ruptura de noviazgo o relación similar	117	1,13	,689
5 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	118	1,11	,429
4 Abandono familiar	117	1,09	,550
1 Discusión o problemas con amigos	118	1,07	,339
10 Abuso u ofensa sexual	117	1,05	,412
6 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	115	1,01	,093
N válido (según lista)	113		

## VIH/SIDA

En cuanto a la escala de creencias y conceptualización, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a que depende de mí, que es una señal importante de la vida, y que se relaciona con la muerte. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a que me dio por tener mala suerte, que incapacita en las actividades cotidianas, y que es de origen genético.

Tabla 79

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
14 que depende de mí	112	3,96	1,607
3 que es una señal importante de la vida	112	3,59	1,658

6 relacionado a la muerte	112	3,44	1,702
5 grave	112	3,38	1,756
7 que afecta a la familia	111	3,07	1,715
8 como algo natural	112	2,42	1,769
1 positivo y de beneficio	112	2,35	1,686
4 que afecta emocionalmente	112	2,31	1,483
10 que genera problemas en la vida social	112	2,17	1,500
11 que afecta el trabajo	108	2,02	1,498
9 como un castigo	112	1,68	1,254
12 de mala suerte	112	1,66	1,312
2 que incapacita en las actividades cotidianas	112	1,51	1,082
13 de origen genético	112	1,19	,811
N válido (según lista)	108		

En cuanto a la escala de emociones, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a emociones como esperanza, ánimo y confianza. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a enojo/coraje, desesperación, y soledad

Tabla 80

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
1 esperanza	121	4,36	1,238
11 ánimo	121	4,33	1,172
5 confianza	121	4,21	1,279
14 resignación	121	4,20	1,314
17 seguridad	121	4,17	1,293
9 ilusión	120	3,97	1,417
13 tranquilidad	121	3,96	1,319
19 calma	121	3,95	1,322
7 optimismo	121	3,85	1,412
15 alivio	121	3,71	1,562
3 alegría	120	3,26	1,569
6 culpa	121	2,97	1,746
16 vergüenza	121	2,55	1,592
4 miedo	121	2,54	1,549
18 ansiedad	119	2,45	1,522
2 tristeza	121	2,43	1,377
8 sufrimiento	120	2,41	1,458
12 enojo/coraje	121	2,38	1,577
20 desesperación	121	2,35	1,537
10 soledad	121	2,32	1,512
N válido (según lista)	116		

En cuanto a la escala de afrontamiento, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a buscar atención médica y seguir los tratamientos, intentar informarse acerca de mi enfermedad, y cuidar mis hábitos de salud. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a trabajar mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad, buscar apoyo emocional en familiares que no viven en casa, hablar con mis amigos de cómo me siento.

Tabla 81

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
3 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	121	4,88	,399
1 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	121	4,52	,967
11 A partir de mi enfermedad cuido mis hábitos de salud	121	4,49	1,017
2 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	121	3,64	1,668
9 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	120	3,36	1,679
10 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	110	3,33	1,818
7 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	121	3,28	1,776
4 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	116	3,19	1,813
5 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	121	3,02	1,720
13 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	121	2,95	1,601
8 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	119	2,88	1,627
6 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	118	2,29	1,654
12 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	120	2,20	1,521
N válido (según lista)	104		

En cuanto a la escala de soporte social, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a recibir apoyo del médico en cuanto a tratamientos, recibir apoyo emocional del médico, y sentir que cuento con personas que se preocupan de mis problemas. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a obtener apoyo económico de familiares que no viven en casa, obtener apoyo económico de mi padre, y obtener apoyo emocional de familiares que no viven en casa.

Tabla 82

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	121	4,77	,704
21 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	121	4,32	1,273
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	121	4,10	1,399
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	120	4,01	1,393
20 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	120	3,79	1,455
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	97	3,41	1,864
19 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	107	3,38	1,810
13 Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	99	3,24	1,847
8 Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	120	3,03	1,566
18 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	107	2,84	1,849
11 Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	116	2,83	1,771
14 Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	115	2,82	1,833
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	95	2,78	1,886
7 Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enferme	87	2,76	1,923
16 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	115	2,69	1,769
9 Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	87	2,64	1,874
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	116	2,62	1,728
12 Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	117	2,60	1,707
17 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	118	2,52	1,777
15 Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	88	2,31	1,764
10 Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	118	2,25	1,633
N válido (según lista)	70		

En cuanto a la escala de sucesos de vida, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a muerte de algún amigo íntimo, enfermedad de un miembro de la familia, y cambio de horarios o condiciones de trabajo. Por el contrario los puntajes más bajos que se

obtuvieron se asocian a conflictos con jefe o compañeros de trabajo, abuso sexual, y muerte de pareja.

Tabla 83

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
11 Muerte de un amigo íntimo	121	2,07	1,694
8 Enfermedad de un miembro de la familia	120	2,01	1,531
2 Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	119	1,72	1,241
13 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	118	1,72	1,131
9 Dificultades en su actividad sexual	120	1,67	1,311
7 Hospitalización de algún miembro de la familia	120	1,64	1,282
1 Discusión o problemas con amigos	121	1,51	1,017
5 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	121	1,45	,992
4 Abandono familiar	120	1,40	1,088
3 Divorcio o separación	116	1,38	1,132
12 Ruptura de noviazgo o relación similar	119	1,37	1,032
6 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	115	1,30	,725
10 Abuso u ofensa sexual	121	1,12	,551
14 Muerte de pareja y/o esposo(a)	118	1,08	,526
N válido (según lista)	112		

### Diabetes e Hipertensión

En cuanto a la escala de creencias y conceptualización, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a que depende de mí, que es de origen genético, y que es algo natural. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a que afecta el trabajo, que me dio por tener mala suerte, y que es como un castigo.

Tabla 84

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
14 que depende de mí	65	3,52	1,669
13 de origen genético	65	3,43	1,759
8 como algo natural	65	3,31	1,667
3 que es una señal importante de la vida	65	3,26	1,632
6 relacionado a la muerte	65	2,83	1,664
5 grave	65	2,54	1,668

7 que afecta a la familia	65	2,05	1,441
4 que afecta emocionalmente	65	1,98	1,231
1 positivo y de beneficio	65	1,74	1,302
10 que genera problemas en la vida social	65	1,63	1,167
2 que incapacita en las actividades cotidianas	65	1,46	,969
11 que afecta el trabajo	64	1,39	,986
12 de mala suerte	65	1,26	,796
9 como un castigo	65	1,18	,659
N válido (según lista)	64		

En cuanto a la escala de emociones, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a emociones como tranquilidad, calma y confianza. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a emociones como soledad, culpa, y vergüenza.

Tabla 85

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
13 tranquilidad	114	3,80	1,221
19 calma	115	3,78	1,227
5 confianza	114	3,61	1,307
11 ánimo	115	3,59	1,363
14 resignación	115	3,58	1,493
1 esperanza	115	3,57	1,271
17 seguridad	113	3,50	1,377
7 optimismo	114	3,47	1,403
15 alivio	114	2,99	1,472
9 ilusión	114	2,96	1,554
3 alegría	114	2,67	1,425
4 miedo	115	2,06	1,266
18 ansiedad	115	1,97	1,294
2 tristeza	114	1,93	1,103
20 desesperación	115	1,90	1,214
8 sufrimiento	113	1,88	1,255
12 enojo/coraje	114	1,81	1,196
10 soledad	115	1,71	1,212
6 culpa	114	1,58	1,038
16 vergüenza	114	1,33	,889
N válido (según lista)	102		

En cuanto a la escala de afrontamiento, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a buscar atención médica y seguir los tratamientos, cuidado mis hábitos de salud, e intento informarme acerca de mi enfermedad. Por el contrario los puntajes más bajos que se

obtuvieron corresponden a buscar apoyo emocional en familiares que no viven en casa, trabajar mucho para olvidar los problemas, e intentar no hablar y que no me hablen de la enfermedad.

Tabla 86

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
3 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	115	4,27	1,095
11 A partir de mi enfermedad cuidó mis hábitos de salud	114	3,87	1,386
1 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	115	3,71	1,474
10 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	101	3,35	1,658
4 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	109	3,08	1,662
7 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	115	3,01	1,714
5 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	114	2,79	1,616
12 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	113	2,50	1,452
9 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	113	2,41	1,521
2 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	114	2,30	1,481
6 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	113	2,19	1,451
8 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	113	1,93	1,259
13 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	115	1,77	1,271
N válido (según lista)	92		

En cuanto a la escala de soporte social, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a recibir apoyo del médico en cuanto a tratamientos, contar y sentir que cuento con personas que se preocupan de mis problemas. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a obtener ayuda económica de familiares que no viven en casa, tener apoyo económico de padre y madre.

Tabla 87

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	114	4,25	1,174
20 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	112	4,08	1,260
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	114	4,04	1,346
19 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	99	3,91	1,546
21 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	114	3,90	1,357
18 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	96	3,44	1,758
13 Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	67	3,40	6,365
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	114	3,21	1,502
8 Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	113	3,06	1,459
16 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	111	2,91	1,581
14 Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	109	2,91	1,602
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	111	2,84	1,449
17 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	111	2,78	1,586
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	66	2,70	1,727
11 Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	110	2,67	1,665
12 Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	112	2,64	1,518
7 Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enferme	62	2,18	1,563
9 Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	59	2,14	1,456
10 Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	113	2,06	1,410
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	69	1,90	1,352
15 Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	63	1,81	1,318
N válido (según lista)	52		

En cuanto a la escala de sucesos de vida, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a enfermedad de un miembro de la familia, hospitalización de un miembro de la familia, y



muerte de algún amigo. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a divorcio o separación, ruptura de noviazgo o relación similar, y abuso sexual.

Tabla 88

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
8 Enfermedad de un miembro de la familia	110	2,02	1,446
7 Hospitalización de algún miembro de la familia	113	1,76	1,291
11 Muerte de un amigo íntimo	108	1,59	1,246
9 Dificultades en su actividad sexual	103	1,53	1,127
13 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	104	1,45	,944
5 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	113	1,44	,935
2 Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	108	1,44	1,088
14 Muerte de pareja y/o esposo(a)	108	1,39	1,151
1 Discusión o problemas con amigos	112	1,32	,762
6 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	102	1,30	,781
4 Abandono familiar	112	1,23	,827
3 Divorcio o separación	106	1,12	,581
12 Ruptura de noviazgo o relación similar	106	1,09	,489
10 Abuso u ofensa sexual	109	1,07	,445
N válido (según lista)	88		

Análisis descriptivos de la Muestra global de enfermedades crónicas (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión) sobre percepción de la etapa actual del diagnóstico

En cuanto a la escala de creencias y conceptualización, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a que es una señal importante de la vida, que depende de mí, y relacionada a la muerte. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a que incapacita en las actividades cotidianas, que me dio por mala suerte, y como un castigo.

Tabla 89

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
3 que es una señal importante de la vida	286	3,62	1,551
14 que depende de mí	288	3,44	1,752
6 relacionado a la muerte	288	2,88	1,673
5 grave	287	2,84	1,746
7 que afecta a la familia	287	2,84	1,661

8 como algo natural	288	2,74	1,747
1 positivo y de beneficio	287	2,43	1,620
4 que afecta emocionalmente	288	2,30	1,424
13 de origen genético	287	2,12	1,677
11 que afecta el trabajo	278	1,91	1,473
10 que genera problemas en la vida social	288	1,89	1,363
2 que incapacita en las actividades cotidianas	288	1,83	1,315
12 de mala suerte	288	1,51	1,141
9 como un castigo	288	1,45	1,025
N válido (según lista)	274		

En cuanto a la escala de emociones, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a emociones como esperanza, ánimo y confianza. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a enojo/coraje, soledad y vergüenza.

Tabla 90

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
1 esperanza	354	4,24	1,193
11 ánimo	354	4,06	1,246
5 confianza	353	4,04	1,249
17 seguridad	351	3,99	1,285
13 tranquilidad	352	3,89	1,261
7 optimismo	353	3,81	1,373
19 calma	354	3,78	1,313
9 ilusión	352	3,68	1,506
14 resignación	353	3,53	1,583
15 alivio	353	3,50	1,512
3 alegría	352	3,13	1,528
4 miedo	354	2,26	1,408
18 ansiedad	352	2,16	1,395
8 sufrimiento	351	2,15	1,379
2 tristeza	353	2,14	1,253
20 desesperación	354	2,06	1,379
6 culpa	353	2,03	1,480
12 enojo/coraje	353	1,97	1,352
10 soledad	354	1,84	1,296
16 vergüenza	353	1,75	1,302
N válido (según lista)	333		

En cuanto a la escala de afrontamiento, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a buscar

atención médica y seguir los tratamientos, cuidar mis hábitos de salud, e intentar informarse acerca de mi enfermedad y luchar contra ella. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a buscar apoyo emocional en familiares que no viven en casa, trabajar mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad, e intentar no hablar y que no me hablen de mi enfermedad.

Tabla 91

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
3 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	354	4,59	,830
11 A partir de mi enfermedad cuidó mis hábitos de salud	352	4,30	1,149
1 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	354	4,17	1,265
4 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	342	3,43	1,683
7 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	354	3,41	1,685
10 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	318	3,39	1,726
2 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	352	3,11	1,655
9 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	351	3,11	1,612
5 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	352	3,09	1,677
12 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	351	2,80	1,619
6 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	349	2,59	1,642
8 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	347	2,54	1,515
13 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	354	2,25	1,529
N válido (según lista)	300		

En cuanto a la escala de soporte social, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos corresponden a recibir apoyo del médico en cuanto a los tratamientos, sentir que cuento con personas que se preocupan de mis problemas, y recibir apoyo emocional del médico. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron corresponden a obtener apoyo general y económico de mi padre, y obtener ayuda económica o de información de familiares que no viven en casa.

Tabla 92

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	352	4,48	,993
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	353	4,21	1,267
21 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	352	4,07	1,348
20 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	347	4,07	1,310
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	352	3,73	1,463
19 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	312	3,68	1,680
13 Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	250	3,42	3,605
8 Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	346	3,35	1,501
18 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	310	3,31	1,788
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	247	3,27	1,792
14 Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	339	3,24	1,706
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	345	3,18	1,632
16 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	341	3,16	1,687
11 Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	343	3,15	1,720
12 Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	347	2,99	1,630
17 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	346	2,97	1,683
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	248	2,69	1,758
7 Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enferme	225	2,65	1,774
9 Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	222	2,59	1,733
10 Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	348	2,46	1,598
15 Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	226	2,37	1,690
N válido (según lista)	180		

En cuanto a la escala de sucesos de vida, se obtuvieron los puntajes promedio de los reactivos en donde se encontró que los puntajes más altos se relacionan a enfermedad de algún miembro de la familia, muerte de un amigo íntimo, y dificultades en la actividad sexual. Por el contrario los puntajes más bajos que se obtuvieron se asocian a conflictos con jefe o compañeros de trabajo, muerte de pareja, y abuso sexual.

Tabla 93

## Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
8 Enfermedad de un miembro de la familia	347	1,91	1,461
11 Muerte de un amigo íntimo	346	1,75	1,473
9 Dificultades en su actividad sexual	339	1,74	1,371
2 Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	343	1,64	1,249
7 Hospitalización de algún miembro de la familia	350	1,57	1,206
13 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	340	1,51	1,012
5 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	352	1,34	,838
1 Discusión o problemas con amigos	351	1,30	,782
4 Abandono familiar	349	1,24	,861
3 Divorcio o separación	337	1,23	,873
12 Ruptura de noviazgo o relación similar	342	1,20	,787
6 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	332	1,20	,624
14 Muerte de pareja y/o esposo(a)	343	1,20	,841
10 Abuso u ofensa sexual	347	1,08	,474
N válido (según lista)	313		

## Tablas de perfiles de comportamiento de acuerdo a medidas de tendencia central

A continuación se presentan tablas con los datos agrupados en cuanto a cuáles fueron los reactivos que predominaron más, en los grupos de enfermedades crónicas, se resumen perfiles descriptivos de cada uno.

En la siguiente tabla podemos observar como el perfil en cuanto a las creencias del periodo del diagnóstico inicial, tiene semejanzas en los diagnósticos de Neoplasias y de VIH/SIDA, coincidiendo en que la enfermedad es algo que afecta a la familia y que se relaciona a la muerte, en contraparte para el grupo de Diabetes e Hipertensión predominan creencias asociadas a que es de origen genético y que es algo que depende de ellos, finalmente los tres diagnósticos coinciden en concebir a la enfermedad como algo grave.

En lo que se refiere a las emociones, podemos observar de nuevo que los diagnósticos de Neoplasias y el de VIH/SIDA, coinciden en cuanto a experimentar emociones de tristeza y miedo, aunque si bien difieren en una tercera emoción en cuanto a esperanza y culpa respectivamente en los grupos. Por el contrario el grupo de Diabetes e Hipertensión, muestra un perfil de emociones más positivas como resignación, confianza y esperanza.

En lo que se refiere al afrontamiento los tres grupos de diagnósticos coinciden en cuanto a un perfil asociado a buscar atención médica y seguir los tratamientos al pie de la letra, cuidar los hábitos de salud e intentar informarse acerca de la enfermedad.

En cuanto al soporte social, podemos detectar que coinciden los grupos de Neoplasias y Diabetes e Hipertensión, en cuanto a un apoyo social en donde sienten que cuentan y a su vez cuentan con personas que se preocupan de sus problemas, denotando un apoyo social tanto objetivo como percibido, asimismo refieren sobre tener apoyo del médico en cuanto a tratamientos y trámites asociados al padecimiento. Por el contrario el grupo de VIH/SIDA además de contar con el apoyo del médico, resalta el apoyo emocional del mismo, así como el sentir que cuentan con personas que se preocupan de sus problemas, refiriéndose solo a un apoyo social percibido.

En relación a los sucesos de vida asociados al padecimiento, los tres grupos presentan un perfil de vivencias asociadas a enfermedades de otros miembros de la familia, en los grupos de Neoplasias y VIH/SIDA, coinciden sucesos asociados a cambios en sus horarios o condiciones de trabajo. Por último el grupo de Neoplasias resalta dificultades en la actividad sexual, muerte de amistades en el grupo de VIH/SIDA, y discusiones fuertes de pareja en el grupo de Diabetes e Hipertensión.

Tabla 94 Percepción actual sobre el diagnóstico inicial

Diagnóstico	Creencias	Emociones	Afrontamiento	Soporte Social	Sucesos de Vida
Neoplasias	Que afecta a la familia, relacionado a la muerte y grave	Esperanza, tristeza y miedo	Buscar atención médica, cuidar hábitos de salud, e informarse	Siento y Cuento con personas que se preocupan de mis problemas, Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos	Dificultades en actividad sexual, cambio de horario de trabajo, y enfermedad miembro de la familia
VIH/SIDA	Grave, que se relaciona a la muerte y que afecta a la familia	Tristeza, miedo y culpa	Cuidar hábitos de salud, buscar atención médica y seguir los tratamientos, e informarse	Apoyo del médico en cuanto a tratamientos, apoyo emocional del médico y a sentir que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	Muerte de algún amigo íntimo, enfermedad de algún miembro de la familia, y cambios de horario o de condiciones de trabajo.
Diabetes e Hipertensión	Origen genético, que depende de mí, y que es algo grave	Resignación, esperanza y confianza	Buscar atención médica, cuidar hábitos de salud, e intentar informarse	Apoyo del médico en cuanto a tratamientos, sentir y contar con personas que se preocupan de mis problemas	Enfermedad y hospitalización de algún miembro de la familia, y discusiones fuertes de pareja

En la siguiente tabla, podemos observar que en cuanto a las creencias asociadas al periodo actual de la enfermedad, el grupo de Neoplasias y el de VIH/SIDA coinciden en cuanto a creencias asociadas a que el padecimiento es una señal importante en sus vidas, mientras que el grupo de Diabetes e Hipertensión resalta un perfil concibiendo a la enfermedad como algo de origen genético y algo que es natural. En los grupos de VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión, coincide un perfil asociado a que el padecimiento depende de ellos. En cuanto a las creencias más de corte

negativas, resaltan en el grupo de Neoplasias asociadas a que afecta la familia; aunque si bien también catalogan el padecimiento como algo positivo y de beneficio, en el grupo de VIH/SIDA siguen prevaleciendo creencias asociadas a la muerte.

En cuanto a las emociones, todos los grupos coinciden con tener confianza, Los grupos de Neoplasias y VIH/SIDA coinciden en cuanto a tener esperanza también. En general para los tres grupos se encuentran otras emociones positivas tales como seguridad, ánimo, y tranquilidad y calma respectivamente

En lo que se refiere al afrontamiento los tres grupos de diagnósticos coinciden en cuanto a un perfil asociado a buscar atención médica y seguir los tratamientos al pie de la letra, cuidar los hábitos de salud e intentar informarse acerca de la enfermedad.

En cuanto al soporte social, podemos detectar que coinciden los grupos de Neoplasias y Diabetes e Hipertensión, en cuanto a un apoyo social en donde sienten que cuentan y a su vez cuentan con personas que se preocupan de sus problemas, denotando un apoyo social tanto objetivo como percibido, asimismo refieren sobre tener apoyo del médico en cuanto a tratamientos y trámites asociados al padecimiento. Por el contrario el grupo de VIH/SIDA además de contar con el apoyo del médico, resalta el apoyo emocional del mismo, así como el sentir que cuentan con personas que se preocupan de sus problemas, refiriéndose solo a un apoyo social percibido.

En relación a los sucesos de vida asociados al padecimiento, los tres grupos presentan un perfil de vivencias asociadas a enfermedades de otros miembros de la familia, en los grupos de Neoplasias y VIH/SIDA, coinciden sucesos asociados a cambios en sus horarios o condiciones de trabajo. Por último el grupo de Neoplasias resalta dificultades en la actividad sexual, y muerte de amistades en el grupo de VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión.

Tabla 95 Percepción de la etapa actual del diagnóstico

Diagnóstico	Creencias	Emociones	Afrontamiento	Soporte Social	Sucesos de Vida
Neoplasias	Que es una señal importante de la vida, que afecta a la familia, y que es algo positivo y de beneficio.	Esperanza, seguridad, y confianza	Buscar atención médica, cuidar hábitos de salud, e informarse	Siento y Cuento con personas que se preocupan de mis problemas, Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos	Dificultades en actividad sexual, cambio de horario de trabajo, y enfermedad miembro de la familia
VIH/SIDA	Que depende de mí, que es una señal importante de la vida, y que se relaciona con la muerte.	Esperanza, ánimo y confianza	Buscar atención médica, intentar informarse y cuidar mis hábitos de salud.	Apoyo del médico en cuanto a tratamientos, recibir apoyo emocional del médico, y sentir que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	Muerte de algún amigo íntimo, enfermedad de un miembro de la familia, y cambio de horarios o condiciones de trabajo

Diabetes e Hipertensión	Que depende de mí, que es de origen genético, y que es algo natural	Tranquilidad, calma y confianza	Buscar atención médica, intentar informarse y cuidar mis hábitos de salud.	Siento y Cuento con personas que se preocupan de mis problemas, Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos	Enfermedad y hospitalización de un miembro de la familia, y muerte de algún amigo.
-------------------------	---	---------------------------------	--	--	--

En cuanto al perfil de la muestra global en cuanto a la percepción del periodo inicial, podemos observar en la siguiente tabla, que en los tres grupos de padecimientos (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión), resaltan creencias asociadas a que los padecimientos son algo grave, que se relacionan a la muerte y que afectan la familia, que aparecen emociones negativas ante el impacto como tristeza y miedo, pero también esperanza, un afrontamiento activo relacionado a buscar atención médica, cuidar hábitos de salud e informarse acerca de la enfermedad, un soporte social caracterizado por recibir apoyo del médico, así como sentir y contar con personas en general que se preocupan de sus problemas, en cuanto a los sucesos se asocian a enfermedades de otros familiares, cambios de condiciones de trabajo y muerte de amistades. En contraste con el periodo actual de la enfermedad, resaltan cambios como, ver la enfermedad como algo grave a verla como una señal importante en la vida, asimismo siguen apareciendo creencias asociadas a la muerte en el periodo presente. Hay un cambio en el aspecto emocional teniendo ánimo y confianza, un afrontamiento igual que el periodo inicial de tipo activo y un soporte social similar pero resaltando el apoyo emocional del médico. En cuanto a los sucesos se siguen apareciendo igual aunado a dificultades en la actividad sexual en este periodo actual.

Muestra global de enfermedades crónicas (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión) sobre percepción actual del diagnóstico inicial

Tabla 96

Creencias	Emociones	Afrontamiento	Soporte Social	Sucesos de vida
Grave, relacionada a la muerte, y que afecta a la familia.	Tristeza, miedo, y esperanza	Buscar atención médica y seguir los tratamientos, cuidar hábitos de salud, e intentar informarse acerca de la enfermedad.	Recibir apoyo del médico en cuanto a tratamientos, sentir y contar con personas que se preocupan de mis problemas.	Enfermedad de algún miembro de la familia, cambio en horarios o condiciones de trabajo, y muerte de algún amigo íntimo



## Muestra global de enfermedades crónicas (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión) sobre percepción de la etapa actual del diagnóstico

Tabla 97

Creencias	Emociones	Afrontamiento	Soporte Social	Sucesos de vida
Es una señal importante de la vida, que depende de mí, y relacionada a la muerte.	Esperanza, ánimo y confianza	Buscar atención médica y seguir los tratamientos, cuidar mis hábitos de salud, e intentar informarse	Recibir apoyo del médico en cuanto a los tratamientos, sentir que cuento con personas que se preocupan de mis problemas, y recibir apoyo emocional del médico.	Enfermedad de algún miembro de la familia, muerte de un amigo íntimo, y dificultades en la actividad sexual.

### Análisis cuantitativos

#### Propiedades psicométricas Alfa de Cronbach y Análisis Factorial Exploratorio en la muestra global

#### Escala creencias y conceptualización

La escala de creencias y conceptualización, consta de 14 reactivos relacionados a diferentes conceptos sobre cómo se puede entender el padecimiento, con opción de respuesta tipo Likert. Se puede observar en la Tabla 1, que del total de la muestra (355), se consideraron 277 participantes representando el 78%. En la tabla 2, se observa que se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .80, eliminando los reactivos 1, 3, 8, 13 y 14, esto se puede considerar de acuerdo a los criterios del análisis como promedio, indicando que la prueba tiene las propiedades para ser considerada como confiable. Para revisar la batería de evaluación ver Anexo 3.

Tabla 98

#### Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	277	78,0
	Excluidos(a)	78	22,0
	Total	355	100,0

Tabla 99

## Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,802	,804	9

En relación a los niveles de confiabilidad, de esta misma escala aplicada al evaluar la percepción actual durante el diagnóstico inicial, se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .83.

En la Tabla 3, se puede observar las medias de puntuación de los reactivos, en la Tabla 4, se puede observar que cada reactivo tiene una aportación a la confiabilidad muy similar proporcionalmente hablando (.76 los más bajos y .79 los más altos) a la confiabilidad del instrumento.

Tabla 100

## Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
2 que incapacita en las actividades cotidianas	1,81	1,316	277
4 que afecta emocionalmente	2,29	1,423	277
5 grave	2,82	1,750	277
6 relacionado a la muerte	2,88	1,674	277
7 que afecta a la familia	2,88	1,666	277
9 como un castigo	1,45	1,033	277
10 que genera problemas en la vida social	1,88	1,372	277
11 que afecta el trabajo	1,91	1,474	277
12 de mala suerte	1,50	1,135	277

Tabla 101

## Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
2 que incapacita en las actividades cotidianas	17,61	54,986	,452	,349	,788
4 que afecta emocionalmente	17,13	52,548	,532	,301	,778
5 grave	16,60	48,806	,559	,432	,774
6 relacionado a la muerte	16,54	50,227	,527	,447	,779
7 que afecta a la familia	16,54	51,213	,485	,299	,785
9 como un castigo	17,96	58,260	,394	,255	,795
10 que genera problemas en la vida social	17,54	51,438	,621	,409	,767
11 que afecta el trabajo	17,51	52,823	,492	,388	,783
12 de mala suerte	17,92	57,298	,405	,308	,793

Con el objetivo de detectar las dimensiones subyacentes a la escala se realizó un análisis factorial exploratorio con estadísticos de solución inicial, por el método de componentes principales de la escala y con rotación varimax, resultando en 3 factores como se detallan a continuación. La prueba de KMO (Tabla 5) resultó en .814 y la prueba de Bartlett significativa  $<.05$ , esto demuestra que hay altas correlaciones parciales así como también un rechazo a la hipótesis nula de no correlación en la matriz. En las tablas 6 y 7, nos muestran que el análisis factorial exploratorio arrojó 3 factores que explican el 65.4% de la varianza total explicada. De esta manera se pueden clasificar tres factores, describiéndolos como (ver Tabla 7): 1) Enfermedad relacionada a la muerte y que afecta gravemente la salud (física, emocional y familiar), 2) Enfermedad relacionada a la incapacidad y 3) Enfermedad relacionada a un castigo y que dio por mala suerte.

Tabla 102

## KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,814
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	677,408
	gl	36
	Sig.	,000

Tabla 103

## Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,532	39,242	39,242	3,532	39,242	39,242	2,352	26,139	26,139
2	1,320	14,665	53,906	1,320	14,665	53,906	1,878	20,867	47,006
3	1,038	11,535	65,441	1,038	11,535	65,441	1,659	18,435	65,441
4	,664	7,379	72,820						
5	,610	6,775	79,594						
6	,537	5,965	85,559						
7	,518	5,751	91,310						
8	,413	4,584	95,894						
9	,370	4,106	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 104

## Matriz de componentes rotados(a)

	Componente		
	1	2	3
6 relacionado a la muerte	,844		
5 grave	,806		
7 que afecta a la familia	,690		
4 que afecta emocionalmente	,514		
10 que genera problemas en la vida social	,441	,435	,429
2 que incapacita en las actividades cotidianas		,846	
11 que afecta el trabajo		,808	
9 como un castigo			,822
12 de mala suerte			,804

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 4 iteraciones.

## Escala emociones

La escala de emociones, consta de 20 reactivos relacionados a diferentes tipos de emociones y sentimientos que pudiera estar experimentando una persona en un suceso de enfermedad, con opción de respuesta tipo Likert. Se puede observar en la Tabla 8, que del total de la muestra (355), se consideraron 333 participantes representando el 93%. En la tabla 9, se observa que se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .75, sin eliminar ninguno de los reactivos, esto se puede considerar de acuerdo a los criterios del análisis como promedio, indicando que la prueba tiene las propiedades para ser considerada como confiable. Para revisar la batería de evaluación ver Anexo 3.

Tabla 105

## Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	333	93,8
	Excluidos(a)	22	6,2
	Total	355	100,0

Tabla 106

## Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,754	,755	20

En relación a los niveles de confiabilidad, de esta misma escala aplicada al evaluar la percepción actual durante el diagnóstico inicial, se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .67.

En la Tabla 10, se puede observar las medias de puntuación de los reactivos, en la Tabla 11, se puede observar que cada reactivo tiene una aportación a la confiabilidad muy similar proporcionalmente hablando (.73 los más bajos y .75 los más altos) a la confiabilidad del instrumento.

Tabla 107

## Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
1 esperanza	4,25	1,196	333
2 tristeza	2,15	1,270	333
3 alegría	3,13	1,535	333
4 miedo	2,23	1,412	333
5 confianza	4,04	1,250	333
6 culpa	2,01	1,473	333
7 optimismo	3,83	1,369	333
8 sufrimiento	2,17	1,388	333
9 ilusión	3,72	1,490	333
10 soledad	1,86	1,311	333
11 ánimo	4,09	1,229	333
12 enojo/coraje	1,96	1,359	333

13 tranquilidad	3,88	1,278	333
14 resignación	3,50	1,603	333
15 alivio	3,50	1,516	333
16 vergüenza	1,74	1,303	333
17 seguridad	3,98	1,293	333
18 ansiedad	2,15	1,394	333
19 calma	3,76	1,322	333
20 desesperación	2,06	1,373	333

Tabla 108

## Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 esperanza	55,78	120,854	,393	,454	,739
2 tristeza	57,88	123,765	,256	,534	,748
3 alegría	56,90	122,839	,218	,408	,752
4 miedo	57,80	121,651	,288	,569	,746
5 confianza	55,99	118,888	,446	,585	,735
6 culpa	58,02	119,530	,339	,484	,742
7 optimismo	56,20	120,350	,346	,514	,742
8 sufrimiento	57,86	121,696	,294	,642	,746
9 ilusión	56,31	114,860	,486	,538	,730
10 soledad	58,17	124,994	,201	,402	,752
11 ánimo	55,94	121,810	,343	,601	,742
12 enojo/coraje	58,07	121,718	,302	,494	,745
13 tranquilidad	56,15	122,855	,287	,477	,746
14 resignación	56,53	118,726	,324	,272	,744
15 alivio	56,53	117,840	,379	,428	,739
16 vergüenza	58,29	121,146	,341	,444	,742
17 seguridad	56,05	119,820	,393	,575	,738
18 ansiedad	57,88	123,144	,243	,419	,749
19 calma	56,27	123,208	,261	,474	,748
20 desesperación	57,97	125,020	,186	,563	,753

Con el objetivo de detectar las dimensiones subyacentes a la escala se realizó un análisis factorial exploratorio con estadísticos de solución inicial, por el método de componentes principales de la escala y con rotación varimax, resultando en 3 factores como se detallan a continuación. La prueba de KMO (Tabla 12) resultó en .895 y la prueba de Bartlett significativa  $<.05$ , esto demuestra que hay altas correlaciones parciales así como también un rechazo a la hipótesis nula de no correlación en la matriz. En las tablas 13 y 14, nos muestran que el análisis factorial exploratorio arrojó 3 factores que explican el 56.9% de la varianza total explicada. De esta manera se pueden clasificar tres factores, describiéndolos como (ver Tabla 7): 1) Emociones positivas, 2) Emociones negativas y 3) Resignación positiva.

Tabla 109

## KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,895
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado		3095,772
Bartlett	Gl	190
	Sig.	,000

Tabla 110

## Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,560	32,798	32,798	6,560	32,798	32,798	4,936	24,678	24,678
2	3,587	17,935	50,734	3,587	17,935	50,734	4,875	24,374	49,052
3	1,235	6,174	56,907	1,235	6,174	56,907	1,571	7,855	56,907
4	,891	4,454	61,362						
5	,864	4,319	65,680						
6	,807	4,033	69,714						
7	,716	3,580	73,294						
8	,620	3,098	76,392						
9	,581	2,903	79,295						
10	,541	2,703	81,998						
11	,470	2,348	84,346						
12	,459	2,297	86,642						
13	,418	2,088	88,730						
14	,396	1,982	90,712						
15	,377	1,887	92,599						
16	,349	1,746	94,346						
17	,334	1,668	96,014						
18	,298	1,492	97,506						
19	,282	1,412	98,918						
20	,216	1,082	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 111

Matriz de componentes rotados(a)

	Componente		
	1	2	3
9 ilusión	,813		
5 confianza	,782		
1 esperanza	,748		
7 optimismo	,746		
17 seguridad	,735		
11 ánimo	,719		
15 alivio	,665		
3 alegría	,621		
13 tranquilidad	,554		,435
8 sufrimiento		,813	
4 miedo		,759	
2 tristeza		,752	
20 desesperación		,743	
12 enojo/coraje		,736	
18 ansiedad		,670	
6 culpa		,657	
10 soledad		,641	
16 vergüenza		,621	
14 resignación			,773
19 calma	,457		,598

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 4 iteraciones.

### Escala afrontamiento

La escala de afrontamiento, consta de 13 reactivos relacionados a diferentes tipos de reacciones y conductas que pudiera estar experimentando una persona en un suceso de enfermedad, con opción de respuesta tipo Likert. Se puede observar en la Tabla 15, que del total de la muestra (355), se consideraron 300 participantes representando el 84.5%. En la tabla 16, se observa que se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .74, sin eliminar ninguno de los reactivos, esto se puede considerar de acuerdo a los criterios del análisis como promedio, indicando que la prueba tiene las propiedades para ser considerada como confiable. Para revisar la batería de evaluación ver Anexo 3.



Tabla 112

## Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	300	84,5
	Excluidos(a)	55	15,5
	Total	355	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla 113

## Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,742	,742	13

En relación a los niveles de confiabilidad, de esta misma escala aplicada al evaluar la percepción actual durante el diagnóstico inicial, se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .73.

En la Tabla 17, se puede observar las medias de puntuación de los reactivos, en la Tabla 18, se puede observar que cada reactivo tiene una aportación a la confiabilidad muy similar proporcionalmente hablando (.70 los más bajos y .76 los más altos) a la confiabilidad del instrumento.

Tabla 114

## Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
1 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	4,13	1,318	300
2 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	3,14	1,651	300
3 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	4,58	,840	300

4 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	3,41	1,681	300
5 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	3,05	1,682	300
6 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	2,58	1,637	300
7 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	3,36	1,687	300
8 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	2,53	1,513	300
9 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	3,10	1,619	300
10 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	3,37	1,735	300
11 A partir de mi enfermedad cuido mis hábitos de salud	4,28	1,177	300
12 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	2,81	1,619	300
13 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	2,23	1,533	300

Tabla 115

## Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	38,44	85,806	,400	,306	,724
2 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	39,43	81,985	,421	,345	,720

3 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	37,98	92,832	,233	,213	,739
4 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	39,15	79,147	,513	,393	,708
5 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	39,52	80,043	,480	,279	,712
6 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	39,99	82,247	,417	,337	,720
7 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	39,21	81,906	,412	,207	,721
8 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	40,04	83,179	,429	,428	,719
9 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	39,46	80,785	,478	,449	,713
10 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	39,19	84,625	,303	,202	,735
11 A partir de mi enfermedad cuido mis hábitos de salud	38,29	87,491	,383	,291	,726
12 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	39,76	87,409	,241	,241	,741
13 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	40,34	93,657	,044	,156	,762

Con el objetivo de detectar las dimensiones subyacentes a la escala se realizó un análisis factorial exploratorio con estadísticos de solución inicial, por el método de componentes principales de la escala y con rotación varimax, resultando en 3 factores como se detallan a continuación. La prueba de KMO (Tabla 19) resultó en .769 y la prueba de Bartlett significativa  $<.05$ , esto demuestra que hay altas correlaciones parciales así como también un rechazo a la hipótesis nula de no correlación en la matriz. En las tablas 20 y 21, nos muestran que el análisis factorial exploratorio arrojó 4 factores que explican el 59.1% de la varianza total explicada. De esta manera se pueden clasificar cuatro factores, describiéndolos como (ver Tabla 21): 1) Afrontamiento evasivo, 2) Afrontamiento de búsqueda de apoyo emocional no familiar, 3) Afrontamiento activo positivo y 4) Afrontamiento de búsqueda de apoyo emocional en pareja y familia.

Tabla 116

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,769
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado		824,559
Bartlett aproximado		
	gl	78
	Sig.	,000

Tabla 117

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,387	26,053	26,053	3,387	26,053	26,053	2,274	17,494	17,49
2	1,856	14,276	40,329	1,856	14,276	40,329	2,183	16,793	34,28
3	1,365	10,499	50,828	1,365	10,499	50,828	1,811	13,929	48,21
4	1,079	8,301	59,129	1,079	8,301	59,129	1,419	10,912	59,12
5	,829	6,380	65,510						
6	,763	5,872	71,382						
7	,691	5,312	76,694						
8	,636	4,891	81,585						
9	,572	4,400	85,985						
10	,557	4,287	90,272						
11	,465	3,578	93,851						
12	,438	3,368	97,219						
13	,362	2,781	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 118

Matriz de componentes rotados(a)

	Componente			
	1	2	3	4
9 Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	,789			
8 Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	,789			
2 Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	,757			
13 Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	,524			
12 Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad		,752		
6 Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad		,745		
5 Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad		,554		
7 Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad		,421		
3 Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos			,779	
11 A partir de mi enfermedad cuido mis hábitos de salud			,756	
1 Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella			,678	
10 Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad				,860
4 Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad		,507		,607

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

### Escala soporte social

La escala de soporte social, consta de 21 reactivos relacionados a diferentes tipos de fuentes de apoyo que pudiera estar teniendo una persona en un suceso de enfermedad, con opción de respuesta tipo Likert. Se puede observar en la Tabla 22, que del total de la muestra (355), se consideraron 180 participantes representando el 50%. En la tabla 23, se observa que se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .90, sin eliminar ninguno de los reactivos, esto se puede considerar de acuerdo a los criterios del análisis como promedio, indicando que la prueba tiene las propiedades para ser considerada como confiable. Para revisar la batería de evaluación ver Anexo 3.

Tabla 119

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	180	50,7
	Excluidos(a)	175	49,3
	Total	355	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla 120

## Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,909	,906	21

En relación a los niveles de confiabilidad, de esta misma escala aplicada al evaluar la percepción actual durante el diagnóstico inicial, se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .88.

En la Tabla 24, se puede observar las medias de puntuación de los reactivos, en la Tabla 25, se puede observar que cada reactivo tiene una aportación a la confiabilidad muy similar proporcionalmente hablando (.90 los más bajos y .91 los más altos) a la confiabilidad del instrumento.

Tabla 121

## Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	4,03	1,286	180
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	3,64	1,405	180
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	2,99	1,781	180
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	2,57	1,737	180
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	3,13	1,572	180
6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	4,35	1,075	180
7 Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enferme	2,56	1,728	180

8 Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	3,14	1,464	180
9 Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	2,55	1,715	180
10 Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	2,48	1,598	180
11 Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	2,98	1,681	180
12 Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	2,82	1,601	180
13 Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	2,96	1,756	180
14 Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	2,92	1,649	180
15 Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	2,38	1,688	180
16 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	2,91	1,643	180
17 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	2,73	1,616	180
18 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	3,17	1,789	180
19 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	3,47	1,732	180
20 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	3,88	1,355	180

21 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	3,98	1,396	180
--	------	-------	-----

Tabla 122

## Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas	61,59	374,969	,447	,549	,907
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	61,99	378,424	,338	,319	,910
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	62,64	353,953	,623	,827	,903
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	63,06	351,997	,673	,741	,902
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	62,50	364,832	,526	,458	,906
6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	61,28	387,163	,249	,255	,911
7 Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enferme	63,07	352,677	,666	,906	,902
8 Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	62,49	368,195	,508	,428	,906
9 Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	63,08	353,212	,662	,897	,902
10 Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	63,15	361,704	,569	,611	,905
11 Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	62,65	361,134	,546	,507	,905



12 Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	62,81	359,361	,608	,710	,904
13 Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	62,67	349,875	,699	,829	,901
14 Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	62,71	357,002	,628	,696	,903
15 Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	63,25	350,624	,718	,750	,901
16 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	62,72	354,827	,668	,755	,902
17 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	62,89	356,207	,657	,725	,903
18 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	62,46	368,082	,402	,683	,909
19 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	62,16	371,030	,372	,660	,910
20 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	61,74	371,633	,486	,565	,907
21 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	61,64	384,856	,220	,284	,912

Con el objetivo de detectar las dimensiones subyacentes a la escala se realizó un análisis factorial exploratorio con estadísticos de solución inicial, por el método de componentes principales de la escala y con rotación varimax, resultando en 5 factores como se detallan a continuación. La prueba de KMO (Tabla 26) resultó en .829 y la prueba de Bartlett significativa  $<.05$ , esto demuestra que hay altas correlaciones parciales así como también un rechazo a la hipótesis nula de no correlación en la matriz. En las tablas 27 y 28, nos muestran que el análisis factorial exploratorio arrojó 5 factores que explican el 68.6% de la varianza total explicada. De esta manera se pueden clasificar cinco factores, describiéndolos como (ver Tabla 28): 1) Apoyo de padres, 2) Apoyo familiar y de amistades, 3) Apoyo interpersonal, 4) Apoyo de pareja/esposo(a) y 5) Apoyo del médico.

Tabla 123

## KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,829
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado		2555,803
Bartlett	GI	210
	Sig.	,000

Tabla 124

## Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,746	36,883	36,883	7,746	36,883	36,883	4,516	21,506	21,506
2	2,550	12,143	49,026	2,550	12,143	49,026	4,473	21,302	42,808
3	1,704	8,116	57,142	1,704	8,116	57,142	2,052	9,771	52,578
4	1,325	6,312	63,454	1,325	6,312	63,454	1,967	9,367	61,945
5	1,095	5,216	68,670	1,095	5,216	68,670	1,412	6,725	68,670
6	1,000	4,763	73,433						
7	,848	4,037	77,470						
8	,757	3,605	81,075						
9	,707	3,366	84,441						
10	,594	2,831	87,272						
11	,489	2,328	89,600						
12	,392	1,869	91,468						
13	,356	1,697	93,166						
14	,322	1,531	94,697						
15	,268	1,278	95,975						
16	,229	1,089	97,064						
17	,189	,902	97,966						
18	,148	,705	98,670						
19	,127	,606	99,276						
20	,101	,479	99,756						
21	,051	,244	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 125

Matriz de componentes rotados(a)

	Componente				
	1	2	3	4	5
7 Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enferme	,871				
9 Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	,860				
3 Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	,823				
15 Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	,807				
13 Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	,802				
4 Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	,759				
16 Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad		,774			
17 Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad		,772			
12 Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad		,769			
14 Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad		,767			
10 Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa		,740			
11 Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa		,627			
5 Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad		,615			
8 Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento		,473	,438		
1 Siento que cuento con personas que se preocupan de mis problemas			,845		
2 Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades			,630		
20 Cuento con personas que se preocupan de mis problemas			,620		
18 Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad				,859	
19 Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad				,852	
21 Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad					,866
6 Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad					,650

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

### Escala sucesos de vida

La escala de sucesos de vida, consta de 14 reactivos relacionados a diferentes tipos de eventos familiares, del trabajo u otros independientes al padecimiento que pudiera estar experimentando una persona, con opción de respuesta tipo Likert. Se puede observar en la Tabla 29, que del total de la muestra (355), se consideraron 318 participantes representando el 89.6%. En la tabla 30, se observa que se obtuvo un  $\alpha$

de Cronbach de .73, eliminando los reactivos 2, 7, 8, 9, 11 y 14, esto se puede considerar de acuerdo a los criterios del análisis como promedio, indicando que la prueba tiene las propiedades para ser considerada como confiable. Para revisar la batería de evaluación ver Anexo 3.

Tabla 126

## Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	318	89,6
	Excluidos(a)	37	10,4
	Total	355	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla 127

## Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,730	,727	8

En relación a los niveles de confiabilidad, de esta misma escala aplicada al evaluar la percepción actual durante el diagnóstico inicial, se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .70.

En la Tabla 31, se puede observar las medias de puntuación de los reactivos, en la Tabla 32, se puede observar que cada reactivo tiene una aportación a la confiabilidad muy similar proporcionalmente hablando (.67 los más bajos y .72 los más altos) a la confiabilidad del instrumento.

Tabla 128

## Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
1 Discusión o problemas con amigos	1,31	,787	318
3 Divorcio o separación	1,23	,885	318
4 Abandono familiar	1,24	,863	318
5 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	1,31	,806	318

6 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	1,20	,627	318
10 Abuso u ofensa sexual	1,08	,492	318
12 Ruptura de noviazgo o relación similar	1,19	,785	318
13 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	1,49	1,001	318

Tabla 129

## Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 Discusión o problemas con amigos	8,75	11,407	,368	,292	,714
3 Divorcio o separación	8,83	10,089	,553	,443	,673
4 Abandono familiar	8,82	10,070	,579	,441	,668
5 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	8,75	11,039	,428	,231	,702
6 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	8,86	12,237	,309	,250	,723
10 Abuso u ofensa sexual	8,98	12,545	,343	,212	,720
12 Ruptura de noviazgo o relación similar	8,87	11,475	,356	,238	,716
13 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	8,57	10,088	,455	,221	,698

Con el objetivo de detectar las dimensiones subyacentes a la escala se realizó un análisis factorial exploratorio con estadísticos de solución inicial, por el método de componentes principales de la escala y con rotación varimax, resultando en 2 factores como se detallan a continuación. La prueba de KMO (Tabla 33) resultó en .725 y la prueba de Bartlett significativa  $<.05$ , esto demuestra que hay altas correlaciones parciales así como también un rechazo a la hipótesis nula de no correlación en la matriz. En las tablas 34 y 35, nos muestran que el análisis factorial exploratorio arrojó 2 factores que explican el 51.9% de la varianza total explicada. De esta manera se pueden clasificar dos factores, describiéndolos como (ver Tabla 35): 1) Problemáticas en las relaciones familiares y 2) Problemáticas en las relaciones con amistades o compañeros de trabajo.

Tabla 130

## KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,725
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado		516,014
Bartlett	gl	28
	Sig.	,000

Tabla 131

## Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,813	35,168	35,168	2,813	35,168	35,16	2,462	30,770	30,770
2	1,342	16,772	51,940	1,342	16,772	51,94	1,694	21,171	51,940
3	,984	12,300	64,241						
4	,762	9,529	73,770						
5	,640	7,997	81,767						
6	,604	7,550	89,316						
7	,507	6,342	95,658						
8	,347	4,342	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 132

## Matriz de componentes rotados(a)

	Componente	
	1	2
3 Divorcio o separación	,761	
4 Abandono familiar	,727	
10 Abuso u ofensa sexual	,633	
12 Ruptura de noviazgo o relación similar	,629	
5 Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	,526	
13 Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	,518	
1 Discusión o problemas con amigos		,835
6 Conflictos con jefe o compañeros de trabajo		,834

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Para revisar el formato final de la Batería de evaluación psicosocial del suceso de enfermedad crónica, se puede revisar el Anexo 4.

### Comparación de factores entre los tres grupos de enfermedades

A continuación se detallan los análisis de varianza de comparación de grupos de enfermos crónicos, en relación a los factores obtenidos previamente. Así como antes se detectaron perfiles de comportamiento en base a aspectos descriptivos, tomando en cuenta solo medidas de tendencia central, ahora se toman en cuenta los factores obtenidos para detectar si hay diferencias generales en los perfiles, pero ahora con análisis estadísticos.

Se trabajó con análisis de ANOVA, para comparar todos los factores resultantes entre los 3 grupos de padecimientos en ambos tiempos; tanto la percepción del periodo inicial como la percepción actual del diagnóstico,

En cuanto al periodo inicial, se encontró que en la mayoría de estos se tuvieron diferencias significativas ( $p < .05$ ), a excepción del factor de resignación positiva obteniendo una F con valor de 1.881,  $p = .154$ , asimismo en cuanto al soporte social del médico una F con valor de 2.488,  $p = .085$ , denotando que existen estas variables de igual forma para los tres grupos de diagnósticos. Asimismo en cuanto al periodo actual se encontró que en todos los factores tuvieron diferencias significativas ( $p < .05$ ), lo cual denota diferentes perfiles para cada grupo.

Tabla 133 Percepción actual sobre el diagnóstico inicial

#### ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar	Inter-grupos	1124,841	2	562,420	29,322	,000
	Intra-grupos	5389,779	281	19,181		
	Total	6514,620	283			
INICIAL CREENCIAS relacionadas a la incapacidad	Inter-grupos	626,170	2	313,085	20,921	,000
	Intra-grupos	4160,328	278	14,965		
	Total	4786,498	280			
INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte	Inter-grupos	134,050	2	67,025	12,373	,000
	Intra-grupos	1532,985	283	5,417		
	Total	1667,035	285			
INICIAL EMOCIONES positivas	Inter-grupos	1095,395	2	547,697	7,316	,001
	Intra-grupos	26052,269	348	74,863		
	Total	27147,664	350			
INICIAL EMOCIONES	Inter-grupos	7802,803	2	3901,402	43,211	,000

negativas	Intra-grupos	31058,666	344	90,287		
	Total	38861,470	346			
INICIAL EMOCIONES	Inter-grupos	47,325	2	23,663	1,881	,154
resignación positiva	Intra-grupos	4390,391	349	12,580		
	Total	4437,716	351			
INICIAL	Inter-grupos	1002,377	2	501,189	28,823	,000
AFRONTAMIENTO	Intra-grupos	6051,150	348	17,388		
evasivo	Total	7053,527	350			
INICIAL	Inter-grupos	678,501	2	339,250	18,624	,000
AFRONTAMIENTO	Intra-grupos	6284,557	345	18,216		
búsqueda de apoyo	Total	6963,057	347			
emocional otras personas						
no familia directa						
INICIAL	Inter-grupos	115,023	2	57,512	5,863	,003
AFRONTAMIENTO activo	Intra-grupos	3423,420	349	9,809		
	Total	3538,443	351			
INICIAL	Inter-grupos	53,968	2	26,984	3,246	,040
AFRONTAMIENTO	Intra-grupos	2660,441	320	8,314		
búsqueda de apoyo	Total	2714,409	322			
emocional familia pareja						
INICIAL SOPORTE	Inter-grupos	748,812	2	374,406	5,207	,006
SOCIAL padres	Intra-grupos	15316,003	213	71,906		
	Total	16064,815	215			
INICIAL SOPORTE	Inter-grupos	3717,167	2	1858,584	28,851	,000
SOCIAL familia amistades	Intra-grupos	20356,450	316	64,419		
	Total	24073,618	318			
INICIAL SOPORTE	Inter-grupos	146,360	2	73,180	4,587	,011
SOCIAL interpersonal	Intra-grupos	5519,904	346	15,953		
	Total	5666,264	348			
INICIAL SOPORTE	Inter-grupos	166,051	2	83,026	7,608	,001
SOCIAL pareja esposo(a)	Intra-grupos	3470,347	318	10,913		
	Total	3636,399	320			
INICIAL SOPORTE	Inter-grupos	25,747	2	12,873	2,488	,085
SOCIAL médico	Intra-grupos	1795,593	347	5,175		
	Total	1821,340	349			
INICIAL SUCESOS DE	Inter-grupos	321,322	2	160,661	11,893	,000
VIDA problemáticas	Intra-grupos	4485,114	332	13,509		
familiares	Total	4806,436	334			
INICIAL SUCESOS DE	Inter-grupos	45,331	2	22,665	10,327	,000
VIDA problemáticas con	Intra-grupos	744,026	339	2,195		
amistades o compañeros	Total	789,357	341			
de trabajo						



Tabla 134 Percepción de la etapa actual del diagnóstico

## ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar	Inter-grupos	362,479	2	181,239	7,928	,000
	Intra-grupos	6469,203	283	22,859		
	Total	6831,682	285			
ACTUAL CREENCIAS relacionadas a la incapacidad	Inter-grupos	128,862	2	64,431	6,115	,003
	Intra-grupos	2897,612	275	10,537		
	Total	3026,475	277			
ACTUAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte	Inter-grupos	33,640	2	16,820	5,105	,007
	Intra-grupos	939,079	285	3,295		
	Total	972,719	287			
ACTUAL EMOCIONES positivas	Inter-grupos	2697,055	2	1348,528	23,605	,000
	Intra-grupos	19480,942	341	57,129		
	Total	22177,997	343			
ACTUAL EMOCIONES negativas	Inter-grupos	2953,928	2	1476,964	21,144	,000
	Intra-grupos	23889,713	342	69,853		
	Total	26843,641	344			
ACTUAL EMOCIONES resignación positiva	Inter-grupos	200,626	2	100,313	10,692	,000
	Intra-grupos	3264,810	348	9,382		
	Total	3465,436	350			
ACTUAL AFRONTAMIENTO evasivo	Inter-grupos	1118,702	2	559,351	31,252	,000
	Intra-grupos	6067,453	339	17,898		
	Total	7186,155	341			
ACTUAL AFRONTAMIENTO búsqueda de apoyo emocional otras personas no familia directa	Inter-grupos	1046,145	2	523,072	28,405	,000
	Intra-grupos	6316,191	343	18,415		
	Total	7362,335	345			
ACTUAL AFRONTAMIENTO activo	Inter-grupos	267,414	2	133,707	24,896	,000
	Intra-grupos	1874,333	349	5,371		
	Total	2141,747	351			
ACTUAL AFRONTAMIENTO búsqueda de apoyo emocional familia pareja	Inter-grupos	69,290	2	34,645	4,274	,015
	Intra-grupos	2496,703	308	8,106		
	Total	2565,994	310			
ACTUAL SOPORTE SOCIAL padres	Inter-grupos	828,538	2	414,269	5,398	,005
	Intra-grupos	15271,843	199	76,743		
	Total	16100,381	201			
ACTUAL SOPORTE SOCIAL familia amistades	Inter-grupos	4167,131	2	2083,565	32,542	,000
	Intra-grupos	20104,377	314	64,027		
	Total	24271,508	316			

ACTUAL SOPORTE SOCIAL interpersonal	Inter-grupos	360,722	2	180,361	11,703	,000
	Intra-grupos	5178,098	336	15,411		
	Total	5538,820	338			
ACTUAL SOPORTE SOCIAL pareja esposo(a)	Inter-grupos	97,969	2	48,984	4,887	,008
	Intra-grupos	3047,028	304	10,023		
	Total	3144,997	306			
ACTUAL SOPORTE SOCIAL médico	Inter-grupos	55,966	2	27,983	7,580	,001
	Intra-grupos	1284,701	348	3,692		
	Total	1340,667	350			
ACTUAL SUCESOS DE VIDA problemáticas familiares	Inter-grupos	146,785	2	73,393	7,655	,001
	Intra-grupos	3144,695	328	9,587		
	Total	3291,480	330			
ACTUAL SUCESOS DE VIDA problemáticas con amistades o compañeros de trabajo	Inter-grupos	33,481	2	16,741	12,444	,000
	Intra-grupos	441,250	328	1,345		
	Total	474,731	330			

#### Comparación de factores de acuerdo al biomarcador CD4 en el grupo de VIH/SIDA

A continuación se realiza un análisis estadístico de ANOVA, para hacer comparaciones de los factores de acuerdo a la cantidad de células CD4 en el grupo de pacientes que viven con VIH/SIDA. Se realizó una clasificación que consiste en pacientes con menos de 200 CD4, pacientes con 200 a 499 CD4, y una tercera clasificación de pacientes por arriba de 499 CD4.

Tabla 135

#### ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar	Inter-grupos	54,987	2	27,494	1,138	,325
	Intra-grupos	2197,651	91	24,150		
	Total	2252,638	93			
ACTUAL CREENCIAS relacionadas a la incapacidad	Inter-grupos	20,968	2	10,484	1,120	,331
	Intra-grupos	823,713	88	9,360		
	Total	844,681	90			
ACTUAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte	Inter-grupos	3,054	2	1,527	,369	,692
	Intra-grupos	380,378	92	4,135		
	Total	383,432	94			
ACTUAL EMOCIONES positivas	Inter-grupos	272,797	2	136,398	2,471	,090
	Intra-grupos	4968,193	90	55,202		
	Total	5240,989	92			
ACTUAL EMOCIONES	Inter-grupos	73,841	2	36,921	,378	,687

negativas	Intra-grupos	8799,385	90	97,771		
	Total	8873,226	92			
ACTUAL EMOCIONES	Inter-grupos	65,862	2	32,931	4,736	,011
resignación positiva	Intra-grupos	639,675	92	6,953		
	Total	705,537	94			
ACTUAL AFRONTAMIENTO	Inter-grupos	61,149	2	30,574	1,329	,270
evasivo	Intra-grupos	2070,744	90	23,008		
	Total	2131,892	92			
ACTUAL AFRONTAMIENTO	Inter-grupos	18,331	2	9,166	,491	,614
búsqueda de apoyo	Intra-grupos	1679,626	90	18,663		
emocional otras personas	Total	1697,957	92			
no familia directa						
ACTUAL AFRONTAMIENTO	Inter-grupos	3,577	2	1,789	,990	,375
activo	Intra-grupos	166,149	92	1,806		
	Total	169,726	94			
ACTUAL AFRONTAMIENTO	Inter-grupos	12,257	2	6,128	,725	,488
búsqueda de apoyo	Intra-grupos	693,555	82	8,458		
emocional familia pareja	Total	705,812	84			
ACTUAL SOPORTE	Inter-grupos	3,108	2	1,554	,017	,983
SOCIAL padres	Intra-grupos	5406,570	59	91,637		
	Total	5409,677	61			
ACTUAL SOPORTE	Inter-grupos	123,348	2	61,674	,733	,484
SOCIAL familia amistades	Intra-grupos	6394,955	76	84,144		
	Total	6518,304	78			
ACTUAL SOPORTE	Inter-grupos	15,289	2	7,644	,416	,661
SOCIAL interpersonal	Intra-grupos	1672,328	91	18,377		
	Total	1687,617	93			
ACTUAL SOPORTE	Inter-grupos	34,578	2	17,289	1,636	,201
SOCIAL pareja esposo(a)	Intra-grupos	866,646	82	10,569		
	Total	901,224	84			
ACTUAL SOPORTE	Inter-grupos	3,185	2	1,592	,828	,440
SOCIAL médico	Intra-grupos	176,963	92	1,924		
	Total	180,147	94			
ACTUAL SUCESOS DE	Inter-grupos	61,275	2	30,637	2,617	,079
VIDA problemáticas	Intra-grupos	1041,801	89	11,706		
familiares	Total	1103,076	91			
ACTUAL SUCESOS DE	Inter-grupos	12,892	2	6,446	3,641	,030
VIDA problemáticas con	Intra-grupos	155,790	88	1,770		
amistades o compañeros	Total	168,681	90			
de trabajo						

Por medio de estos análisis se pudo encontrar que hay diferencias significativas en cuanto a los grupos que se clasificaron por la cantidad de células CD4 en pacientes con VIH/SIDA. Se encontraron diferencias significativas con valor de  $p < .05$  en cuanto a la resignación positiva y a las problemáticas en las relaciones interpersonales con amistades y compañeros de trabajo, teniendo menor resignación positiva el grupo de pacientes con menor conteo de células, lo que se pudo corroborar con un análisis de

Post hoc, que dicho grupo presentaba diferencias significativas con los otros dos. Por el contrario quienes tuvieron mayor puntaje en cuanto a dificultades con amistades y compañeros de trabajo, fue el tercer grupo de clasificación con el conteo mayor de células también contrastado con el Post hoc.

Tabla 136

## Estadísticos descriptivos

CD4 RECATEGORIZADA		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
.	ACTUAL EMOCIONES resignación positiva	26	3	15	10,85	3,608
	ACTUAL SUCESOS DE VIDA problemáticas con amistades o compañeros de trabajo	24	2	10	2,96	2,032
	N válido (según lista)	24				
<200	ACTUAL EMOCIONES resignación positiva	21	4	15	10,90	3,285
	ACTUAL SUCESOS DE VIDA problemáticas con amistades o compañeros de trabajo	20	2	6	3,10	1,410
	N válido (según lista)	20				
200-499	ACTUAL EMOCIONES resignación positiva	51	5	15	12,80	2,450
	ACTUAL SUCESOS DE VIDA problemáticas con amistades o compañeros de trabajo	50	2	6	2,42	,950
	N válido (según lista)	50				
>499	ACTUAL EMOCIONES resignación positiva	23	8	15	13,09	2,372
	ACTUAL SUCESOS DE VIDA problemáticas con amistades o compañeros de trabajo	21	2	8	3,24	1,921
	N válido (según lista)	21				

Tabla 137

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente	(I) RECATEGORI ZADA	CD4 (J) RECATEGO RIZADA	CD4	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
							Límite inferior	Límite superior	
ACTUAL SUCESOS DE VIDA problemáticas con amistades o compañeros de trabajo	<200	200-499		,680	,352	,057	-,02	1,38	
		>499		-,138	,416	,741	-,96	,69	
	200-499	<200		-,680	,352	,057	-1,38	,02	
		>499		-,818*	,346	,020	-1,51	-,13	
	>499	<200		,138	,416	,741	-,69	,96	
		200-499		,818*	,346	,020	,13	1,51	
	ACTUAL EMOCIONES resignación positiva	<200	200-499		-1,899*	,684	,007	-3,26	-,54
			>499		-2,182*	,796	,007	-3,76	-,60
200-499		<200		1,899*	,684	,007	,54	3,26	
		>499		-,283	,662	,670	-1,60	1,03	
>499		<200		2,182*	,796	,007	,60	3,76	
		200-499		,283	,662	,670	-1,03	1,60	

\*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

## Análisis de regresión por grupo de padecimiento y en muestra global

A continuación se presentan análisis de regresión lineal, con la finalidad de detectar factores de predicción sobre la variable dependiente asociada a cómo se sintió, cómo controló y cómo fue la relación con la enfermedad en ambos periodos tanto inicial como actual del diagnóstico. Se construyó una variable a partir de estos tres reactivos haciendo una sumatoria y luego recategorizando para hacer de la variable dependiente una variable categórica, denominada manejo general de la enfermedad para ambos tiempos de la evaluación. A continuación se presentan las tablas con los resultados del análisis de correlación.

## Percepción actual sobre el diagnóstico inicial

Tabla 138

## Correlaciones

		¿Cómo se sintió emocionalmente en relación a su enfermedad?	¿Cómo cree que controló su enfermedad?	¿Cómo considera fue su relación con la enfermedad al momento del dx inicial?
¿Cómo se sintió emocionalmente en relación a su enfermedad?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1	,191(**) ,000	,362(**) ,000
		354	352	288
¿Cómo cree que controló su enfermedad?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,191(**) ,000	1 353	,359(**) ,000
		352	287	287
¿Cómo considera fue su relación con la enfermedad al momento del dx inicial?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,362(**) ,000	,359(**) ,000	1
		288	287	288

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El análisis de correlación muestra significancia entre los tres reactivos previos mencionados. En la fase de diagnóstico los reactivos que muestran más alta correlación entre sí son los que se refieren al cómo se sintió emocionalmente y el cómo se relacionó con la enfermedad. Se encontró que la variable control de la enfermedad en menor medida se correlaciona con ambas variables, siendo también significativa la correlación.

## Percepción sobre la etapa actual del diagnóstico

Tabla 139

## Correlaciones

		¿Cómo se siente emocionalmente en relación a su enfermedad?	¿Cómo cree que controla su enfermedad?	¿Cómo considera que es su relación con la enfermedad en este momento?
¿Cómo se siente emocionalmente en relación a su enfermedad?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1  353	,534(**)  352	,591(**)  284
¿Cómo cree que controla su enfermedad?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,534(**)  352	1  352	,531(**)  284
¿Cómo considera que es su relación con la enfermedad en este momento?	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,591(**)  284	,531(**)  284	1  284

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El análisis de correlación muestra significancia entre los tres reactivos previos mencionados. En la fase de diagnóstico los reactivos que muestran más alta correlación entre sí son los que se refieren al cómo se sintió emocionalmente y el cómo se relacionó con la enfermedad. Se encontró que la variable control de la enfermedad a diferencia de la primera fase de diagnóstico, tiene una correlación alta con las otras dos variables, siendo también significativa la correlación.

Posteriormente a los análisis de correlación entre las tres variables descritas, las cual resultan significativas, se procedió al análisis de regresión en el cual se introdujeron los 17 factores encontrados en las otras variables de estudio, explicados previamente en los resultados como variables independientes,

Se utilizó el método de técnica por pasos sucesivos (stepwise) y los casos faltantes se remplazaron con los valores de la media, se indagó el valor de R cuadrada, así como la significancia de la regresión.

## Percepción actual sobre el diagnóstico inicial

## Neoplasias

Tabla 140

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,577(a)	,333	,327	,55106
2	,602(b)	,363	,351	,54087
3	,624(c)	,390	,374	,53154

a Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas

b Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte

c Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte, INICIAL EMOCIONES resignación positiva

Tabla 141

ANOVA(d)

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	17,549	1	17,549	57,789	,000(a)
	Residual	35,226	116	,304		
	Total	52,775	117			
2	Regresión	19,133	2	9,566	32,701	,000(b)
	Residual	33,642	115	,293		
	Total	52,775	117			
3	Regresión	20,566	3	6,855	24,264	,000(c)
	Residual	32,209	114	,283		
	Total	52,775	117			

a Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas

b Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte

c Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte, INICIAL EMOCIONES resignación positiva

d Variable dependiente: variable dependiente inicial manejo de la enfermedad



Tabla 142

## Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1	(Constante)	3,301	,143		23,160	,000
	INICIAL EMOCIONES negativas	-,040	,005	-,577	-7,602	,000
2	(Constante)	3,347	,141		23,688	,000
	INICIAL EMOCIONES negativas	-,032	,006	-,463	-5,209	,000
	INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte	-,060	,026	-,207	-2,327	,022
3	(Constante)	2,893	,245		11,803	,000
	INICIAL EMOCIONES negativas	-,025	,007	-,370	-3,823	,000
	INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte	-,059	,025	-,204	-2,332	,021
	INICIAL EMOCIONES resignación positiva	,034	,015	,190	2,252	,026

a Variable dependiente: variable dependiente inicial manejo de la enfermedad

Según los resultados, el modelo de regresión se ajusta a los datos, siendo capaz de reducir el error de predicción de la variable dependiente en un 39% (R cuadrada), tomando en cuenta 3 de los factores, asimismo los coeficientes de regresión son significativos, al igual que la ANOVA de regresión en donde su estadístico F resulta significativo  $p < .01$ . Podemos ver que las emociones negativas, siendo esta variable la que tiene mayor peso explicativo, y las creencias relacionadas al castigo y la mala suerte a la inversa, así como la emoción de resignación positiva, predicen un manejo general de la enfermedad, que incluye emociones, control del padecimiento y relación con el padecimiento, en los enfermos con cáncer.

## VIH/SIDA

Tabla 143

## Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,412(a)	,170	,163	,66653
2	,450(b)	,203	,189	,65594
3	,479(c)	,230	,210	,64752

a Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas

b Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL SUCEOS DE VIDA problemáticas familiares

c Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL SUCEOS DE VIDA problemáticas familiares, INICIAL EMOCIONES positivas

Tabla 144

ANOVA(d)

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	10,811	1	10,811	24,334	,000(a)
	Residual	52,868	119	,444		
	Total	63,679	120			
2	Regresión	12,909	2	6,454	15,002	,000(b)
	Residual	50,770	118	,430		
	Total	63,679	120			
3	Regresión	14,622	3	4,874	11,625	,000(c)
	Residual	49,056	117	,419		
	Total	63,679	120			

a Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas

b Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL SUCEOS DE VIDA problemáticas familiares

c Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL SUCEOS DE VIDA problemáticas familiares, INICIAL EMOCIONES positivas

d Variable dependiente: variable dependiente inicial manejo de la enfermedad

Tabla 145

Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1	(Constante)	3,282	,207		15,823	,000
	INICIAL EMOCIONES negativas	-,031	,006	-,412	-4,933	,000
2	(Constante)	3,466	,220		15,724	,000
	INICIAL EMOCIONES negativas	-,027	,006	-,365	-4,297	,000
	INICIAL SUCEOS DE VIDA problemáticas familiares	-,031	,014	-,188	-2,208	,029
3	(Constante)	2,988	,321		9,295	,000
	INICIAL EMOCIONES negativas	-,023	,007	-,309	-3,493	,001
	INICIAL SUCEOS DE VIDA problemáticas familiares	-,028	,014	-,171	-2,029	,045

INICIAL EMOCIONES positivas	,015	,007	,176	2,022	,046
--------------------------------	------	------	------	-------	------

a Variable dependiente: variable dependiente inicial manejo de la enfermedad

Según los resultados, el modelo de regresión se ajusta a los datos, siendo capaz de reducir el error de predicción de la variable dependiente en un 23% (R cuadrada), tomando en cuenta 3 de los factores, asimismo los coeficientes de regresión son significativos, al igual que la ANOVA de regresión en donde su estadístico F resulta significativo  $p < .01$ . Podemos ver que las emociones negativas y los sucesos relacionados a las problemáticas familiares a la inversa, así como las emociones positivas, predicen un manejo general de la enfermedad, que incluye emociones, control del padecimiento y relación con el padecimiento, en las personas que viven con VIH/SIDA.

### Diabetes e Hipertensión

Tabla 146

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,398(a)	,158	,151	,43760
2	,462(b)	,213	,199	,42502
3	,491(c)	,241	,220	,41931

a Variables predictoras: (Constante), INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar

b Variables predictoras: (Constante), INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, INICIAL AFRONTAMIENTO evasivo

c Variables predictoras: (Constante), INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, INICIAL AFRONTAMIENTO evasivo, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte

Tabla 147

ANOVA(d)

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	4,107	1	4,107	21,450	,000(a)
	Residual	21,830	114	,191		
	Total	25,938	115			
2	Regresión	5,525	2	2,763	15,293	,000(b)
	Residual	20,412	113	,181		
	Total	25,938	115			
3	Regresión	6,245	3	2,082	11,840	,000(c)
	Residual	19,692	112	,176		
	Total	25,938	115			

a Variables predictoras: (Constante), INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar

b Variables predictoras: (Constante), INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, INICIAL AFRONTAMIENTO evasivo

c Variables predictoras: (Constante), INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, INICIAL AFRONTAMIENTO evasivo, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte

d Variable dependiente: variable dependiente inicial manejo de la enfermedad

Tabla 148

## Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1	(Constante)	3,102	,130		23,913	,000
	INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar	-,052	,011	-,398	-4,631	,000
2	(Constante)	3,282	,141		23,209	,000
	INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar	-,044	,011	-,331	-3,817	,000
	INICIAL AFRONTAMIENTO evasivo	-,030	,011	-,243	-2,801	,006
3	(Constante)	3,413	,154		22,190	,000
	INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar	-,040	,011	-,303	-3,495	,001
	INICIAL AFRONTAMIENTO evasivo	-,026	,011	-,215	-2,485	,014
	INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte	-,080	,040	-,172	-2,024	,045

a Variable dependiente: variable dependiente inicial manejo de la enfermedad

Según los resultados, el modelo de regresión se ajusta a los datos, siendo capaz de reducir el error de predicción de la variable dependiente en un 24.1% (R cuadrada), tomando en cuenta 3 de los factores, asimismo los coeficientes de regresión son significativos, al igual que la ANOVA de regresión en donde su estadístico F resulta significativo  $p < .01$ . Podemos ver que las creencias relacionadas a la muerte, el afrontamiento evasivo y las creencias relacionadas al castigo y mala

suerte a la inversa, predicen un manejo general de la enfermedad, que incluye emociones, control del padecimiento y relación con el padecimiento, en las personas del grupo de Diabetes e Hipertensión.

Muestra global

Tabla 149

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,441(a)	,194	,192	,57553
2	,478(b)	,228	,224	,56417
3	,494(c)	,244	,237	,55926
4	,508(d)	,259	,250	,55454
5	,518(e)	,268	,258	,55166

a Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas

b Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte

c Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte, INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar

d Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte, INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, INICIAL EMOCIONES positivas

e Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte, INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, INICIAL EMOCIONES positivas, INICIAL SUCESOS DE VIDA problemáticas con amistades o compañeros de trabajo

Tabla 150

ANOVA(f)

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	28,229	1	28,229	85,223	,000(a)
	Residual	116,928	353	,331		
	Total	145,157	354			
2	Regresión	33,121	2	16,561	52,031	,000(b)
	Residual	112,036	352	,318		
	Total	145,157	354			
3	Regresión	35,373	3	11,791	37,697	,000(c)
	Residual	109,784	351	,313		
	Total	145,157	354			
4	Regresión	37,528	4	9,382	30,510	,000(d)
	Residual	107,629	350	,308		
	Total	145,157	354			
5	Regresión	38,946	5	7,789	25,595	,000(e)
	Residual	106,210	349	,304		
	Total	145,157	354			

- a Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas
- b Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte
- c Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte, INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar
- d Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte, INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, INICIAL EMOCIONES positivas
- e Variables predictoras: (Constante), INICIAL EMOCIONES negativas, INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte, INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, INICIAL EMOCIONES positivas, INICIAL SUCESOS DE VIDA problemáticas con amistades o compañeros de trabajo
- f Variable dependiente: variable dependiente inicial manejo de la enfermedad

Tabla 151

## Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1	(Constante)	3,052	,082		37,175	,000
	INICIAL EMOCIONES negativas	-,027	,003	-,441	-9,232	,000
2	(Constante)	3,132	,083		37,725	,000
	INICIAL EMOCIONES negativas	-,021	,003	-,345	-6,545	,000
	INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte	-,061	,016	-,207	-3,920	,000
3	(Constante)	3,311	,106		31,226	,000
	INICIAL EMOCIONES negativas	-,015	,004	-,250	-3,938	,000
	INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte	-,057	,016	-,194	-3,692	,000
	INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar	-,024	,009	-,161	-2,683	,008
4	(Constante)	3,029	,150		20,231	,000
	INICIAL EMOCIONES negativas	-,012	,004	-,202	-3,098	,002
	INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte	-,057	,015	-,192	-3,692	,000
	INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional	-,025	,009	-,166	-2,775	,006

5	familiar					
	INICIAL EMOCIONES positivas (Constante)	,010	,004	,130	2,648	,008
		3,135	,157		19,987	,000
	INICIAL EMOCIONES negativas	-,011	,004	-,177	-2,686	,008
	INICIAL CREENCIAS relacionadas al castigo y mala suerte	-,058	,015	-,195	-3,767	,000
	INICIAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar	-,026	,009	-,176	-2,963	,003
	INICIAL EMOCIONES positivas	,009	,004	,129	2,649	,008
	INICIAL SUCECOS DE VIDA problemáticas con amistades o compañeros de trabajo	-,043	,020	-,101	-2,159	,032

a Variable dependiente: variable dependiente inicial manejo de la enfermedad

Según los resultados, el modelo de regresión se ajusta a los datos, siendo capaz de reducir el error de predicción de la variable dependiente en un 26.8% (R cuadrada), tomando en cuenta 5 de los factores, asimismo los coeficientes de regresión son significativos, al igual que la ANOVA de regresión en donde su estadístico F resulta significativo  $p < .01$ . Podemos ver que las emociones negativas, las creencias relacionadas a la muerte, las creencias relacionadas al castigo y mala suerte, y las problemáticas con amistades y compañeros de trabajo a la inversa, así como las emociones positivas, predicen un manejo general de la enfermedad, que incluye emociones, control del padecimiento y relación con el padecimiento, en los pacientes de la muestra global (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión).

Percepción sobre la etapa actual del diagnóstico

Neoplasias

Tabla 152

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,341(a)	,116	,109	,65877
2	,389(b)	,151	,137	,64841
3	,425(c)	,181	,159	,63981
4	,417(d)	,174	,160	,63972

a Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES negativas

- b Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES negativas, ACTUAL EMOCIONES positivas  
 c Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES negativas, ACTUAL EMOCIONES positivas, ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar  
 d Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES positivas, ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar

Tabla 153

## ANOVA(e)

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	6,630	1	6,630	15,278	,000(a)
	Residual	50,342	116	,434		
	Total	56,972	117			
2	Regresión	8,623	2	4,311	10,255	,000(b)
	Residual	48,349	115	,420		
	Total	56,972	117			
3	Regresión	10,306	3	3,435	8,392	,000(c)
	Residual	46,667	114	,409		
	Total	56,972	117			
4	Regresión	9,910	2	4,955	12,108	,000(d)
	Residual	47,062	115	,409		
	Total	56,972	117			

- a Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES negativas  
 b Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES negativas, ACTUAL EMOCIONES positivas  
 c Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES negativas, ACTUAL EMOCIONES positivas, ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar  
 d Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES positivas, ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar  
 e Variable dependiente: variable dependiente actual manejo de la enfermedad

Tabla 154

## Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1	(Constante)	4,042	,140		28,947	,000
	ACTUAL EMOCIONES negativas	-,030	,008	-,341	-3,909	,000
2	(Constante)	3,115	,448		6,959	,000
	ACTUAL EMOCIONES negativas	-,020	,009	-,229	-2,288	,024
	ACTUAL EMOCIONES positivas	,023	,011	,218	2,177	,032
3	(Constante)	3,216	,444		7,235	,000
	ACTUAL EMOCIONES negativas	-,010	,010	-,112	-,983	,328



4	ACTUAL EMOCIONES positivas	,025	,011	,231	2,334	,021
	ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar (Constante)	-,030	,015	-,204	-2,027	,045
	ACTUAL EMOCIONES positivas	2,968	,366		8,111	,000
	ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar	,030	,009	,277	3,187	,002
		-,038	,013	-,254	-2,919	,004

a Variable dependiente: variable dependiente actual manejo de la enfermedad

Según los resultados, el modelo de regresión se ajusta a los datos, siendo capaz de reducir el error de predicción de la variable dependiente en un 17.4% (R cuadrada), tomando en cuenta 2 de los factores, asimismo los coeficientes de regresión son significativos, al igual que la ANOVA de regresión en donde su estadístico F resulta significativo  $p < .01$ . Podemos ver que las emociones positivas, así como las creencias relacionadas a la muerte y que afecta gravemente la salud a la inversa, predicen un manejo general de la enfermedad, que incluye emociones, control del padecimiento y relación con el padecimiento, en los pacientes con cáncer.

#### VIH/SIDA

Tabla 155

#### Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,439(a)	,193	,186	,74439

a Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES positivas

Tabla 156

#### ANOVA(b)

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	15,774	1	15,774	28,467	,000(a)
	Residual	65,940	119	,554		
	Total	81,714	120			

a Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES positivas

b Variable dependiente: variable dependiente actual manejo de la enfermedad

Tabla 157

Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1	(Constante)	2,189	,281		7,796	,000
	ACTUAL EMOCIONES positivas	,046	,009	,439	5,335	,000

a Variable dependiente: variable dependiente actual manejo de la enfermedad

Según los resultados, el modelo de regresión se ajusta a los datos, siendo capaz de reducir el error de predicción de la variable dependiente en un 19.3% (R cuadrada), tomando en cuenta 1 de los factores, asimismo los coeficientes de regresión son significativos, al igual que la ANOVA de regresión en donde su estadístico F resulta significativo  $p < .01$ . Podemos ver que las emociones positivas, predicen un manejo general de la enfermedad, que incluye emociones, control del padecimiento y relación con el padecimiento, en los pacientes con VIH/SIDA.

#### Diabetes e Hipertensión

Tabla 158

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,471(a)	,222	,215	,46976
2	,521(b)	,272	,259	,45634
3	,547(c)	,300	,281	,44954
4	,577(d)	,333	,309	,44060
5	,609(e)	,371	,342	,43004

a Variables predictoras: (Constante), ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar

b Variables predictoras: (Constante), ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, ACTUAL AFRONTAMIENTO activo

c Variables predictoras: (Constante), ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, ACTUAL AFRONTAMIENTO activo, ACTUAL EMOCIONES positivas

d Variables predictoras: (Constante), ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, ACTUAL AFRONTAMIENTO activo, ACTUAL EMOCIONES positivas, ACTUAL AFRONTAMIENTO búsqueda de apoyo emocional otras personas no familia directa

e Variables predictoras: (Constante), ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, ACTUAL AFRONTAMIENTO activo, ACTUAL EMOCIONES positivas, ACTUAL AFRONTAMIENTO búsqueda de apoyo emocional otras personas no familia directa, ACTUAL SOPORTE SOCIAL familia amistades

Tabla 159

ANOVA(f)

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	7,161	1	7,161	32,448	,000(a)
	Residual	25,157	114	,221		
	Total	32,317	115			
2	Regresión	8,785	2	4,393	21,094	,000(b)
	Residual	23,532	113	,208		
	Total	32,317	115			
3	Regresión	9,684	3	3,228	15,973	,000(c)
	Residual	22,633	112	,202		
	Total	32,317	115			
4	Regresión	10,770	4	2,692	13,869	,000(d)
	Residual	21,548	111	,194		
	Total	32,317	115			
5	Regresión	11,975	5	2,395	12,951	,000(e)
	Residual	20,342	110	,185		
	Total	32,317	115			

a Variables predictoras: (Constante), ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar

b Variables predictoras: (Constante), ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, ACTUAL AFRONTAMIENTO activo

c Variables predictoras: (Constante), ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, ACTUAL AFRONTAMIENTO activo, ACTUAL EMOCIONES positivas

d Variables predictoras: (Constante), ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, ACTUAL AFRONTAMIENTO activo, ACTUAL EMOCIONES positivas, ACTUAL AFRONTAMIENTO búsqueda de apoyo emocional otras personas no familia directa

e Variables predictoras: (Constante), ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, ACTUAL AFRONTAMIENTO activo, ACTUAL EMOCIONES positivas, ACTUAL AFRONTAMIENTO búsqueda de apoyo emocional otras personas no familia directa, ACTUAL SOPORTE SOCIAL familia amistades

f Variable dependiente: variable dependiente actual manejo de la enfermedad

Tabla 160

Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1	(Constante)	4,094	,138		29,693	,000
	ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar	-,079	,014	-,471	-5,696	,000

2	(Constante)	3,623	,215		16,815	,000
	ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar					
	ACTUAL					
	AFRONTAMIENTO activo					
3	(Constante)	3,357	,247		13,602	,000
	ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar					
	ACTUAL					
	AFRONTAMIENTO activo					
		,032	,015	,177	2,158	,033
	ACTUAL EMOCIONES positivas	,012	,006	,176	2,109	,037
4	(Constante)	3,327	,242		13,736	,000
	ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar					
	ACTUAL					
	AFRONTAMIENTO activo					
	ACTUAL EMOCIONES positivas					
	ACTUAL					
	AFRONTAMIENTO búsqueda de apoyo emocional otras personas no familia directa					
		-,066	,014	-,393	-4,813	,000
	ACTUAL					
	AFRONTAMIENTO activo					
		,046	,016	,255	2,931	,004
	ACTUAL EMOCIONES positivas					
	ACTUAL					
	AFRONTAMIENTO búsqueda de apoyo emocional otras personas no familia directa					
		,014	,006	,209	2,520	,013
	ACTUAL					
	AFRONTAMIENTO búsqueda de apoyo emocional otras personas no familia directa					
		-,026	,011	-,210	-2,365	,020
5	(Constante)	3,139	,248		12,676	,000
	ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar					
	ACTUAL					
	AFRONTAMIENTO activo					
	ACTUAL EMOCIONES positivas					
	ACTUAL					
	AFRONTAMIENTO búsqueda de apoyo emocional otras personas no familia directa					
		-,066	,013	-,394	-4,954	,000
	ACTUAL					
	AFRONTAMIENTO activo					
		,051	,015	,283	3,310	,001
	ACTUAL EMOCIONES positivas					
	ACTUAL					
	AFRONTAMIENTO búsqueda de apoyo emocional otras personas no familia directa					
		,012	,006	,178	2,177	,032
	ACTUAL					
	AFRONTAMIENTO búsqueda de apoyo emocional otras personas no familia directa					
		-,039	,012	-,314	-3,280	,001

ACTUAL SOPORTE SOCIAL familia amistades	,017	,007	,220	2,553	,012
---	------	------	------	-------	------

a Variable dependiente: variable dependiente actual manejo de la enfermedad

Según los resultados, el modelo de regresión se ajusta a los datos, siendo capaz de reducir el error de predicción de la variable dependiente en un 37.1% (R cuadrada), tomando en cuenta 5 de los factores, asimismo los coeficientes de regresión son significativos, al igual que la ANOVA de regresión en donde su estadístico F resulta significativo  $p < .01$ . Podemos ver que las creencias relacionadas a la muerte y que afectan gravemente la salud así como la búsqueda de apoyo emocional e otras personas que no son familia directa a la inversa, el afrontamiento activo, las emociones positivas y el soporte social de la familia y amigos, predicen un manejo general de la enfermedad, que incluye emociones, control del padecimiento y relación con el padecimiento, en los pacientes del grupo de Diabetes e Hipertensión.

Muestra global

Tabla 161

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,372(a)	,139	,136	,65255
2	,430(b)	,185	,180	,63577
3	,443(c)	,196	,189	,63207

a Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES positivas

b Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES positivas, ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar

c Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES positivas, ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, ACTUAL AFRONTAMIENTO activo

Tabla 162

ANOVA(d)

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	24,178	1	24,178	56,779	,000(a)
	Residual	150,315	353	,426		
	Total	174,493	354			
2	Regresión	32,215	2	16,107	39,850	,000(b)
	Residual	142,278	352	,404		
	Total	174,493	354			
3	Regresión	34,264	3	11,421	28,588	,000(c)
	Residual	140,229	351	,400		
	Total	174,493	354			

a Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES positivas

- b Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES positivas, ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar
- c Variables predictoras: (Constante), ACTUAL EMOCIONES positivas, ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar, ACTUAL AFRONTAMIENTO activo
- d Variable dependiente: variable dependiente actual manejo de la enfermedad

Tabla 163

## Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta	B	Error típ.
1	(Constante)	2,535	,138		18,361	,000
	ACTUAL EMOCIONES positivas	,033	,004	,372	7,535	,000
2	(Constante)	3,017	,173		17,485	,000
	ACTUAL EMOCIONES positivas	,030	,004	,334	6,833	,000
	ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar	-,035	,008	-,218	-4,459	,000
3	(Constante)	2,735	,212		12,906	,000
	ACTUAL EMOCIONES positivas	,026	,005	,288	5,482	,000
	ACTUAL CREENCIAS relacionado a la muerte y que afecta gravemente la salud física emocional familiar	-,038	,008	-,238	-4,814	,000
	ACTUAL AFRONTAMIENTO activo	,034	,015	,118	2,265	,024

a Variable dependiente: variable dependiente actual manejo de la enfermedad

Según los resultados, el modelo de regresión se ajusta a los datos, siendo capaz de reducir el error de predicción de la variable dependiente en un 19.6% (R cuadrada), tomando en cuenta 3 de los factores, asimismo los coeficientes de regresión son significativos, al igual que la ANOVA de regresión en donde su estadístico F resulta significativo  $p < .01$ . Podemos ver que las emociones positivas y el afrontamiento activo, así como las creencias relacionadas a la muerte y que afecta gravemente la salud a la inversa, predicen un manejo general de la enfermedad, que incluye emociones, control del padecimiento y relación con el padecimiento, en los pacientes de la muestra global (Neoplasias, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión).

## Análisis cualitativos

### Análisis de contenido de variables psicosociales para los grupos de Neoplasias y VIH/SIDA

Con el objetivo de conocer puntos más específicos sobre las variables de estudio de interés, se anexaron preguntas abiertas en relación a emociones, pensamientos, afrontamiento, apoyo social, así como la mayor dificultad y lo que más les había ayudado en relación a la enfermedad, de estas preguntas se clasificaron sus respuestas y se hicieron categorías, a continuación se presentan las categorías encontradas para conocer sus frecuencias, tomando en cuenta ambos grupos de padecimientos (ver Anexos de categorización).

En relación a la pregunta, De las emociones sentidas cuando le dieron el diagnóstico, ¿cuál o cuáles fueron las más duraderas y por cuánto tiempo?, se obtuvo la siguiente tabla.

Tabla 164

Categorías cualitativas emociones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	tristeza/depresión	97	27,3	46,9	46,9
	angustia, ansiedad, culpa, decepción, desesperación, frustración, impotencia, incertidumbre, otras	40	11,3	19,3	66,2
	miedo	28	7,9	13,5	79,7
	alegría, bien, calma, tranquilidad, aceptación y esperanza	16	4,5	7,7	87,4
	nada/ni bien ni mal	15	4,2	7,2	94,7
	enojo/coraje	8	2,3	3,9	98,6
	soledad, distanciamiento	3	,8	1,4	100,0
	Total	207	58,3	100,0	
Perdidos	Sistema	148	41,7		
Total		355	100,0		

En cuanto a las emociones, podemos destacar mediante estos resultados que los sentimientos de tristeza son los que predominan en general para ambas enfermedades, de las cuales prosiguen emociones negativas diversas relacionadas a la preocupación y la ansiedad, una tercer categoría se relaciona con el miedo.

En relación a la pregunta, ¿Qué pensó en el momento del diagnóstico?, se obtuvo la siguiente tabla.

Tabla 165

## Categorías cualitativas pensamientos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	relacionados a la muerte	102	28,7	49,3	49,3
	buscar ayuda, hacer algo para curarme y seguir adelante	25	7,0	12,1	61,4
	la había regado, pensé en cosas malas, debido a malos hábitos, en la infección, generaría cambios en mi vida, otras	25	7,0	12,1	73,4
	castigo, porqué a mí, se me derrumbó el mundo, ni modo ya me dio	19	5,4	9,2	82,6
	en mi familia o en el sufrimiento de familiares	18	5,1	8,7	91,3
	aceptación, algo normal, ya me lo esperaba	9	2,5	4,3	95,7
	sobre cómo hacerle para decirle a los demás	5	1,4	2,4	98,1
	dificultades en el tratamiento	4	1,1	1,9	100,0
	Total	207	58,3	100,0	
Perdidos	Sistema	148	41,7		
Total		355	100,0		

En cuanto a los pensamientos, predominan pensamientos asociados a la muerte para ambas enfermedades, teniendo el mayor puntaje de frecuencia, asimismo pensamientos asociados a tener un afrontamiento activo, así como pensamientos relacionados a la culpa.

En relación a la pregunta, ¿Qué hizo en el momento del diagnóstico?, se obtuvo la siguiente tabla.

Tabla 166

## Categorías cualitativas afrontamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	llorar, estar triste	75	21,1	36,2	36,2
	dormir tomar, guardarme todo, aislé, nada, negar la enf, pensar cosas estresantes, en suicidarme, otras	55	15,5	26,6	62,8



	aceptar luchar enfermedad, buscar ayuda, informarme, llevar tx médico y psic, con calma, otras	50	14,1	24,2	87,0
	apoyarme en familia, pareja y amigos, en dios	27	7,6	13,0	100,0
	Total	207	58,3	100,0	
Perdidos	Sistema	148	41,7		
Total		355	100,0		

En cuanto a las conductas de afrontamiento sobresale la categoría de llorar y estar triste, como las reacciones principales al recibir la noticia del diagnóstico para ambas enfermedades. Por otra parte resaltan conductas de evasión, siguiendo una tercera categoría asociada a comportamientos de búsqueda de información y luchas con la enfermedad.

En relación a la pregunta, Aparte del personal médico, ¿ha hablado Usted de su situación de enfermedad con alguien más?, ¿Con quiénes?, se obtuvo la siguiente tabla.

Tabla 167

## Categorías cualitativas apoyo social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Familia	62	17,5	30,0	30,0
	amigos(as)	40	11,3	19,3	49,3
	Nadie	35	9,9	16,9	66,2
	pareja/esposo(a)	19	5,4	9,2	75,4
	hermana	13	3,7	6,3	81,6
	Otros	7	2,0	3,4	85,0
	Mamá	6	1,7	2,9	87,9
	Hijos	6	1,7	2,9	90,8
	otros pacientes	6	1,7	2,9	93,7
	Papás	5	1,4	2,4	96,1
	psicólogo	4	1,1	1,9	98,1
	Médico	2	,6	1,0	99,0
	Papá	1	,3	,5	99,5
	hermano	1	,3	,5	100,0
	Total	207	58,3	100,0	
Perdidos	Sistema	148	41,7		
Total		355	100,0		

En cuanto al soporte social, resalta la categoría asociada a recibir apoyo por parte de la familia, de la cual siguió la categoría asociada a las amistades y una tercera categoría asociada a no recibir apoyo de nadie, esto para ambos grupos de padecimientos.

En relación a la pregunta, ¿cuál considera sería la mayor dificultad que se ha presentado en su situación de enfermedad?, se obtuvo la siguiente tabla.

Tabla 168

Categorías cualitativas mayor dificultad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	síntomas, tratamiento, traslado, tiempo de consulta, no seguir el tratamiento, otras	46	13,0	22,2	22,2
	Nada	35	9,9	16,9	39,1
	dificultades para obtener empleo o rendimiento en el trabajo	29	8,2	14,0	53,1
	economía	23	6,5	11,1	64,3
	preocupación por la familia	15	4,2	7,2	71,5
	hablarlo y relacionarte con los demás	13	3,7	6,3	77,8
	cambios en estilo de vida	11	3,1	5,3	83,1
	rechazo familiar, sociedad, soledad	11	3,1	5,3	88,4
	impacto emocional	10	2,8	4,8	93,2
	aceptación	8	2,3	3,9	97,1
	dificultad para tener pareja	6	1,7	2,9	100,0
	Total	207	58,3	100,0	
Perdidos	Sistema	148	41,7		
Total		355	100,0		

En lo que se refiere a las mayores dificultades para ambos grupos de padecimientos, pudieron resaltar los síntomas y tratamientos, sin embargo resaltan también las categorías asociadas con la economía y las dificultades para obtener empleo o tener rendimiento en el mismo.

En relación a la pregunta, ¿cuál considera que ha sido lo que más le ha ayudado en su situación de enfermedad?, se obtuvo la siguiente tabla.

Tabla 169

Categorías cualitativas lo que más ha ayudado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Familia	60	16,9	29,0	29,0
	autoestima, esperanza, fuerza de voluntad, ser más humano, aceptación, metas, uno mismo	34	9,6	16,4	45,4

	ayuda espiritual, dios, fe, religión	23	6,5	11,1	56,5
	Hijos	19	5,4	9,2	65,7
	tratamiento	14	3,9	6,8	72,5
	médico y psicólogo	11	3,1	5,3	77,8
	pareja/esposo(a)	11	3,1	5,3	83,1
	Madre	7	2,0	3,4	86,5
	conciencia sexo seguro, dejar vicios, informarme más, descanso	7	2,0	3,4	89,9
	otras (esperanza en embarazo, que alguien se preocupe por mí, nada, mascotas, macetas)	7	2,0	3,4	93,2
	instituciones, conocer otros pacientes, grupos de apoyo	6	1,7	2,9	96,1
	Amigos	4	1,1	1,9	98,1
	Trabajo	4	1,1	1,9	100,0
	Total	207	58,3	100,0	
Perdidos	Sistema	148	41,7		
Total		355	100,0		

En cuanto a los aspectos que más les han ayudado en cuanto al padecimiento, resaltan categorías asociadas a aspectos sociales como la familia, asimismo a cuestiones individuales como la autoestima, la fuerza de voluntad y la aceptación, englobándose en una categoría.

#### Asociación de variables en cuanto a grupo de padecimiento (Neoplasias y VIH/SIDA)

Con la finalidad de hacer comparaciones por grupos de padecimiento, para determinar asociaciones entre las variables, se realizaron recategorizaciones de las variables, para hacer análisis comparativos mediante el estadístico de Chi-cuadrado, teniendo como resultados lo siguiente.

En cuanto a las emociones, se encontró que el valor de Chi-cuadrado es de 15.56 con significancia de .004, lo que indica que la variable emociones está asociada para ambos grupos.

Tabla 170

Tabla de contingencia

		diagnósticos agrupados		Total
		neoplasias	vih/sida	
categoria	tristeza/depresión			
cualitativa		49	48	97
emociones				
recategorizada 2	miedo	14	14	28

emociones positivas	13	3	16
otras emociones negativas	15	36	51
nada	5	10	15
Total	96	111	207

Tabla 171

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,569(a)	4	,004
Razón de verosimilitudes	16,269	4	,003
Asociación lineal por lineal	4,336	1	,037
N de casos válidos	207		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,96.

En relación a los pensamientos, se encontró que el valor de Chi-cuadrado es de 2.99 con significancia de .224, lo que indica que la variable de pensamientos no está asociada para ambos grupos.

Tabla 172

## Tabla de contingencia

		diagnósticos agrupados		Total
		neoplasias	vih/sida	
categoría cualitativa pensamientos recategorizada 2	relacionados a la muerte	47	55	102
	evento de impacto negativo que exige cambios	29	42	71
	hacer algo al respecto	20	14	34
Total		96	111	207

Tabla 173

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,995(a)	2	,224
Razón de verosimilitudes	2,998	2	,223
Asociación lineal por lineal	,724	1	,395
N de casos válidos	207		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,77.

En cuanto al tipo de afrontamiento, se encontró que el valor de Chi-cuadrado es de 7.62 con significancia de .055, lo que indica que la variable de afrontamiento no está asociada para ambos grupos, aunque tiende a tener asociación.

Tabla 174

Tabla de contingencia

		diagnósticos agrupados		Total
		neoplasias	vih/sida	
categorías cualitativas afrontamiento	aceptar luchar enfermedad, buscar ayuda, informarme, llevar tx médico y psic, con calma, otras	20	30	50
	dormir tomar, guardarme todo, aislé, nada, negar la enf, pensar cosas estresantes, en suicidarme, otras	19	36	55
	llorar, estar triste	42	33	75
	apoyarme en familia, pareja y amigos, en dios	15	12	27
Total		96	111	207

Tabla 175

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,621 (a)	3	,055
Razón de verosimilitudes	7,684	3	,053
Asociación lineal por lineal	4,656	1	,031
N de casos válidos	207		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,52.

En relación al apoyo social, se encontró que el valor de Chi-cuadrado es de 15.38 con significancia de .004, lo que indica que en la variable de soporte social hay asociación para ambos grupos,

Tabla 176

Tabla de contingencia

		diagnósticos agrupados		Total
		neoplasias	vih/sida	
categorías cualitativas apoyo social recategorizada 2	amigos(as)	15	25	40
	familia	55	39	94

	nadie	10	25	35
	pareja/esposo(a)	5	14	19
	otros	11	8	19
Total		96	111	207

Tabla 177

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,383(a)	4	,004
Razón de verosimilitudes	15,732	4	,003
Asociación lineal por lineal	,198	1	,657
N de casos válidos	207		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,81.

## Capítulo VI

### Discusión y conclusiones

Se pudo corroborar al igual que en otros estudios y teorías relacionadas a la psicología social (Moscovici, 1998; Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Álvarez, 2002; Falvo, 1991), que el suceso de enfermedad crónica se define más allá de un proceso fisiológico, como un fenómeno psicosocial, esto es, una vivencia que involucra diversos procesos psicológicos tanto emocionales, comportamentales y representacionales, que van inmersos en un contexto social que se va modificando a la par del desarrollo de las mismas interacciones sociales, o bien con las interacciones sociales inmersas al objeto o fenómeno; en este caso la enfermedad crónica.

Por medio del estudio realizado, se obtuvieron datos de relevancia que pudieron tanto alcanzar como soportar los objetivos que se habían propuesto, que de forma resumida estaban asociados a conocer los distintos comportamientos de carácter psicosocial; en términos de emociones, creencias, soporte social, afrontamiento y sucesos de vida, asociados a tres grupos principales de enfermedad crónica como lo son las neoplasias, VIH/SIDA y diabetes e hipertensión, datos que a su vez fueron obtenidos mediante el desarrollo, la adaptación y la creación de una batería de evaluación psicosocial que presentó propiedades psicométricas iniciales adecuadas, así como poder contrastar algunos de los datos mediante el análisis de contenido referente a las respuestas prototípicas de los pacientes participantes.

En cuanto a la construcción de los instrumentos, el análisis factorial exploratorio da sentido de cómo las variables se pueden ir desglosando en subvariables subyacentes. En el caso de la escala de emociones, el estudio piloto arrojó datos generales de la construcción de la escala, determinando subvariables emocionales tanto positivas como negativas, y tanto de alto como bajo impacto, coincidiendo con algunos estudios previos (Decuir-Gunby, Price-Aultman, y Schutz, 2009). Sin embargo los análisis factoriales finales determinaron el constructo de las emociones como una división en tres factores, tanto positivas como negativas, y una tercera división asociada a la resignación positiva, considerando esta subvariable como una variable mediadora, asociada un tanto a la aceptación de la enfermedad.

En cuanto a la escala de soporte social, los análisis factoriales de piloteo así como los finales, tuvieron una tendencia hacia indicadores relacionados con el de dónde provenía el apoyo en condiciones de la enfermedad (familia, amigos, pareja, otros), agrupando en un solo factor algunos de los reactivos tanto orientados a un soporte objetivo como percibido. Estos resultados son opuestos a lo que otros autores han encontrado de cómo se conformaría el constructo de soporte social, tomando en cuenta tanto aspectos objetivos, percibidos, emocionales e instrumentales (Broadhead, 1988; Carrolles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003).

La escala de afrontamiento que se trabajó en este estudio, tuvo similitudes en cuanto a los análisis factoriales piloto y finales, se encuentra un factor asociado a lidiar con la enfermedad de manera activa orientado a la búsqueda de información y seguir los tratamientos, siendo el mayor peso explicativo; así como un factor asociado a conductas de carácter evasivo. Un tercer factor surgió en el estudio piloto el cual se desglosó en otros dos en el estudio final, asociado al afrontamiento por búsqueda de

apoyo emocional tanto familiar como no familiar. Los tres factores encontrados son clásicos en la literatura de la disciplina en cuanto a formas de afrontar la situación de enfermedad ya sea a través de hacer algo al respecto, evadirse de la enfermedad, o buscar apoyo para hacerse cargo de las emociones (Basabe y Páez, 1992; Lazarus y Folkman, 1984; Nerenz y Leventhal, 1983; Taylor, 1999; Álvarez, 2002).

En la escala de creencias asociadas a la enfermedad, se obtuvieron factores subyacentes encontrados en la literatura, como lo son creencias asociadas a la muerte y la gravedad de la enfermedad (Cantú-Guzmán, Álvarez, Torres y Martínez, 2012), creencias asociadas a la incapacidad (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Cabrera, Tascón y Lucumi, 2001), así como creencias asociadas al castigo y la mala suerte (Swaans et al., 2008; Álvarez, 2002).

La escala de sucesos de vida resultante, se modificó en gran medida a la escala original de Sandín y Chorot (1987) empleada en nuestro estudio, teniendo un menor número de reactivos, 8 vs. 29 respectivamente. Los análisis piloto y finales nos mostraron que muchos de los eventos de vida señalados en la escala original no tenían significancia en nuestra muestra de estudio, al ser eliminados las propiedades psicométricas de la escala mejoraron por lo cual se decide quedarse con la versión de 8 reactivos, los cuales se asociaron a sucesos de vida que se relacionan básicamente con dificultades en las relaciones interpersonales, ya sea en familia o en el trabajo (Remor et al., 2008; Fleishman et al., 2000).

Todas las escalas tuvieron indicadores de confiabilidad  $\alpha$  de Cronbach considerados como adecuados, con valores entre  $>.70$  y  $<.90$ , lo cual indican adecuadas propiedades psicométricas. Considerando el número de participantes ( $>450$ ) para evaluar las propiedades psicométricas de la batería de evaluación y las modificaciones hechas a cada uno de los apartados de los instrumentos (ver Anexos), creemos que los resultados al respecto son pertinentes sobre todo considerando que es un instrumento de reciente creación y aplicación, en nuestro contexto.

Los datos descriptivos iniciales, fueron primordiales para entender como los comportamientos de los pacientes con diagnóstico de cáncer o neoplasia, en el momento del diagnóstico del padecimiento, se relacionan con creencias asociadas a gravedad y muerte (Valencia-Lara 2006; Cantú-Guzmán y Álvarez, 2011), asimismo se descubre un componente social que se asocia como eso afecta a la familia. Igualmente se descubre cómo se experimentan emociones negativas tales como tristeza y miedo, pero también emociones positivas como la esperanza, donde predomina la idea de la supervivencia. Además, utilizan en su mayoría un afrontamiento activo asociado a buscar atención médica y adhesión a los tratamientos, así como buscar información y cuidar sus hábitos de salud, junto con un apoyo social objetivo y subjetivo por parte de personas en general y del médico. En cuanto a los sucesos vitales asociados resaltaron los que tienen que ver con incapacidad como dificultades en actividad sexual y laboral, así como estar expuesto a enfermedades de otros familiares, lo que pudiera incrementar el afectar sus estados emocionales hacia un estado negativo (Gronskaya-Palesh et al., 2006).

Para el momento actual del padecimiento, el grupo de Neoplasias presenta cambios en cuanto a sus creencias, entendiendo a la enfermedad como una señal importante en sus vidas, como algo positivo y de beneficio y algo que afecta a la familia. Se presentan emociones positivas tales como esperanza, seguridad y



confianza. El afrontamiento y el soporte social se mantienen igual de forma general. Estos resultados coinciden con lo encontrado por otros autores en cuanto a que para una mejor adaptación a la enfermedad se requiere no tener pensamientos o creencias negativas (Devine et al., 2003).

En cuanto a las personas que viven con VIH/SIDA, el perfil inicial de la enfermedad se caracteriza, al igual que las personas con neoplasias, con creencias asociadas a la muerte, a la gravedad y que afecta al contexto familiar (Chida y Vedhara, 2009; Swaans et al., 2008; Remor et al., 2008; Cantú-Guzmán, Álvarez, Torres y Martínez, 2012). En cuanto a las emociones se manifiestan básicamente negativas de alto impacto como tristeza y miedo (Siegel y Schrimshaw, 2007), coincidiendo con los enfermos de cáncer, aunque en este grupo de personas con VIH/SIDA aparece de forma relevante la culpa (Siegel y Lekas, 2002), la cual se asocia básicamente a algo que el propio paciente hizo, como tener conductas sexuales de riesgo. Se cuenta asimismo con un afrontamiento activo de búsqueda de información y atención, y un soporte social en donde destaca el apoyo emocional por parte del médico. De la misma forma dichos pacientes parecen estar expuestos a la vivencia de la enfermedad de otros familiares, amigos o pareja, así como a la muerte de algunos de estos. Además se destacan también las dificultades en cuanto a la cuestión laboral, lo cual conlleva a un estresor de carácter económico. Dichos resultados coinciden de forma general con lo encontrado en otros estudios (Sikkema et al., 2000; Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003).

Para el momento actual del padecimiento, las personas que viven con VIH/SIDA, cambian sustancialmente sus creencias a diferencia del momento del diagnóstico donde se asocian a aspectos negativos, transformándose al momento actual a entender a la enfermedad como algo que depende de ellos y que es una señal importante en sus vidas, aunque si bien sigue predominando la creencia asociada a la muerte. Sus emociones también han cambiado de ser negativas al momento del diagnóstico a esperanza, ánimo y confianza actualmente, esto asociado al cambio de representación en cuanto al entendimiento inicial negativo o catastrofista a una representación más optimista basada en el control de la enfermedad a través de la adhesión a los tratamientos y cambio de hábitos de salud, de igual manera las creencias asociadas a la muerte no presentan un perfil de inmediatez, sino que esta se puede presentar no necesariamente asociada al VIH. Se mantiene un soporte social y un afrontamiento similar en ambos periodos relacionado a la búsqueda de información, lo cual pudiera ser un indicador de mejora en calidad de vida o adaptación (Friedland, Renwick y Mccoll, 1996).

Por su parte, los enfermos con Diabetes e Hipertensión al momento del diagnóstico poseen un perfil caracterizado por creencias asociadas a que la enfermedad es grave, dato que entra en contradicción con lo encontrado por otros autores (Escobar et al., 2000; Velázquez et al., 2002), asimismo se lo explican como de origen genético y que depende de ellos mismos. A diferencia de los pacientes con Neoplasias o VIH/SIDA, las personas con Diabetes e Hipertensión perciben a la enfermedad como algo más del ámbito individual y no social como lo denotaron los pacientes con las otras enfermedades. También a diferencia de los pacientes con Neoplasias o VIH/SIDA, el grupo de pacientes de diabetes e hipertensión sus emociones se caracterizan por ser más positivas como la resignación, la esperanza y la confianza, lo que difiere con lo encontrado por otros autores que refieren que los pacientes presentaban emociones negativas como depresión y ansiedad (Colunga-

Rodríguez, 2008; Riveros et al., 2005). Asimismo este grupo de pacientes presentan un afrontamiento activo coincidiendo con los pacientes con neoplasias y con VIH/SIDA. En cuanto al apoyo cuentan con un apoyo más de tipo instrumental por parte del médico, así como un apoyo objetivo y percibido de personas que los rodean en general. Estos pacientes parecen estar más expuestos a sucesos no solo de enfermedad y hospitalización de otros familiares, sino también a discusiones fuertes de pareja, siendo esto similar a otros estudios (Fisher et al., 2007), posiblemente asociado a los acuerdos que tienen que llevar en cuanto a la adhesión a los tratamientos, referente a los cambios en hábitos alimenticios, ejercicio, entre otros. Para el momento actual de los padecimientos presentan cambios en sus creencias, concibiendo ahora a la enfermedad como algo natural, sintiéndose con tranquilidad y calma en lugar de resignación y esperanza.

En base a toda la información se obtiene un perfil general inicial de enfermedad crónica que se asocia a la enfermedad como algo grave, relacionado con la muerte y que afecta a la familia, siendo congruente como lo señalado en otros estudios (Valencia-Lara 2006; Cantú-Guzmán y Álvarez, 2011; Chida y Vedhara, 2009; Swaans et al., 2008; Remor et al., 2008; Cantú-Guzmán, Álvarez, Torres y Martínez, 2012), y lo cual también hemos encontrado en los grupos de pacientes con diabetes e hipertensión.

Desde la perspectiva de las representaciones se señala, que las mismas están en un proceso continuo de constituidas y constituyentes, que en nuestro estudio sobre las enfermedades crónicas se manifiesta a través de cómo las creencias van cambiando desde el diagnóstico hasta el momento actual del padecimiento, atravesando por ideas tales como, la enfermedad es una señal importante en la vida y es algo que depende de uno, aunque sigue manteniéndose la creencia de que es algo que afecta a la familia, predominando la parte social. Algo similar ocurre en las emociones, en donde en momento del diagnóstico predominan emociones como tristeza y miedo, las cuales se modifican posteriormente de acuerdo al periodo del padecimiento por tener ánimo y confianza, asimismo la esperanza parece ser un sentimiento que se mantiene desde el principio, por lo que se entiende que las amenazas a las que teme el enfermo crónico (Falvo, 1991), no son permanentes debido al periodo de la enfermedad y del mismo cambio de representación que se va generando de la misma.

Asimismo se pudieron detectar diferencias y semejanzas en los perfiles de los padecimientos crónicos estudiados (neoplasias, VIH/SIDA y diabetes e hipertensión), asimismo se pudo encontrar mediante análisis cuantitativos que la mayoría de los factores presentan diferencias significativas entre los tres grupos de enfermos, esto denota y corrobora que existen diferencias en cada perfil de comportamiento para cada grupo de enfermos asociado a las diferentes representaciones que se tienen de la enfermedad, sin importar que todas sean crónicas.

Se encontró que en cuanto a sentir resignación positiva; una resignación asociada a emociones positivas como tranquilidad y calma, no hubo diferencias entre los grupos de neoplasias, VIH/SIDA y diabetes e hipertensión, esto puede indicar que pudiera haber emociones o creencias asociadas a la aceptación general de un padecimiento crónico, tema que abordan algunos autores de manera general (Decuir-Gunby, Price-Aultman, y Schutz, 2009; Rivera y Gallardo, 2005; Carrobes, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003).

Asimismo en cuanto al apoyo del médico, no presenta diferencias para los grupos de padecimientos en una etapa inicial, esto pudiera denotar que el médico es una fuente primordial de apoyo para el enfermo crónico, tal y como lo han referido en otros estudios (Almeida y Matos, 2003; Árcega-Domínguez, Lara-Muñoz y Ponce-de-León-Rosales, 2005), *“la explicación del médico me hizo sentir mejor...”*, *“el médico lo alienta a uno...”* o *“el especialista dijo hay que operar y yo dije adelante...”* (Cantú-Guzmán y Álvarez, 2011), así, en base a los datos descriptivos parece ser que existe un apoyo emocional por parte del médico en una etapa posterior y no en la inicial, lo cual se considera también pudiera ser de beneficio recibir ese apoyo en los primeros momentos del diagnóstico.

Asimismo las dificultades laborales parecen ser estar más presentes en el momento inicial de la enfermedad y no posteriormente, esto posiblemente asociado a la adaptación que el paciente requiere a la misma.

En relación al grupo de VIH/SIDA, se pudo encontrar que hay diferencias significativas en cuanto a los grupos que se clasificaron por la cantidad de células CD4 y sus estados afectivos, quienes se encontraban en el estadio de menor conteo de células o bien el estadio más grave que representa ya el cuadro clínico de diagnóstico de SIDA, tienen una menor resignación positiva, esto coincide con otros estudios que han encontrado asociaciones entre esos conteos de células (<200 CD4) y estados afectivos negativos asociados a depresión o menor calidad de vida (Burack et al., 1993; Jia et al., 2007). Por el contrario quienes tuvieron mayor puntaje en cuanto a dificultades con amistades y compañeros de trabajo, fue el tercer grupo de clasificación con el conteo mayor de células.

En cuanto a los análisis cualitativos para complementar los datos de los padecimientos de neoplasias y VIH/SIDA, se encuentran datos que corroboran los datos encontrados de forma cualitativa. En cuanto a las emociones, podemos destacar mediante estos resultados que los sentimientos de tristeza son los que predominan en general para ambas enfermedades, de las cuales prosiguen emociones negativas diversas relacionadas a la preocupación y la ansiedad, una tercera categoría se relaciona con el miedo. En cuanto a los pensamientos, predominan pensamientos asociados a la muerte para ambas enfermedades, teniendo el mayor puntaje de frecuencia, asimismo pensamientos asociados a tener un afrontamiento activo, así como pensamientos relacionados a la culpa.

En cuanto a las conductas de afrontamiento sobresale la categoría de llorar y estar triste, como las reacciones principales al recibir la noticia del diagnóstico para ambas enfermedades. Por otra parte resaltan conductas de evasión, siguiendo una tercera categoría asociada a comportamientos de búsqueda de información y luchas con la enfermedad. En cuanto al soporte social, resalta la categoría asociada a recibir apoyo por parte de la familia, de la cual siguió la categoría asociada a las amistades y una tercera categoría asociada a no recibir apoyo de nadie, esto para ambos grupos de padecimientos.

En lo que se refiere a las mayores dificultades para ambos grupos de padecimientos, pudieron resaltar los síntomas y tratamientos, sin embargo resaltan también las categorías asociadas con la economía y las dificultades para obtener empleo o tener rendimiento en el mismo. En cuanto a los aspectos que más les han

ayudado en cuanto al padecimiento, resaltan categorías asociadas a aspectos sociales como la familia, asimismo a cuestiones individuales como la autoestima, la fuerza de voluntad y la aceptación, englobándose en una categoría. De todos estos datos, se pudieron encontrar indicadores de asociación del impacto emocional para ambos padecimientos, así como en cuanto al soporte social, una falta de asociación entre las variables indican perfiles diferentes para los padecimientos en cuanto a las formas de afrontar y los pensamientos o creencias que se tienen en cuanto al recién diagnóstico. Aspectos que corroboran los datos cuantitativos del estudio, así como de otros estudios citados previamente.

En lo que se refiere a las variables predictoras de un mejor manejo general de la enfermedad, asociado a emociones, control y relación con el padecimiento, se describe a continuación por padecimiento. En cuanto al grupo de Neoplasias, podemos concluir que las emociones positivas incluyendo la resignación como tal y el no tener creencias relacionadas al castigo y la mala suerte, predicen un manejo general de la enfermedad, que incluye emociones, control del padecimiento y relación con el padecimiento, en los enfermos con cáncer. Si nos posicionamos en un periodo más avanzado de la enfermedad, el no tener creencias asociadas a la muerte o que afecta gravemente a la salud podría predecir su mejor manejo. Estos hallazgos pudieran ir acorde a lo que propone el Modelo de Sentido Común (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980) en cuanto a las creencias y la representación de la enfermedad, sin embargo en estos resultados las emociones aparecen como un factor que predice un manejo general de la enfermedad y por supuesto no solamente el apartado afectivo.

Para el grupo de personas que viven con VIH/SIDA, podemos concluir que las emociones positivas y el no tener sucesos relacionados a las problemáticas familiares, predicen un manejo general de la enfermedad, como lo han propuesto otros autores (Chida y Vedhara, 2009; Fleishman et al., 2000). Estas problemáticas familiares no aparecen como predictoras en el momento avanzado de la enfermedad, posiblemente asociado a la adaptación y aceptación familiar que se va desarrollando con el tiempo.

Finalmente podemos concluir que el no tener creencias relacionadas a la muerte, no presentar un afrontamiento evasivo y el no tener creencias relacionadas al castigo y mala suerte, predicen un manejo general de la enfermedad, en las personas del grupo de Diabetes e Hipertensión. Para un periodo más avanzado de la enfermedad se pueden tomar variables predictoras en el manejo de esta tales como no tener creencias relacionadas a la muerte y que afectan gravemente la salud y el no buscar apoyo emocional en personas fuera de la familia; o bien el soporte social de la familia, el afrontamiento activo y las emociones positivas, lo que indica la importancia de la familia para el manejo del mismo paciente, tal como lo indican otros autores (Fisher et al., 2007). Estos hallazgos indican en un primero momento la relevancia de los hábitos de salud en este tipo de padecimientos como lo citan otros autores (Duangdao y Roesch, 2008), sin embargo, aparecen de nueva cuenta las creencias, coincidiendo con otros estudios (Mann et al., 2009), lo que nos habla de la importancia que las formas de representación tienen sobre el manejo de los padecimientos.

Si consideramos un perfil general de enfermos crónicos considerando los diagnósticos estudiados, podemos concluir que para un mejor manejo general del padecimiento, las variables que lo pueden predecir pudieran ser el no tener creencias relacionadas a la muerte, al castigo o la mala suerte, las emociones positivas, y el no tener dificultades con amistades o compañeros de trabajo. Así para un periodo

avanzado de los padecimientos las variables predictoras de un mejor manejo en general podrían ser las emociones positivas, el afrontamiento activo, así como el no tener creencias relacionadas a la muerte. Lo que nos hace ver la importancia de las creencias sociales en relación a las enfermedades básicamente asociadas a la muerte, lo cual nos indica que debemos de trabajar en hacer ver a las personas que el tener una enfermedad de esa naturaleza no necesariamente está asociada a la muerte y no necesariamente no se puede hacer nada contra la enfermedad.

De acuerdo a lo encontrado en estos datos, en cuanto a que los aspectos emocionales y los de creencias, que aparecen como factores predictores en la mayoría de los casos de padecimientos crónicos así como en la muestra global, se puede contrastar los modelos de creencias (Becker) que hablan de que a mayores dificultades percibidas en relación a la enfermedad, más dificultades de llevar acciones en contra de estas, o bien contrastar con el modelo autorregulatorio de Leventhal, en cuanto a la importancia del manejo de los aspectos emocionales para hacer frente de mejor forma a la enfermedad. Dichos datos nos señalan la importancia de discutir acerca de los modelos que no incluyen a las emociones y tienden más hacia la parte cognitiva y evaluativa (por ejemplo Bandura, Ajzen y Fishbein). Los datos resultantes nos indican que existe una clara representación social en cuanto al padecimiento crónico; en este caso cualquiera de los padecimientos estudiados. En un primer momento por las variables resultantes que integran aspectos sociales tanto de interacciones como aspectos normativos y en un segundo momento, por los cambios representacionales que se pudieron detectar mediante los datos obtenidos en ambos tiempos de padecimiento. De esta manera coincide con que las representaciones sociales en el área de la salud y enfermedad, tienen una naturaleza de carácter social (Álvarez, 2002, Cantú-Guzmán y Álvarez, 2011), porque se crean y comparten de manera grupal, por el contexto de estos grupos, por el proceso de comunicación que se establece entre ellos, así como por el acervo cultural que poseen y les proporciona cuadros de aprehensión, así por la pertenencia social específica que les procura códigos, valores e ideologías (Jodelet y Guerrero-Tapia, 2000; Álvarez, 2002, Cantú-Guzmán y Álvarez, 2011).

En la revisión de la literatura no se encontraron estudios que contrastaran exactamente las mismas variables de este estudio, tampoco se encontraron que se midieran o evaluaran en ambos tiempos tanto el inicial como un periodo actual donde se encontrase la enfermedad del paciente. Asimismo tampoco se encontraron estudios que compararan perfiles en cuanto a los diagnósticos revisados en este estudio, por lo que se considera un área de oportunidad para líneas de investigación.

Nuestro estudio de forma general, nos muestra como señalan autores como Vygotski y Moscovici, que los procesos psicológicos superiores siempre tendrán a ser a mediano y largo plazo, esto es importante debido a que ha habido una serie de sobregeneralizaciones en relación a las enfermedades crónicas y la forma de trabajar con ellas, los datos nos muestran que no es lo mismo trabajar con los pacientes al momento del diagnóstico de la enfermedad, durante el tratamiento, o en seguimiento, además encontramos que muchos de los pacientes viven otras situaciones más allá de la propia enfermedad, como restricciones de carácter económico o problemáticas familiares o laborales, que pueden afectar su relación con el padecimiento. Además vemos también en el estudio la importancia que juega el soporte social tanto de manera positiva como negativa, es decir si te apoyan para hacer frente al padecimiento o son un obstáculo más en la vivencia de la enfermedad. Todo lo anterior nos hace ver

la importancia de estudiar el proceso de salud y enfermedad, con una visión multifactorial, contextual y procesal (Álvarez, 2002; Álvarez, 2004; Cantú-Guzmán y López-Basurto, 2009; Cantú-Guzmán y Álvarez, 2011; Cantú-Guzmán, Álvarez, Torres y Martínez, 2012).

## Referencias bibliográficas

- Aguero-Trotter, D. (2004). Effects of a stress management and coping skills training program on psychological distress, coping and adjustment of cancer patients. Disertación doctoral no publicada, Fairleigh Dickinson University, Teaneck, EE.UU.
- Ahlström, G. (2007). Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (3a), 76-83.
- Almeida, V. y Matos, A.P. (2003). La diabetes en la adolescencia, un estudio biopsicosocial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 61-76.
- Alvarado-Aguilar, S. (2004). Psicooncología en México (perspectiva histórica). *Gaceta Mexicana de Oncología*, 3 (3), 82-85.
- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: Análisis Psicosocial*. México: Trillas.
- Alvarez, J. (2004). *Los jóvenes y sus hábitos de salud*. México: Trillas.
- American Institute of Stress (s.f.). Depression and antidepressants. Consultado el 10 de enero de 2007 en [www.stress.org/topic-antidepressants.htm](http://www.stress.org/topic-antidepressants.htm)
- Árcega-Domínguez, A., Lara-Muñoz, C. y Ponce-de-León-Rosales, S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista Investigación Clínica*, 57 (5), 676-684.
- Arora, N.K., Finney-Rutten, L.J., Gustafson, D.H., Moser, R. y Hawkins, R.P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 474-486. doi:10.1002/pon.1084
- Asociación Mexicana contra el Cáncer de Mama A.C. Acerca de la Fundación. Consultado el 13 de septiembre de 2006 en <http://www.fundacioncima.org>
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 505-520.
- Basabe, N. y Páez, D. (1992). *Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones sociales*. Bilbao: Fundamentos.
- Baum, A. y Posluszny, D.M. (1999). Health Psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163.
- Bellón J.A., Delgado A., Luna J. y Lardelli, P. (1996), Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.

- Bishop, G. (1991). Lay disease representations and responses to victims of disease. *Basic and Applied Social Psychology*, 12 (1), 115-132.
- Blanco-Blanco, A. (2009). El modelo cognitivo social del desarrollo de la carrera: revisión de más de una década de investigación empírica. *Revista de Educación*, 350, 423-445.
- Bravo, M. y Serrano, I. (1997). La psicología preventiva y el apoyo social. En Buela-Casal, G., Fernández-Ríos, L. y Carrasco Jiménez, T.J. *Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención (compilación)*. Madrid: Pirámide.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*, 26, 709-723.
- Burack, J.H., Barrett, D.C., Stall, R.D., Chesney, M.A., Ekstrand, M.L. y Coates, T.J. (1993). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2568-2573.
- Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumi, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (1), 91-101.
- Campbell, K. A. (2001). Emotional expression: a comparison of assessment methods. Disertación doctoral no publicada, University of Kentucky, Lexington, EE.UU.
- Cantú-Guzmán, R. (2008). *La expresión artística como herramienta para el manejo emocional en pacientes con cáncer y factores psicosociales asociados*. Disertación de maestría en ciencias, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Cantú-Guzmán R. y López-Basurto, G. (2009). *Psicología de la Salud; antecedentes, aplicaciones y propuestas*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cantú-Guzmán, R. y Álvarez, J. (2009a). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 19 (1), 21-32
- Cantú-Guzmán, R. y Álvarez, J. (2009b). La expresión artística como forma de intervención para el manejo cognitivo y emocional en pacientes con cáncer. En Álvarez, J., Moral, J. y Martínez, J. *Psicología e Investigación en enfermedades degenerativas crónicas (compilación)*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cantú-Guzmán, R. y Álvarez, J. (2011). *Expresión artística y narrativa en pacientes con cáncer: una intervención psicológica*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cantú-Guzmán, R., Álvarez, J., López, E. y Martínez, O. (2012). Impacto psicosocial asociado al diagnóstico de infección por VIH/SIDA: apartados cualitativos de medición. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 2 (2). Consultado en



internet el 3 de enero de 2012 en [www.medicinasaludysociedad.com/site/images/stories/pdf/ImpactoPsicoSocialVIH-MSyS-12.pdf](http://www.medicinasaludysociedad.com/site/images/stories/pdf/ImpactoPsicoSocialVIH-MSyS-12.pdf)

- Carrobbles, J.A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15 (3), 420-426.
- Carter, M. (2010). CD4, carga viral y otras pruebas. Consultado en Internet el 1 de enero de 2011 en NAM organización comunitaria del VIH [www.aidsmap.com/v634436470425970000/file/1004226/CD4\\_viral\\_load\\_booklet\\_SPA\\_v3\\_pdf.pdf](http://www.aidsmap.com/v634436470425970000/file/1004226/CD4_viral_load_booklet_SPA_v3_pdf.pdf)
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008). HIV. Consultado el 30 de junio de 2009 en [www.cdc.gov/hiv/topics/basic/index.htm](http://www.cdc.gov/hiv/topics/basic/index.htm)
- Centers for Disease Control and Prevention (1993). 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. Consultado en Internet el 10 de enero de 2011 en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (2010). Laboratorio de Carga Viral. Consultado en Internet el 15 de enero de 2011 en [www.cenavece.salud.gob.mx/indre/interior/lab\\_carga\\_viral.html](http://www.cenavece.salud.gob.mx/indre/interior/lab_carga_viral.html)
- Chida, Y. y Vedhara, K. (2009). Adverse psychosocial factors predict poorer prognosis in HIV disease: A meta-analytic review of prospective investigations. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 434–445. doi:10.1016/j.bbi.2009.01.013
- Clark, M., Isaacks-Downton, G., Wells, N., Redlin-Frazier, S., Eck, C., Hepworth, J.T., Chakravarthy, B. (2006). Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *Journal of Music Therapy*, 43 (3), 247-265.
- Cohen, L., Hack, T.F., de Moor, C., Katz, J., Goss, P.E. (2000). The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Annals of Surgical Oncology*, 7 (6), 427-434.
- Colunga-Rodríguez, C., García de Alba, J.E., Salazar-Estrada, J. y Ánge, M (2008). Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara México, *Revista de Salud Pública*, 10 (1). doi: 10.1590/S0124-00642008000100013
- Cruz Rosa. Asociación Cruz Rosa Monterrey. Consultado el 18 de septiembre de 2006 en <http://www.cruzrosa.com.mx>
- Decuir-Gunby, J.T., Price-Aultman, L. y Schutz, P.A. (2009). Investigating transactions among motives, emotional regulation related to testing, and test emotions. *The Journal of Experimental Education*, 77 (4), 409-436.

- DeVellis, R.F. (2003). *Scale Development. Theory and applications*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Devine, D., Parker, P.A., Fouladi, R.T., Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following and experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 12, 453-462.
- Duangdao, K.M. y Roesch, S.C. (2008). Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 291–300. doi 10.1007/s10865-008-9155-6
- Escobar, M., Petrásovits, A., Peruga, A., Silva, N., Vives, M. y Robles, S. (2000). Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública de México*, 42, 56-64.
- Falvo, D.R. (1991). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Caithersburg, ML: Aspen Publishers, Inc.
- Fernández, I., Zubieta, E. y Páez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. En Páez, D. y Casullo, M. *Cultura y Alexitimia: ¿cómo expresamos aquello que sentimos?* Buenos Aires: Paidós.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1981). Attitudes and voting behavior: an application of the theory of reasoned action. *Progress in Applied Social Psychology*, 1, 253-313.
- Fisher, E., Thorpe, C., McEvoy, B. y DeVellis, R. (2007). Healthy Coping, Negative Emotions, and Diabetes Management: A Systematic Review and Appraisal. *The Diabetes Educator*, 33, 1080-1104.
- Fleishman, J.A., Sherbourne, C.D., Crystal, S., Collins, R.L., Marshall, G.N., Kelly, M., Bozzette, S.A., Shapiro, M.F. y Hays, R.D. (2000). Coping, conflictual social interactions, social support, and mood among HIV-infected persons. *American Journal of Community Psychology*, 28 (4), 421-453.
- Friedland, J., Renwick, R. y Mccoll, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 8 (1), 15-32. doi:10.1080/09540129650125966
- Forshaw, M. (2003). *Advanced Psychology: Health Psychology*. Reino Unido: Hodder & Stoughton.
- Fundación Santos y De la Garza Evia. Grupos de autoayuda. Consultado el 21 de septiembre de 2006 en <http://www.itesm.mx/vid/fsge>
- García-Cadena, C.H. (2006). La medición en las ciencias sociales y en la psicología. En Landero, R. y González, M. *Estadística con SPSS y metodología de la investigación (compilación)*. México: Trillas.

- González, M.T. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (1), 7-18.
- Goodheart, C.D. y Lansing, M.H. (1997). *Treating people with chronic disease: A psychological guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gronskaya-Palesh, O., Shaffer, T., Larson, J., Edsall, S., Chen, X., Koopman, Ch., Turner-Cobb, J. M., Kreshka, M. A., Graddy, K. y Parsons, R. (2006). Emotional self-efficacy, stressful life events, and satisfaction with social support in relation to mood disturbance among women living with breast cancer in rural communities. *The Breast Journal*, 12, 123-129. doi:10.1111/j.1075-122X.2006.00219.x
- Guevara-Martínez, I.T. (2005). *Introducción a la teoría de las representaciones sociales*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Hagger, M.S. y Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the Common-Sense Model of illness representations. *Psychology and Health*, 18 (2), 141-184.
- Hale, E.D., Treharne, G.J. y Kitas, G.D. (2007). The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology*, 46, 904-906. doi:10.1093/rheumatology/kem060
- Hekler, E.B., Lambert, J., Leventhal, E., Leventhal, H., Jahn, E. y Contrada, R.J. (2008). Commonsense illness beliefs, adherence behaviors, and hypertension control among African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 391-400. doi 10.1007/s10865-008-9165-4
- Igartua, J., Álvarez, J., Adrián, J. A., Páez, D. (1994). Música, imagen y emoción: Una perspectiva Vygotskiana. *Psicothema*, 6 (3), 347-356.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). Porcentaje de defunciones generales por sexo y causa. Consultado el 10 de marzo de 2009 en [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2009). Estadísticas a propósito del Día mundial contra el Cáncer. Consultado el 1 de julio de 2009 en [www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2676&ep=8](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2676&ep=8)
- Janz, N.K. y Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11 (1), 1-47.
- Jenkins, S.R. y Guarnaccia, C.A. (2003). Concerns and coping with HIV: comparisons across groups. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 15 (3), 409- 421.
- Jia, H., Uphold, C.R., Zheng, Y., Wu, S., Chen, G.J., Findley, K. y Duncan, P.W. (2007). A further investigation of health-related quality of life over time among men with

- HIV infection in the HAART era. *Quality of Life Research*, 16, 961-968. doi 10.1007/s11136-007-9214-4
- Jodelet, D. y Guerrero-Tapia A. (2000). *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Kadivar, H., Garvie, P. A., Sinnock, C., Heston, J. D. y Flynn, P. M. (2006). Psychosocial profile of HIV-infected adolescents in a Southern US urban cohort. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 18, 544-549. doi:10.1080/13548500500228763
- Kamoi, K. (2002). Good long-term quality of life without diabetic complications with 20 years of continuous subcutaneous insulin infusion therapy in a brittle diabetic elderly patient. *Diabetes Care*, 25 (2), 402-404.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Rokne-Hanestead, B. y Bru, B. (2004). Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Education Counseling*, 53 (3), 299-308.
- Kennedy, S.H., Lam, R.W., Nutt, D.J. y Thase, M.E. (2004). *Treating depression effectively: applying clinical guidelines*. London, UK: Martin Dunitz.
- Kim, H.S., Sherman, D.K. y Taylor, S.E. (2008). Culture and Social Support. *American Psychologist*, 63 (6), 518-526.
- Konz, M. (2005). Health Psychology. *Choice*, 42 (9), 1507-1521.
- Kvale, K. (2007). Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing*, 11 (4), 320-327.
- Lane J.D., McCaskill C.C., Williams P.G., Parekh P.I., Feinglos M.N. y Surwit R.S. (2000). Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23 (9), 1321-1325.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer.
- León, M., Páez, D. y Díaz, B. (2003). Representaciones de la enfermedad, estudios psicosociales y antropológicos. *Boletín de Psicología*, 77, 39-70.
- Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980). The common sense model of illness danger. En Rachman, S. (Ed.), *Medical psychology*. Nueva York: Pergamon.
- Lieberman, M.A. y Goldstein, B.A. (2006). Not all negative emotions are equal: The role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 160-168. doi:10.1002/pon.932

- Luyckx, K., Seiffge-Krenke, I., Schwartz, S. J., Goossens, L., Weets, I., Hendrieckx, Ch. y Groven, Ch. (2008). Identity development, coping, and adjustment in emerging adults with a chronic illness: The sample case of type 1 diabetes. *Journal of Adolescent Health, 43*, 451-458. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.04.005
- Lustman, P., Anderson, R., Freedland, K., De Groot, M., Carney, R. y Clouse, R. (2000). Depression and poor glycemic control. A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care, 23* (7), 934-942.
- Lyketsos, C.G., Hoover, D.R., Guccione, M., Senterfitt, W., Dew, M.A., Wesch, J., VanRaden, M.J., Treisman, G.J. y Morgenstern, H. (1993). Depressive symptoms as predictors of medical outcomes in HIV infection. Multicenter AIDS Cohort Study. *Journal of the American Medical Association, 270*, 2563-2567.
- Mann, D.M., Ponieman, D., Leventhal, H. y Halm, E.A. (2009) Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *Journal of Behavioral Medicine, 32*, 278–284. doi 10.1007/s10865-009-9202-y
- Marrero, R.J. y Carballeira, M. (2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 2* (1), 23-39.
- Moos, R.H. y Tsu, V.D. (1977). The crisis of physical illness: an overview. En R.H. Moos, *Coping with physical illness*. Nueva York: Plenum Press.
- Morales, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Argentina: Paidós.
- Moscovici, S. (1998). Social consciousness and its history. *Culture and Psychology, 4* (3), 411-429.
- Moskowitz, J.T. (2003). Positive affect predicts lower risk of AIDS mortality. *Psychosomatic Medicine, 65*, 620-626.
- National Cancer Institute (s.f.). Cancer definition. Consultado el 5 de junio de 2006 en [www.cancer.gov/templates/db\\_alpha.aspx?expand=C](http://www.cancer.gov/templates/db_alpha.aspx?expand=C)
- National Institute of Health (2012). Hypertension. Consultado en Internet el 1 de marzo de 2012 en [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm)
- National Foundation for Cancer Research (2005). Cancer Information. Consultado el 13 de mayo de 2007 en <http://www.nfcr.org/Default.aspx?tabid=366>
- Nerenz, D.R. y Leventhal, H. (1983). Self-regulation theory in chronic illness. In: Burish, T.G. y Bradley, L.A. (editores). *Coping with Chronic Disease Research and Applications*. Nueva York: Academic Press.
- O’Cleirigh, C., Ironson, G., Fletcher, M.A. y Schneiderman, N. (2008). Written emotional disclosure and processing of trauma are associated with protected health status and immunity in people living with HIV/AIDS. *British Journal of Health Psychology, 13*, 81-84. doi:10.1348/135910707X250884

- Olley, B. O. y Bolajoko, A. J. (2008). Psychosocial determinants of HIV-related quality of life among HIV-positive military in Nigeria. *International Journal of STD & AIDS*, 19, 94-98.
- Organización Mundial de la Salud (2009). Health Definition. Consultado el 19 de septiembre de 2009 en [www.who.int/hac/about/definitions/en/](http://www.who.int/hac/about/definitions/en/)
- Oviedo-Mota, M.A., Espinosa-Larrañaga, F., Reyes-Morales, H., Trejo y Pérez, J.A. y Gil-Velázquez, E. (2003). Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del IMSS*, 41 (1), 27-46.
- Páez, D., Iraurgi, J., Valdosedá, M. y Fernández, I. (1993). Factores psicosociales y salud mental: un instrumento de detección de sujetos adolescentes en riesgo. *Bol. S. Vasco-Nav. Ped.*, 27 (87), 34-48.
- Palacios-Gámaz, A.V. (2009). Los estudios de representaciones en las Ciencias Sociales en México: 1994-2007. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 15 (29), 91-109.
- Pennebaker, J.W. (1989). Confession, inhibition, and disease. En L. Berkowitz (compilación). *Advances in experimental social psychology*. Nueva York: Academic Press.
- Rahe, R.H. (1974). Subjects' recent life changes and their near-future illness reports: Previous work plus new directions of study. En Riehl, J. y Roy, C., *Conceptual Models for Nursing Practice*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Remor, E., Ballester-Arnal, R., Espada-Sánchez, J. P. y Gordillo, M. V. (2008). La investigación e intervención psicológica en el ámbito de la infección por VIH en España: una revisión. En Piña-López, J.A. y Sánchez-Sosa, J.J. *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH (compilación)*. México: Plaza y Valdés.
- Reyes-Rodríguez, L. (2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación Educativa - Universidad Pedagógica de Durango*, 7, 66-77.
- Rivera, J. y Gallardo, C. (2005). *Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud: Claves de un nuevo modelo socio-sanitario*. México: Plaza y Valdés.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. y Sánchez-Sosa, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 445-462.
- Rosch, P.J. (1979). Stress and Cancer: A Disease of Adaptation? En Tache J, Selye H. y Day, S.B., *Cancer, Stress and Death (compilación)*. Nueva York: Plenum Publishing Corporation.

- Rosenberg, H.J., Rosenberg, S.D., Ernstoff, M.S., Wolford, G.L., Amdur, R.J., Elshamy, M.R., Bauer-Wu, S.M., Ahles, T.A. y Pennebaker, J.W. (2002). Expressive disclosure and health outcomes in a prostate cancer population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32 (1), 37-53.
- Rozema, H., Völlink, T. y Lechner, L. (2008). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18 (8), 849-857.
- Samson, A. y Siam, H. (2008). Adapting to major chronic illness: A proposal for a comprehensive task-model approach. *Patient Education and Counseling*, 70 (3), 426-429.
- Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial. Conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1987). *Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. EUA: John Wiley & Sons.
- Secretaría de Salud México (2000). Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Consultado en Internet el 14 de enero de 2011 en [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.html)
- Servaes, P., Vingerhoets, A.J.J.M., Vreugdenhil, G., Keuning, J.J. y Broekhuijsen, A.M. (1999). Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behavioral Medicine*, 25 (1), 23-27.
- Shacham, E., Reece, M., Ong'or, W. O., Omollo, O., Monahan, P. O. y Ojwang, C. (2008). Characteristics of psychosocial support seeking during HIV-related treatment in Western Kenya. *AIDS patient care and STD's*, 22 (7), 595-601.
- Shapiro, S.L. (2002). Mindfulness-based stress reduction and breast cancer. Disertación doctoral no publicada, The University of Arizona, Tucson, EE.UU.
- Siegel, K. y Lekas, H (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS*, 16 (4), 69-76.
- Siegel, K. y Schrimshaw, E. W. (2007). The stress moderating role of benefit finding on psychological distress and well-being among women living with HIV/AIDS. *AIDS Behavior*, 11, 421-433. doi:10.1007/s10461-006-9186-3
- Sikkema, K.J., Kalichman, S.C., Hoffmann, R., Koob, J.J., Kelly, J.A. y Heckman, T.G. (2000). Coping strategies and emotional wellbeing among HIV-infected men and women experiencing AIDS-related bereavement. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 12 (5), 613-624.

- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, Ch. A., Branstetter, A.D., Rodriguez-Hanley, A., Kirk, S.B. y Austenfeld, J.L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20 (20), 4160-4168.
- Swaans, K., Broerse, J., Van Diepen, I., Saiomon, M., Gibson, D. y Bunders, J. (2008). Understanding diversity in impact and responses among HIV/AIDS-affected households: the case of Msinga, South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 7 (2), 167-178. doi:10.2989/AJAR.2008.7.2.2.519
- Taylor, S.E. (1999). *Health Psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Turner-Cobb, J.M., Gore-Felton, Ch., Marouf, F., Koopman, Ch., Kim, P., Israelski, D. y Spiegel, D. (2002). Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 25 (4), 337-353.
- Valencia-Lara, S. C. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*, 2 (002), 241-257.
- Vallerand, R.J., Deshaies, P., Cuerrier, J.P., Pelletier, L.G. y Mongeau, C. (1992). Ajzen and Fishbein's theory of reasoned action as applied to moral behavior: a confirmatory analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (1), 98-109.
- Velázquez, M.O., Rosas, P.M., Lara, E.A., Pastelín, H.G., Attie, F. y Tapia, C.R. (2002). Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México*, 72, 71-84.
- Vygotski, L.S. (1972). *Psicología del arte*. Barcelona: Barral.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15 (2), 207-220.
- Wagner, W., Duveen, G., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Marková, I. y Rose, D. (1999). Theory and method of social representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 95-125.
- Walker, M.S., Zona, D.M. y Fisher, E.B. (2006). Depressive symptoms after lung cancer surgery: their relation to coping style and social support. *Psycho-Oncology*, 15 (8), 684-693.



# ANEXO 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

# Herramienta de medición de variables psicosociales en la enfermedad crónica

## **Consentimiento de Participación**



Nombre: \_\_\_\_\_

El/La abajo firmante declara que:

1.- Participa voluntariamente en este proyecto de investigación “Medición de variables psicosociales en la enfermedad crónica”, al contestar el siguiente cuestionario. En cualquier momento es libre de abandonar la actividad y/o la entrevista, si así lo cree conveniente.

2.- Se le ha informado sobre los propósitos de la investigación.

El equipo de investigación por su parte:

1.- Mantendrá el anonimato de las personas que participen en la investigación y la confidencialidad de los datos que se deriven; el material en audio, video, imágenes y/o escritos será para uso exclusivo de análisis para el propósito de la investigación.

2.- Informará en Foros, Congresos o Revistas especializadas los resultados de la investigación, una vez que ésta finalice.

\_\_\_\_\_  
Firma del/la participante

\_\_\_\_\_  
Investigador responsable  
MC. Rodrigo Cantú Guzmán  
Departamento de Servicios Médicos UANL  
Posgrado Facultad de Psicología UANL

\_\_\_\_\_  
Investigador asistente

Monterrey, Nuevo León a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

## Herramienta de medición de variables psicosociales en la enfermedad crónica

Por favor conteste lo más claramente posible las siguientes preguntas y evite dejar respuestas en blanco. Si tiene dudas por favor hágaselas saber al entrevistador.

### ***Ficha de Identidad***

Nombre: \_\_\_\_\_

Núm. empleado (expediente): \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:            Hombre            Mujer

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_

Cuántas personas viven con Ud. en casa \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios (concluidos): a) sin estudios o no terminó primaria    b) primaria  
c) secundaria                    d) preparatoria    e) técnico    f) universidad                    g) posgrado

¿Cuál es su ingreso mensual? \$ \_\_\_\_\_

¿En qué nivel socioeconómico se encuentra?    Bajo                    Medio                    Alto

### ***Enfermedad y antecedentes***

¿Cuál es el diagnóstico que padece usted? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha de inicio de su diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Cómo fue la noticia del diagnóstico?            Inesperada                    Esperada

¿Qué tipo de tratamiento ha Ud. recibido? \_\_\_\_\_

¿Alguno(s) de sus familiares padecen su enfermedad?    Sí                    No

¿Quiénes? \_\_\_\_\_

¿Cómo ha sido el trato que le ha dado su médico especialista?

Regular            Bueno                    Muy bueno                    Excelente

¿Cómo calificaría el servicio médico que ha recibido respecto a su enfermedad?

Regular            Bueno                    Muy bueno                    Excelente

¿Cómo calificaría el servicio administrativo de la institución que ha recibido respecto a su enfermedad?

Regular            Bueno                    Muy bueno                    Excelente

**Emociones en la enfermedad**

En relación a lo que Ud. sintió referente a su padecimiento. De la siguiente lista marque la(s) emoción(es) que sintió al recibir por primera vez el diagnóstico de su enfermedad y el nivel de intensidad de la emoción.

**Listado de emociones** (Álvarez, 2002)

	Nada	Poca	Considerable	Mucha
Esperanza	1	2	3	4
Tristeza	1	2	3	4
Miedo	1	2	3	4
Alegría	1	2	3	4
Culpa	1	2	3	4
Confianza	1	2	3	4
Rabia	1	2	3	4
Resignación	1	2	3	4
Optimismo	1	2	3	4
Ansiedad	1	2	3	4
Otra:	1	2	3	4

De la siguiente lista marque la(s) emoción(es) que siente actualmente referente a su enfermedad y el nivel de intensidad de la emoción.

	Nada	Poca	Considerable	Mucha
Esperanza	1	2	3	4
Tristeza	1	2	3	4
Miedo	1	2	3	4
Alegría	1	2	3	4
Culpa	1	2	3	4
Confianza	1	2	3	4
Rabia	1	2	3	4
Resignación	1	2	3	4
Optimismo	1	2	3	4
Ansiedad	1	2	3	4
Otra:	1	2	3	4

De las emociones sentidas cuando le dieron el **diagnóstico** ¿cuál o cuáles fueron las más duraderas y por cuánto tiempo?

---



---

¿Qué **pensó** en el momento del **diagnóstico**?

---

¿Qué **hizo** en el momento del **diagnóstico**?

---

---

---

¿En el momento del **diagnóstico**, si yo le hubiera preguntado “Càncer o VIH” igual a: ?

---

---

¿**En este momento** cómo se siente emocionalmente referente a la enfermedad?

---

---

¿**Actualmente** qué dificultades ha encontrado referente a la enfermedad?

---

---

¿En este momento, **si yo le preguntara “CA-VIH”** igual a: ?

---

---

**En relación al apoyo que recibió por parte de las personas cercanas a Ud. por favor conteste las siguientes preguntas.**

¿Aparte del personal médico, ha hablado Usted de su situación de enfermedad con alguien más?, ¿usted ha tocado el tema?, ¿Con quiénes?

---

---

¿De qué exactamente ha hablado?

---

---

---

---

**Cuestionario de apoyo social funcional de Duke** (Bellón, Delgado, Luna, Lardelli)

**Marca con un círculo la opción (número) que considere más apropiada:**

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo	
Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5	
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5	
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5	
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5	
Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5	
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5	
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5	
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5	
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5	
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5	
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5	

**En relación a cómo lidia con la enfermedad por favor conteste las siguientes preguntas.**

¿Cómo considera ha manejado su enfermedad?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué ha hecho exactamente para manejarla?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Escala de Afrontamiento** (Basabe y Páez, 1992)

**A continuación, por favor responda cuál de las siguientes maneras de enfrentar los problemas utilizó ante sus problemas o enfermedades, en una escala del 1 al 4, donde 1 es nunca y 4 es siempre.**

1. Intento informarme sobre mi problema o enfermedad para superarlos mejor.  

1 nunca	2 algunas veces	3 frecuentemente	4 siempre
---------	-----------------	------------------	-----------
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo, intento luchar contra el problema o enfermedad.  

1 nunca	2 algunas veces	3 frecuentemente	4 siempre
---------	-----------------	------------------	-----------
3. Me vuelco en el trabajo para olvidarme de todo, actúo como si no pasara nada.  

1 nunca	2 algunas veces	3 frecuentemente	4 siempre
---------	-----------------	------------------	-----------
4. Acepto lo que ha sucedido y que no se puede hacer nada.  

1 nunca	2 algunas veces	3 frecuentemente	4 siempre
---------	-----------------	------------------	-----------
5. Intento guardar para mí mis sentimientos.  

1 nunca	2 algunas veces	3 frecuentemente	4 siempre
---------	-----------------	------------------	-----------
6. Manifiesto el enojo a las personas responsables del problema.  

1 nunca	2 algunas veces	3 frecuentemente	4 siempre
---------	-----------------	------------------	-----------
7. Redescubro lo que es importante en la vida.  

1 nunca	2 algunas veces	3 frecuentemente	4 siempre
---------	-----------------	------------------	-----------
8. Evito estar con la gente en general.  

1 nunca	2 algunas veces	3 frecuentemente	4 siempre
---------	-----------------	------------------	-----------
9. Oculto a los demás lo mal que me van las cosas.  

1 nunca	2 algunas veces	3 frecuentemente	4 siempre
---------	-----------------	------------------	-----------
10. Me niego a creer lo que ha ocurrido.  

1 nunca	2 algunas veces	3 frecuentemente	4 siempre
---------	-----------------	------------------	-----------
11. Acepto la realidad de lo ocurrido.  

1 nunca	2 algunas veces	3 frecuentemente	4 siempre
---------	-----------------	------------------	-----------



12. Fantaseo o imagino el momento en que puedan cambiar las cosas.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

13. Me siento muy conmovido afectivamente y descargo mucho mis sentimientos ante los otros.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

14. Rezo (más de lo habitual).

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

15. Aprendo algo de la experiencia, crezco o mejoro como persona.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

16. Me fuerzo a esperar el momento adecuado para hacer algo, evito precipitarme.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

17. Le hablo a alguien sobre cómo me siento, converso sobre mis sentimientos con alguien.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

18. Trato de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima, busco simpatía y comprensión.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

19. Expreso y deajo descargar mis sentimientos y emociones.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

20. Desarrollo un plan de acción sobre mi problema y lo sigo.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

21. Tomo alcohol y/o tranquilizantes para olvidar el problema o pensar menos en él.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

22. Sigo adelante con mi destino, a veces se tiene mala suerte.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

23. Hablo con alguien que tenga un problema similar para saber qué hace él (ella).

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

24. Dejo de lado mis otras actividades y problemas y me concentro en éste.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

25. Hablo o contacto con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema, busco ayuda médica o profesional.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

26. Analizo mi responsabilidad en el problema y me critico por lo ocurrido.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

27. Admito que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejo de intentar resolverlo o enfrentarlo.

1 nunca      2 algunas veces      3 frecuentemente      4 siempre

#### Cuestionario de Sucesos Vitales (Sandín y Chorot, 1987)

A continuación encontrará una lista de sucesos que suelen ocurrir a las personas. No todas las personas experimentan los mismos sucesos. Lea detenidamente la lista de sucesos. Cuando se encuentre con sucesos que a usted NO le han ocurrido en los últimos años (aproximadamente en los dos últimos años) no señale nada. Sin embargo, cuando se encuentre ante sucesos que SI le han ocurrido en los últimos años, deténgase en cada uno y conteste a los tres apartados que se piden rodeando con un círculo el lugar apropiado de acuerdo con su experiencia personal.

Estos tres apartados son:

1. Grado preocupación producido por el suceso: Rodee con un círculo el número que mejor se ajuste al grado de preocupación que le ha producido o está produciendo el suceso en cuestión, teniendo en cuenta que 1 corresponde a nada y 4 a mucho:

1	2	3	4
Nada	Poco	Considerable	Mucho

2. Evaluación del suceso: Rodee la P si cree que para Ud. fue algo positivo, o la N si cree fue algo negativo.

3. Aparición del suceso: Rodee al E si se trata de un suceso que Ud. esperaba, o la I si se trata de un suceso inesperado.

	Nivel de preocupación				Evaluación: Positiva (P) Negativa (N)		Esperado (E) Inesperado (I)	
	1	2	3	4	P	N	E	I
1. Quedarse sin trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
2. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento	1	2	3	4	P	N	E	I
3. Problemas con colegas o compañeros de trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
4. Retiro laboral	1	2	3	4	P	N	E	I
5. Matrimonio	1	2	3	4	P	N	E	I
6. Dificultades en la educación de los hijos	1	2	3	4	P	N	E	I
7. Nacimiento de un hijo	1	2	3	4	P	N	E	I
8. Divorcio o separación	1	2	3	4	P	N	E	I
9. Problema legal grave que puede terminar en prisión	1	2	3	4	P	N	E	I
10. Exámenes importantes	1	2	3	4	P	N	E	I
11.Reducción sustancial de los ingresos	1	2	3	4	P	N	E	I
12. Reformas en la casa	1	2	3	4	P	N	E	I
13. Muerte del cónyuge	1	2	3	4	P	N	E	I
14. Problemas relacionados con el alcohol o drogas	1	2	3	4	P	N	E	I
15. Ascenso en el trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
16. Dificultades sexuales	1	2	3	4	P	N	E	I
17. Un miembro de la familia deja la casa	1	2	3	4	P	N	E	I
18. Comprar una casa	1	2	3	4	P	N	E	I
19.Cambio de lugar de trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
20. Ruptura de noviazgo o relación similar	1	2	3	4	P	N	E	I
21. Muerte de un amigo íntimo	1	2	3	4	P	N	E	I
22. Muerte de un hijo	1	2	3	4	P	N	E	I
23. Relaciones sexuales fuera del matrimonio	1	2	3	4	P	N	E	I
24. Hijos lejos del hogar	1	2	3	4	P	N	E	I
25. Complicación legal en una pelea	1	2	3	4	P	N	E	I
26. Problema legal menor (multa, etc.)	1	2	3	4	P	N	E	I
27. Cambio de casa	1	2	3	4	P	N	E	I
28. Problemas con vecinos o con familiares que no viven en la casa familiar	1	2	3	4	P	N	E	I
29. Abortar	1	2	3	4	P	N	E	I
30. Aborto de su mujer o pareja	1	2	3	4	P	N	E	I
31. Nuevo empleo laboral	1	2	3	4	P	N	E	I
32. Muerte de algún familiar cercano (padre, hermano, etc.)	1	2	3	4	P	N	E	I
33. Período de fiestas	1	2	3	4	P	N	E	I
34. Préstamo o hipoteca de más de un millón de pesos	1	2	3	4	P	N	E	I

35. Sufrir robo	1	2	3	4	P	N	E	I
36. Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, etc.)	1	2	3	4	P	N	E	I
37. Enfermedad o accidente que requiere guardar cama	1	2	3	4	P	N	E	I
38. Finalización de estudios	1	2	3	4	P	N	E	I
39. Accidente de tráfico	1	2	3	4	P	N	E	I
40. Repentino y serio deterioro de la audición y/o visión	1	2	3	4	P	N	E	I
41. Lesión física importante	1	2	3	4	P	N	E	I
42. Problemas académicos	1	2	3	4	P	N	E	I
43. Quedarse embarazada	1	2	3	4	P	N	E	I
44. Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	1	2	3	4	P	N	E	I
45. Embarazo de su mujer o pareja	1	2	3	4	P	N	E	I
46. Realizar el servicio militar	1	2	3	4	P	N	E	I
47. Enfermedad de un miembro de la familia	1	2	3	4	P	N	E	I
48. Ruptura de relaciones sexuales fuera del matrimonio	1	2	3	4	P	N	E	I
49. El cónyuge deja de trabajar fuera de casa	1	2	3	4	P	N	E	I
50. Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	1	2	3	4	P	N	E	I
51. Período de alejamiento del hogar	1	2	3	4	P	N	E	I
52. Reconciliación matrimonial o de pareja	1	2	3	4	P	N	E	I
53. Separación de los padres	1	2	3	4	P	N	E	I
54. Fracaso en algún negocio importante	1	2	3	4	P	N	E	I
55. Hospitalización de algún miembro de la familia	1	2	3	4	P	N	E	I
56. Sufrir asalto o situación de violencia física	1	2	3	4	P	N	E	I
57. Pérdidas económicas importantes no relacionadas con el trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
58. Cambio de centro de estudios	1	2	3	4	P	N	E	I
59. Problemas con superiores en el trabajo	1	2	3	4	P	N	E	I
60. Éxito personal importante	1	2	3	4	P	N	E	I
61. Cambio en el ritmo de sueño	1	2	3	4	P	N	E	I
62. El cónyuge comienza a trabajar fuera de casa	1	2	3	4	P	N	E	I
63. Discusión especialmente grave con su cónyuge o pareja	1	2	3	4	P	N	E	I
64. Realización de algún largo viaje	1	2	3	4	P	N	E	I
65. Alquilar una vivienda	1	2	3	4	P	N	E	I

66. Indicar otros sucesos importantes no señalados	1	2	3	4	P	N	E	I
	1	2	3	4	P	N	E	I

¿Desde su punto de vista, cuál o cuáles serían las cosas que más se le han **dificultado** en relación a su enfermedad?

---



---

¿Desde su punto de vista, cuál o cuáles serían las cosas que más **le han ayudado** en relación a su enfermedad?

---



---

¿Desde su punto de vista, qué aspectos le han ayudado o **dificultado a su familia** en relación a la enfermedad?

---



---

¿Cómo cree que haya **impactado a la gente que aprecia** el que Ud. tenga esa enfermedad?

---



---

¿Desde su punto de vista, **qué consejo le daría** a una persona que padece una enfermedad como la suya?

---



---

¿Ha recibido algún tipo de apoyo psicológico en el pasado o actualmente referente a su enfermedad?    Sí    No

¿Estaría de acuerdo en recibir apoyo psicológico referente a su enfermedad?    Sí    No

**¡Muchas gracias por su participación!**

MC. Rodrigo Cantú Guzmán  
Departamento de Servicios Médicos UANL  
Posgrado Facultad de Psicología UANL

## ANEXO 2



## **BATERÍA DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DEL SUCESO DE ENFERMEDAD CRÓNICA**

**Javier Álvarez Bermúdez**  
Facultad de Psicología

**Rodrigo Cantú Guzmán**  
Departamento de Servicios Médicos

**Universidad Autónoma de Nuevo León**

## BATERÍA DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DEL SUCESO DE ENFERMEDAD

La batería permite evaluar las siguientes dimensiones psicológicas: emociones, afrontamiento, soporte social, sucesos de vida y conceptualización de la enfermedad. Se recomienda su aplicación considerando el tiempo de padecimiento de la enfermedad ya sea al momento del diagnóstico o considerando el tiempo presente.

Por favor conteste lo más honestamente posible y lea cuidadosamente las indicaciones, evite dejar respuestas en blanco.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PARTICIPANTE:

Los datos son completamente confidenciales y para uso exclusivo con fines académicos y de investigación, al contestar los reactivos y/o aceptar la entrevista Usted acepta participar voluntariamente en el estudio y es libre de abandonarla en cualquier momento. Si está de acuerdo por favor firme en el renglón.

Nombre y Firma del entrevistado(a): \_\_\_\_\_

Nombre del investigador(a) o investigador(a) asistente: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIDAD

Nombre del entrevistado(a): \_\_\_\_\_ Núm. empleado (expediente): \_\_\_\_\_

Tels: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: *Hombre* *Mujer*

Estado Civil: (1) *soltero* (2) *casado* (3) *viudo* (4) *separado* (5) *divorciado* (6) *unión libre*

Cuántas personas viven con Ud. en casa: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios (concluidos):

a) *Sin estudios o no terminó primaria*      b) *primaria*      c) *secundaria*  
d) *preparatoria*      e) *técnico*      f) *universidad*      g) *posgrado*

¿En qué nivel socioeconómico considera que se encuentra Usted? *Bajo*      *Medio*      *Alto*

### ENFERMEDAD Y ANTECEDENTES

¿Cuál es el diagnóstico que padece usted? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha en que le dieron la noticia de su diagnóstico? *Día* \_\_\_\_ *Mes* \_\_\_\_ *Año* \_\_\_\_

¿Qué tipo de tratamiento ha recibido Ud.? \_\_\_\_\_

¿Alguno(s) de sus familiares padecen su enfermedad?      *Sí*      *No*

¿quiénes? \_\_\_\_\_



**DURANTE EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE SU ENFERMEDAD****APARTADO 1  
IDEAS Y PENSAMIENTOS ACERCA DE LA ENFERMEDAD**

Por favor señale la respuesta que mejor describa o se acerque a su situación.

- ¿Cómo fue la noticia del diagnóstico?      *Inesperada*                      *Esperada*
- ¿Cómo se sintió emocionalmente en relación a su enfermedad?  
*Mal*                      *Regular* *Bien*                      *Muy bien*                      *Excelente*
- ¿Cómo cree que controló su enfermedad?  
*Mal*                      *Regular* *Bien*                      *Muy bien*                      *Excelente*
- ¿Cómo fue el trato que le dio su médico especialista?  
*Malo*                      *Regular* *Bueno*                      *Muy bueno*                      *Excelente*
- ¿Cómo calificaría el servicio médico que recibió respecto a su enfermedad?  
*Malo*                      *Regular* *Bueno*                      *Muy bueno*                      *Excelente*
- ¿Cómo calificaría el servicio administrativo que recibió de la institución principal en la que se atiende?  
*Malo*                      *Regular* *Bueno*                      *Muy bueno*                      *Excelente*

De las siguientes opciones, le pedimos por favor que clasifique de acuerdo a su opinión, aquellos conceptos o ideas que considere describan su enfermedad, enumerando con el número 1 lo que crea más importante y así sucesivamente hasta el número 13 con lo menos importante.

- Considero que mi enfermedad es algo: \_\_\_\_\_ *positivo y de beneficio*  
 \_\_\_\_\_ *que incapacita en las actividades cotidianas*  
 \_\_\_\_\_ *que es una señal importante de la vida*  
 \_\_\_\_\_ *que afecta emocionalmente*  
 \_\_\_\_\_ *grave*  
 \_\_\_\_\_ *relacionado a la muerte*  
 \_\_\_\_\_ *que afecta a la familia*  
 \_\_\_\_\_ *como algo natural*  
 \_\_\_\_\_ *como un castigo*  
 \_\_\_\_\_ *que genera problemas en la vida social*  
 \_\_\_\_\_ *que afecta el trabajo*  
 \_\_\_\_\_ *de mala suerte*  
 \_\_\_\_\_ *de origen genético*

Si considera otras opciones por favor escríbalas en el renglón: \_\_\_\_\_

**DURANTE EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE SU ENFERMEDAD****APARTADO 2  
EMOCIONES RELACIONADAS A SU ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de palabras referentes a diversas emociones, por favor señale el número correspondiente a la intensidad de la emoción en cada una de ellas, en relación a cómo se sintió cuando usted se enteró del diagnóstico de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nada, (2) poca, (3) regular, (4) moderada y (5) mucha.

1. Esperanza	1	2	3	4	5
2. Tristeza	1	2	3	4	5
3. Alegría	1	2	3	4	5
4. Miedo	1	2	3	4	5
5. Confianza	1	2	3	4	5
6. Culpa	1	2	3	4	5
7. Optimismo	1	2	3	4	5
8. Sufrimiento	1	2	3	4	5
9. Ilusión	1	2	3	4	5
10. Soledad	1	2	3	4	5
11. Ánimo	1	2	3	4	5
12. Enojo o Coraje	1	2	3	4	5
13. Tranquilidad	1	2	3	4	5
14. Resignación	1	2	3	4	5
15. Alivio	1	2	3	4	5
16. Vergüenza	1	2	3	4	5
17. Seguridad	1	2	3	4	5
18. Ansiedad	1	2	3	4	5
19. Calma	1	2	3	4	5
20. Desesperación	1	2	3	4	5

**APARTADO 3  
COMPORTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se haya presentado, en relación a qué hizo cuando se enteró del diagnóstico de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Niego que tenga la enfermedad	1	2	3	4	5
2) Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	1	2	3	4	5
3) Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	1	2	3	4	5
4) Busco apoyo emocional en mis padres en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
5) Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	1	2	3	4	5
6) Reclamo mi enojo a las personas responsables de mis problemas	1	2	3	4	5
7) Acepto que tengo una enfermedad	1	2	3	4	5
8) Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
9) Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	1	2	3	4	5
10) Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
11) Tomo alcohol u otras sustancias para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	1	2	3	4	5
12) Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
13) Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	1	2	3	4	5
14) Busco atención profesional psicológica en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5

15) Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	1	2	3	4	5
16) Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
17) Creo que mi diagnóstico fue un error por parte de los médicos	1	2	3	4	5
18) A partir de mi enfermedad cuidó mis hábitos de salud (alimentos, ejercicio, descanso, sexo, otros)	1	2	3	4	5
19) Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
20) Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	1	2	3	4	5

## URANTE EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE SU ENFERMEDAD

### APARTADO 4 APOYO EN LA ENFERMEDAD

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se haya presentado, en relación al apoyo que recibió durante el diagnóstico inicial de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	1	2	3	4	5
2) Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
3) Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
4) Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
5) Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
6) Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
7) Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	1	2	3	4	5
8) Percibo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
9) Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
10) Percibo que tengo apoyo de la gente que me rodea	1	2	3	4	5
11) Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	1	2	3	4	5
12) Percibo que cuento con ayuda de parte de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
13) Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	1	2	3	4	5
14) Percibo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
15) Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
16) Percibo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
17) Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
18) Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
19) Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
20) Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
21) Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
22) Percibo que cuento con ayuda de parte de mis amistades en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
23) Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
24) Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
25) Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	1	2	3	4	5

26) Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
27) Obtengo apoyo económico o de información de mi enfermedad de un grupo de ayuda	1	2	3	4	5

### DURANTE EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE SU ENFERMEDAD

#### APARTADO 5 OTROS SUCESOS A LA PAR DE LA ENFERMEDAD

Enseguida se le presenta un listado de sucesos que pudo haber vivido a la par de su enfermedad, por favor señale el número correspondiente de acuerdo al nivel de preocupación que haya sentido en cada uno de ellos a la par de su experiencia de enfermedad. Responda de acuerdo al nivel de preocupación lo siguiente, (1) nada, (2) poca, (3) regular, (4) moderada y (5) mucha.

Cambio en el ritmo de sueño	1	2	3	4	5
Discusiones fuertes con familiares que viven en casa	1	2	3	4	5
Muerte de algún familiar cercano (padre, hermano, otros)	1	2	3	4	5
Reducción sustancial de los ingresos	1	2	3	4	5
Discusión o problemas con amigos	1	2	3	4	5
Ascenso en el trabajo	1	2	3	4	5
Discusión o problemas con vecinos	1	2	3	4	5
Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	1	2	3	4	5
Divorcio o separación	1	2	3	4	5
Abandono familiar	1	2	3	4	5
Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, otros)	1	2	3	4	5
Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	1	2	3	4	5
Nacimiento de un hijo	1	2	3	4	5
Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
Hospitalización de algún miembro de la familia	1	2	3	4	5
Enfermedad de un miembro de la familia	1	2	3	4	5
Quedarse sin trabajo	1	2	3	4	5
Repentino y/o serio deterioro de la audición/visión u otras funciones	1	2	3	4	5
Dificultades en su actividad sexual	1	2	3	4	5
Éxito personal importante	1	2	3	4	5
Enamorarse o iniciar una amistad íntima y/o profunda	1	2	3	4	5
Abuso u ofensa sexual	1	2	3	4	5
Muerte de un amigo íntimo	1	2	3	4	5
Dificultades sexuales con la pareja	1	2	3	4	5
Otras enfermedades prolongadas que requieran de tratamiento	1	2	3	4	5
Ruptura de noviazgo o relación similar	1	2	3	4	5
Robos o asaltos	1	2	3	4	5
Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	1	2	3	4	5
Muerte de pareja y/o esposo(a)	1	2	3	4	5

### DURANTE EL DIAGNÓSTICO ACTUAL DE SU ENFERMEDAD

#### APARTADO 1 IDEAS Y PENSAMIENTOS ACERCA DE LA ENFERMEDAD

Por favor señale la respuesta que mejor describa o se acerque a su situación.

¿Cómo fue la noticia del diagnóstico? *Inesperada* *Esperada*

¿Cómo se sintió emocionalmente en relación a su enfermedad?  
*Mal* *Regular* *Bien* *Muy bien* *Excelente*

¿Cómo cree que controló su enfermedad?  
*Mal Regular Bien Muy bien Excelente*

¿Cómo fue el trato que le dio su médico especialista?  
*Malo Regular Bueno Muy bueno Excelente*

¿Cómo calificaría el servicio médico que recibió respecto a su enfermedad?  
*Malo Regular Bueno Muy bueno Excelente*

¿Cómo calificaría el servicio administrativo que recibió de la institución principal en la que se atiende?  
*Malo Regular Bueno Muy bueno Excelente*

**De las siguientes opciones, le pedimos por favor que clasifique de acuerdo a su opinión, aquellos conceptos o ideas que considere describan su enfermedad, enumerando con el número 1 lo que crea más importante y así sucesivamente hasta el número 13 con lo menos importante.**

Considero que mi enfermedad es algo: \_\_\_\_\_ *positivo y de beneficio*  
 \_\_\_\_\_ *que incapacita en las actividades cotidianas*  
 \_\_\_\_\_ *que es una señal importante de la vida*  
 \_\_\_\_\_ *que afecta emocionalmente*  
 \_\_\_\_\_ *grave*  
 \_\_\_\_\_ *relacionado a la muerte*  
 \_\_\_\_\_ *que afecta a la familia*  
 \_\_\_\_\_ *como algo natural*  
 \_\_\_\_\_ *como un castigo*  
 \_\_\_\_\_ *que genera problemas en la vida social*  
 \_\_\_\_\_ *que afecta el trabajo*  
 \_\_\_\_\_ *de mala suerte*  
 \_\_\_\_\_ *de origen genético*

Si considera otras opciones por favor escribalas en el renglón: \_\_\_\_\_

#### DURANTE EL DIAGNÓSTICO ACTUAL DE SU ENFERMEDAD

#### APARTADO 2 EMOCIONES RELACIONADAS A SU ENFERMEDAD

**Enseguida se le presenta un listado de palabras referentes a diversas emociones, por favor señale el número correspondiente a la intensidad de la emoción en cada una de ellas, en relación a cómo se sintió cuando usted se enteró del diagnóstico de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nada, (2) poca, (3) regular, (4) moderada y (5) mucha.**

1	Esperanza	1	2	3	4	5
1	Tristeza	1	2	3	4	5
1	Alegría	1	2	3	4	5
1	Miedo	1	2	3	4	5
1	Confianza	1	2	3	4	5
1	Culpa	1	2	3	4	5
1	Optimismo	1	2	3	4	5
1	Sufrimiento	1	2	3	4	5
1	Ilusión	1	2	3	4	5
1	Soledad	1	2	3	4	5
1	Ánimo	1	2	3	4	5
1	Enojo o Coraje	1	2	3	4	5
1	Tranquilidad	1	2	3	4	5

1	Resignación	1	2	3	4	5
1	Alivio	1	2	3	4	5
1	Vergüenza	1	2	3	4	5
1	Seguridad	1	2	3	4	5
1	Ansiedad	1	2	3	4	5
1	Calma	1	2	3	4	5
1	Desesperación	1	2	3	4	5

### APARTADO 3 COMPORTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se haya presentado, en relación a qué hizo cuando se enteró del diagnóstico de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Niego que tenga la enfermedad	1	2	3	4	5
2) Intento informarme acerca de mi enfermedad y lucho lo más que pueda contra ella	1	2	3	4	5
3) Hago un gran esfuerzo para olvidarme que estoy enfermo	1	2	3	4	5
4) Busco apoyo emocional en mis padres en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
5) Busco atención profesional médica y sigo al pie de la letra los tratamientos médicos	1	2	3	4	5
6) Reclamo mi enojo a las personas responsables de mis problemas	1	2	3	4	5
7) Acepto que tengo una enfermedad	1	2	3	4	5
8) Busco apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
9) Busco personas que me puedan ayudar a manejar la enfermedad	1	2	3	4	5
10) Busco apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
11) Tomo alcohol u otras sustancias para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	1	2	3	4	5
12) Busco ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
13) Trabajo mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	1	2	3	4	5
14) Busco atención profesional psicológica en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
15) Intento mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	1	2	3	4	5
16) Busco apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
17) Creo que mi diagnóstico fue un error por parte de los médicos	1	2	3	4	5
18) A partir de mi enfermedad cuido mis hábitos de salud (alimentos, ejercicio, descanso, sexo, otros)	1	2	3	4	5
19) Hablo con mis amigos y amigas de cómo me siento en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
20) Intento no hablar y que no me hablen de mi enfermedad	1	2	3	4	5

### DURANTE EL DIAGNÓSTICO ACTUAL DE SU ENFERMEDAD

#### APARTADO 4 APOYO EN LA ENFERMEDAD

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se haya presentado, en relación al apoyo que recibió durante el diagnóstico inicial de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Recibo reconocimiento cuando hago bien mis actividades	1	2	3	4	5
2) Obtengo apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
3) Tengo apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5

4) Obtengo apoyo de amistades en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
5) Recibo apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
6) Obtengo apoyo emocional de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
7) Hablo con alguien de mis problemas y sobre cómo me siento	1	2	3	4	5
8) Percibo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
9) Obtengo apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
10) Percibo que tengo apoyo de la gente que me rodea	1	2	3	4	5
11) Obtengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	1	2	3	4	5
12) Percibo que cuento con ayuda de parte de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
13) Tengo ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	1	2	3	4	5
14) Percibo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
15) Obtengo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
16) Percibo apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
17) Obtengo apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
18) Obtengo apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
19) Obtengo apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
20) Obtengo apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
21) Obtengo apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
22) Percibo que cuento con ayuda de parte de mis amistades en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
23) Tengo ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
24) Obtengo apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
25) Cuento con personas que se preocupan de mis problemas	1	2	3	4	5
26) Recibo apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
27) Obtengo apoyo económico o de información de mi enfermedad de un grupo de ayuda	1	2	3	4	5

#### **DURANTE EL DIAGNÓSTICO ACTUAL DE SU ENFERMEDAD**

##### **APARTADO 5 OTROS SUCESOS A LA PAR DE LA ENFERMEDAD**

**Enseguida se le presenta un listado de sucesos que pudo haber vivido a la par de su enfermedad, por favor señale el número correspondiente de acuerdo al nivel de preocupación que haya sentido en cada uno de ellos a la par de su experiencia de enfermedad. Responda de acuerdo al nivel de preocupación lo siguiente, (1) nada, (2) poca, (3) regular, (4) moderada y (5) mucha.**

Cambio en el ritmo de sueño	1	2	3	4	5
Discusiones fuertes con familiares que viven en casa	1	2	3	4	5
Muerte de algún familiar cercano (padre, hermano, otros)	1	2	3	4	5
Reducción sustancial de los ingresos	1	2	3	4	5
Discusión o problemas con amigos	1	2	3	4	5
Ascenso en el trabajo	1	2	3	4	5
Discusión o problemas con vecinos	1	2	3	4	5
Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	1	2	3	4	5
Divorcio o separación	1	2	3	4	5

Abandono familiar	1	2	3	4	5
Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, otros)	1	2	3	4	5
Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	1	2	3	4	5
Nacimiento de un hijo	1	2	3	4	5
Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
Hospitalización de algún miembro de la familia	1	2	3	4	5
Enfermedad de un miembro de la familia	1	2	3	4	5
Quedarse sin trabajo	1	2	3	4	5
Repentino y/o serio deterioro de la audición/visión u otras funciones	1	2	3	4	5
Dificultades en su actividad sexual	1	2	3	4	5
Éxito personal importante	1	2	3	4	5
Enamorarse o iniciar una amistad íntima y/o profunda	1	2	3	4	5
Abuso u ofensa sexual	1	2	3	4	5
Muerte de un amigo íntimo	1	2	3	4	5
Dificultades sexuales con la pareja	1	2	3	4	5
Otras enfermedades prolongadas que requieran de tratamiento	1	2	3	4	5
Ruptura de noviazgo o relación similar	1	2	3	4	5
Robos o asaltos	1	2	3	4	5
Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	1	2	3	4	5
Muerte de pareja y/o esposo(a)	1	2	3	4	5

**APARTADO FINAL  
CONSIDERACIONES FINALES DEL PADECIMIENTO**

Por favor conteste las siguientes preguntas de la manera más honesta posible y exprese libremente.

De las emociones sentidas cuando le dieron el diagnóstico ¿cuál o cuáles fueron las más duraderas y por cuánto tiempo?

---



---

¿Qué pensó en el momento del diagnóstico?

---



---

¿Qué hizo en el momento del diagnóstico?

---



---

¿En este momento cómo se siente emocionalmente referente a la enfermedad?

---



---

¿Aparte del personal médico, ha hablado Usted de su situación de enfermedad con alguien más?, ¿usted ha tocado el tema?, ¿Con quiénes? ¿De qué exactamente ha hablado?

---



---

**Por último, desde su punto de vista, ¿cuál considera sería la mayor dificultad que se ha presentado en su situación de enfermedad?**

---

---

**¡Gracias por su tiempo y apoyo!  
Dudas y comentarios escribir a: [rodrigocantu@yahoo.com](mailto:rodrigocantu@yahoo.com)**

## ANEXO 3



# **BATERÍA DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DEL SUCESO DE ENFERMEDAD CRÓNICA**

**Javier Álvarez Bermúdez**  
*Facultad de Psicología*

**Rodrigo Cantú Guzmán**  
*Departamento de Servicios Médicos*

**Universidad Autónoma de Nuevo León**

## BATERÍA DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DEL SUCESO DE ENFERMEDAD

La batería permite evaluar las siguientes dimensiones psicológicas: emociones, afrontamiento, soporte social, sucesos de vida y creencias/conceptualización asociadas a la enfermedad crónica. Se recomienda su aplicación considerando el tiempo de padecimiento de la enfermedad ya sea al momento del diagnóstico y/o considerando el tiempo presente.

Por favor conteste lo más honestamente posible y lea cuidadosamente las indicaciones, evite dejar respuestas en blanco.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PARTICIPANTE:

Los datos son completamente confidenciales y para uso exclusivo con fines académicos y de investigación, al contestar los reactivos y/o aceptar la entrevista, Usted acepta participar voluntariamente en el estudio y es libre de abandonarlo en cualquier momento. Si está de acuerdo por favor firme en el renglón.

Nombre y Firma del entrevistado(a): \_\_\_\_\_

Nombre del investigador(a) o investigador(a) asistente: \_\_\_\_\_ contacto: \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIDAD

Nombre del entrevistado(a): \_\_\_\_\_ Núm. empleado (expediente): \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: (1) Hombre (2) Mujer

Estado Civil: (1) soltero (2) casado (3) viudo (4) separado (5) divorciado (6) unión libre

Cuántas personas viven con Ud. en casa: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios (concluidos):

1) Sin estudios o no terminó primaria 2) primaria 3) secundaria  
4) preparatoria 5) técnico 6) universidad 7) posgrado

### ENFERMEDAD Y ANTECEDENTES

¿Cuál es el diagnóstico que padece usted? \_\_\_\_\_

\*\* Únicamente pacientes con VIH/SIDA,

¿En qué fase de la enfermedad se encuentra? 1) Asintomática 2) Sintomática

Carga viral: \_\_\_\_\_ CD4: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha en que le dieron la noticia de su diagnóstico? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Señale el tipo o tipos de tratamiento médico que recibe o ha recibido: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

1) Quimioterapia 2) radioterapia 3) cirugía 4) quimioterapia y radioterapia  
5) quimioterapia y cirugía 6) radioterapia y cirugía 7) los tres 8) ninguno

Metástasis: 1) Sí 2) No

¿Alguno(s) de sus familiares padecen su enfermedad? 1) Sí 2) No

¿Cómo fue la noticia del diagnóstico? 1) Inesperada 2) Esperada

**DURANTE EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE SU ENFERMEDAD****APARTADO 1  
PERCEPCIONES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ENFERMEDAD**

Por favor señale la respuesta que mejor describa o se acerque a su situación.

- ¿Cómo se sintió emocionalmente en relación a su enfermedad?  
1) *Mal*            2) *Regular*        3) *Bien*            4) *Muy bien*        5) *Excelente*
- ¿Cómo cree que controló su enfermedad?  
1) *Mal*            2) *Regular*        3) *Bien*            4) *Muy bien*        5) *Excelente*
- ¿Desde su punto de vista, cómo considera que fue su relación con la enfermedad al momento del diagnóstico?  
1) *Mala*            2) *Regular*        3) *Buena*            4) *Muy buena*        5) *Excelente*
- ¿Cómo fue el trato que le dio su médico especialista?  
1) *Malo*            2) *Regular*        3) *Bueno*            4) *Muy bueno*        5) *Excelente*
- ¿Cómo calificaría el servicio médico que recibió respecto a su enfermedad?  
1) *Malo*            2) *Regular*        3) *Bueno*            4) *Muy bueno*        5) *Excelente*
- ¿Cómo calificaría el servicio administrativo que recibió de la institución principal en la que se atiende?  
1) *Malo*            2) *Regular*        3) *Bueno*            4) *Muy bueno*        5) *Excelente*

Enseguida se le presenta un listado de conceptos, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se haya presentado, en relación a cómo consideraba o entendía su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

**Consideré que mi enfermedad era algo:**

1. Positivo y de beneficio para mí	1	2	3	4	5
2. Que me incapacitaba en mis actividades cotidianas	1	2	3	4	5
3. Que era una señal importante en mi vida	1	2	3	4	5
4. Que me afectaba emocionalmente	1	2	3	4	5
5. Grave	1	2	3	4	5
6. Que relacionaba con la muerte	1	2	3	4	5
7. Que afectaba a mi familia	1	2	3	4	5
8. Natural	1	2	3	4	5
9. Como un castigo	1	2	3	4	5
10. Que me generaba problemas en mi vida social	1	2	3	4	5
11. Que me afectaba el trabajo	1	2	3	4	5
12. Que me dio por tener mala suerte	1	2	3	4	5
13. De origen genético	1	2	3	4	5
14. Que dependía de mí	1	2	3	4	5

**DURANTE EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE SU ENFERMEDAD****APARTADO 2  
EMOCIONES RELACIONADAS A SU ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de palabras referentes a diversas emociones, por favor señale el número correspondiente a la intensidad de la emoción en cada una de ellas, en relación a cómo se sintió cuando usted se enteró del diagnóstico de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nada, (2) poca, (3) regular, (4) moderada y (5) mucha.

1. Esperanza	1	2	3	4	5
2. Tristeza	1	2	3	4	5
3. Alegría	1	2	3	4	5
4. Miedo	1	2	3	4	5
5. Confianza	1	2	3	4	5
6. Culpa	1	2	3	4	5
7. Optimismo	1	2	3	4	5
8. Sufrimiento	1	2	3	4	5
9. Ilusión	1	2	3	4	5
10. Soledad	1	2	3	4	5
11. Ánimo	1	2	3	4	5
12. Enojo o Coraje	1	2	3	4	5
13. Tranquilidad	1	2	3	4	5
14. Resignación	1	2	3	4	5
15. Alivio	1	2	3	4	5
16. Vergüenza	1	2	3	4	5
17. Seguridad	1	2	3	4	5
18. Ansiedad	1	2	3	4	5
19. Calma	1	2	3	4	5
20. Desesperación	1	2	3	4	5

**APARTADO 3  
COMPORTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se haya presentado, en relación a qué hizo cuando se enteró del diagnóstico de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Intenté informarme acerca de mi enfermedad y luché lo más que pude contra ella	1	2	3	4	5
2) Hice un gran esfuerzo para olvidarme que estaba enfermo	1	2	3	4	5
3) Busqué atención profesional médica y seguí al pie de la letra los tratamientos médicos	1	2	3	4	5
4) Busqué apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
5) Busqué personas que me pudieran ayudar a manejar la enfermedad	1	2	3	4	5
6) Busqué apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
7) Busqué ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
8) Trabajé mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	1	2	3	4	5
9) Intenté mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	1	2	3	4	5
10) Busqué apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
11) A partir de mi enfermedad cuidé mis hábitos de salud (alimentos, ejercicio, descanso, sexo, otros)	1	2	3	4	5
12) Hablé con mis amigos y amigas de cómo me sentía en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
13) Intenté no hablar y que no me hablaran de mi enfermedad	1	2	3	4	5

## DURANTE EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE SU ENFERMEDAD

### APARTADO 4 APOYO EN LA ENFERMEDAD

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se haya presentado, en relación al apoyo que recibió durante el diagnóstico inicial de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Sentí que contaba con personas que se preocupaban de mis problemas	1	2	3	4	5
2) Recibí reconocimiento cuando hacía bien mis actividades	1	2	3	4	5
3) Obtuve apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
4) Tuve apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
5) Obtuve apoyo de amistades en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
6) Recibí apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
7) Obtuve apoyo emocional de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
8) Hablé con alguien de mis problemas y sobre cómo me sentía	1	2	3	4	5
9) Obtuve apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
10) Obtuve ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	1	2	3	4	5
11) Tuve ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	1	2	3	4	5
12) Obtuve apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
13) Obtuve apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
14) Obtuve apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
15) Obtuve apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
16) Obtuve apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
17) Obtuve apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
18) Tuve ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
19) Obtuve apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
20) Contaba con personas que se preocupaban de mis problemas	1	2	3	4	5
21) Recibí apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5

### APARTADO 5 OTROS SUCESOS QUE SE VIVEN A LA PAR DE LA ENFERMEDAD

Enseguida se le presenta un listado de sucesos que pudo haber vivido al mismo tiempo que su enfermedad, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se presentaron los siguientes sucesos durante el periodo de diagnóstico de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1. Discusión o problemas con amigos	1	2	3	4	5
2. Cambio de horario o de las condiciones de trabajo	1	2	3	4	5
3. Divorcio o separación	1	2	3	4	5
4. Abandono familiar	1	2	3	4	5
5. Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	1	2	3	4	5
6. Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	1	2	3	4	5

7. Hospitalización de algún miembro de la familia	1	2	3	4	5
8. Enfermedad de un miembro de la familia	1	2	3	4	5
9. Dificultades en su actividad sexual	1	2	3	4	5
10. Abuso u ofensa sexual	1	2	3	4	5
11. Muerte de un amigo íntimo	1	2	3	4	5
12. Ruptura de noviazgo o relación similar	1	2	3	4	5
13. Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	1	2	3	4	5
14. Muerte de pareja y/o esposo(a)	1	2	3	4	5

### DURANTE LA ETAPA ACTUAL DE SU ENFERMEDAD

#### APARTADO 1 PERCEPCIONES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ENFERMEDAD

Por favor señale la respuesta que mejor describa o se acerque a su situación.

¿Cómo se siente emocionalmente en relación a su enfermedad?

1) *Mal*                      2) *Regular*                      3) *Bien*                      4) *Muy bien*                      5) *Excelente*

¿Cómo cree que controla su enfermedad?

1) *Mal*                      2) *Regular*                      3) *Bien*                      4) *Muy bien*                      5) *Excelente*

¿Desde su punto de vista, cómo considera que es su relación con la enfermedad en el momento actual?

1) *Mala*                      2) *Regular*                      3) *Buena*                      4) *Muy buena*                      5) *Excelente*

¿Cómo es el trato de su médico especialista?

1) *Malo*                      2) *Regular*                      3) *Bueno*                      4) *Muy bueno*                      5) *Excelente*

¿Cómo calificaría el servicio médico que recibe respecto a su enfermedad?

1) *Malo*                      2) *Regular*                      3) *Bueno*                      4) *Muy bueno*                      5) *Excelente*

¿Cómo calificaría el servicio administrativo que recibe de la institución principal en la que se atiende?

1) *Malo*                      2) *Regular*                      3) *Bueno*                      4) *Muy bueno*                      5) *Excelente*

Enseguida se le presenta un listado de conceptos, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se presenta, en relación a cómo considera o entiende su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

**Considero que mi enfermedad es algo:**

1) Positivo y de beneficio para mí	1	2	3	4	5
2) Que me incapacitaba en mis actividades cotidianas	1	2	3	4	5
3) Que era una señal importante en mi vida	1	2	3	4	5
4) Que me afectaba emocionalmente	1	2	3	4	5
5) Grave	1	2	3	4	5
6) Que relacionaba con la muerte	1	2	3	4	5
7) Que afectaba a mi familia	1	2	3	4	5
8) Natural	1	2	3	4	5
9) Como un castigo	1	2	3	4	5
10) Que me generaba problemas en mi vida social	1	2	3	4	5
11) Que me afectaba el trabajo	1	2	3	4	5
12) Que me dio por tener mala suerte	1	2	3	4	5
13) De origen genético	1	2	3	4	5
14) Que dependía de mí	1	2	3	4	5



**DURANTE LA ETAPA ACTUAL DE SU ENFERMEDAD****APARTADO 2  
EMOCIONES RELACIONADAS A SU ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de palabras referentes a diversas emociones, por favor señale el número correspondiente a la intensidad de la emoción en cada una de ellas, en relación a cómo se siente en relación a su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nada, (2) poca, (3) regular, (4) moderada y (5) mucha.

1) Esperanza	1	2	3	4	5
2) Tristeza	1	2	3	4	5
3) Alegría	1	2	3	4	5
4) Miedo	1	2	3	4	5
5) Confianza	1	2	3	4	5
6) Culpa	1	2	3	4	5
7) Optimismo	1	2	3	4	5
8) Sufrimiento	1	2	3	4	5
9) Ilusión	1	2	3	4	5
10) Soledad	1	2	3	4	5
11) Ánimo	1	2	3	4	5
12) Enojo o Coraje	1	2	3	4	5
13) Tranquilidad	1	2	3	4	5
14) Resignación	1	2	3	4	5
15) Alivio	1	2	3	4	5
16) Vergüenza	1	2	3	4	5
17) Seguridad	1	2	3	4	5
18) Ansiedad	1	2	3	4	5
19) Calma	1	2	3	4	5
20) Desesperación	1	2	3	4	5

**APARTADO 3  
COMPORTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se presenta, en relación a qué hace actualmente en relación a su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Intenté informarme acerca de mi enfermedad y luché lo más que pude contra ella	1	2	3	4	5
2) Hice un gran esfuerzo para olvidarme que estaba enfermo	1	2	3	4	5
3) Busqué atención profesional médica y seguí al pie de la letra los tratamientos médicos	1	2	3	4	5
4) Busqué apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
5) Busqué personas que me pudieran ayudar a manejar la enfermedad	1	2	3	4	5
6) Busqué apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
7) Busqué ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
8) Trabajé mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	1	2	3	4	5
9) Intenté mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	1	2	3	4	5
10) Busqué apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
11) A partir de mi enfermedad cuidé mis hábitos de salud (alimentos, ejercicio, descanso, sexo, otros)	1	2	3	4	5
12) Hablé con mis amigos y amigas de cómo me sentía en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
13) Intenté no hablar y que no me hablaran de mi enfermedad	1	2	3	4	5

**DURANTE LA ETAPA ACTUAL DE SU ENFERMEDAD****APARTADO 4  
APOYO EN LA ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se presenta, en relación al apoyo que recibe actualmente en relación a su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Sentí que contaba con personas que se preocupaban de mis problemas	1	2	3	4	5
2) Recibí reconocimiento cuando hacía bien mis actividades	1	2	3	4	5
3) Obtuve apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
4) Tuve apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
5) Obtuve apoyo de amistades en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
6) Recibí apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
7) Obtuve apoyo emocional de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
8) Hablé con alguien de mis problemas y sobre cómo me sentía	1	2	3	4	5
9) Obtuve apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
10) Obtuve ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	1	2	3	4	5
11) Tuve ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	1	2	3	4	5
12) Obtuve apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
13) Obtuve apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
14) Obtuve apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
15) Obtuve apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
16) Obtuve apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
17) Obtuve apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
18) Tuve ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
19) Obtuve apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
20) Contaba con personas que se preocupaban de mis problemas	1	2	3	4	5
21) Recibí apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5

**APARTADO 5  
OTROS SUCESOS QUE SE VIVEN A LA PAR DE LA ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de sucesos que puede vivir al mismo tiempo que su enfermedad, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se presentan los siguientes sucesos durante su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Discusión o problemas con amigos	1	2	3	4	5
2) Cambio de horario o de las condiciones de trabajo	1	2	3	4	5
3) Divorcio o separación	1	2	3	4	5
4) Abandono familiar	1	2	3	4	5
5) Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	1	2	3	4	5
6) Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
7) Hospitalización de algún miembro de la familia	1	2	3	4	5
8) Enfermedad de un miembro de la familia	1	2	3	4	5

9) Dificultades en su actividad sexual	1	2	3	4	5
10) Abuso u ofensa sexual	1	2	3	4	5
11) Muerte de un amigo íntimo	1	2	3	4	5
12) Ruptura de noviazgo o relación similar	1	2	3	4	5
13) Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	1	2	3	4	5
14) Muerte de pareja y/o esposo(a)	1	2	3	4	5

#### APARTADO FINAL CONSIDERACIONES FINALES SOBRE SU PADECIMIENTO

Por favor conteste las siguientes preguntas de la manera más honesta posible y exprese libremente.

De las emociones sentidas cuando le dieron el diagnóstico, ¿cuál o cuáles fueron las más duraderas y por cuánto tiempo?

---



---

¿Qué pensó en el momento del diagnóstico?

---



---

¿Qué hizo en el momento del diagnóstico?

---



---

¿En este momento, cómo se siente emocionalmente referente a la enfermedad?

---



---

Aparte del personal médico, ¿ha hablado Usted de su situación de enfermedad con alguien más?, ¿usted ha tocado el tema?, ¿Con quiénes? y ¿De qué exactamente ha hablado?

---



---

Desde su punto de vista, ¿cuál considera sería la mayor dificultad que se ha presentado en su situación de enfermedad?

---



---

Desde su punto de vista, ¿cuál considera que ha sido lo que más le ha ayudado en su situación de enfermedad?

---

## ¡Gracias por su tiempo y apoyo!

Dudas, comentarios y colaboraciones escribir a:  
 Rodrigo Cantú Guzmán - rodrigocantu@yahoo.com  
 Javier Álvarez Bermúdez - jabnl@hotmail.com  
 Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL)

## ANEXO 4



# **BATERÍA DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DEL SUCESO DE ENFERMEDAD CRÓNICA**

**Javier Álvarez Bermúdez**  
*Facultad de Psicología*

**Rodrigo Cantú Guzmán**  
*Departamento de Servicios Médicos*

**Universidad Autónoma de Nuevo León**

## BATERÍA DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DEL SUCESO DE ENFERMEDAD

La batería permite evaluar las siguientes dimensiones psicológicas: emociones, afrontamiento, soporte social, sucesos de vida y creencias/conceptualización asociadas a la enfermedad crónica. Se recomienda su aplicación considerando el tiempo de padecimiento de la enfermedad ya sea al momento del diagnóstico y/o considerando el tiempo presente.

Por favor conteste lo más honestamente posible y lea cuidadosamente las indicaciones, evite dejar respuestas en blanco.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PARTICIPANTE:

Los datos son completamente confidenciales y para uso exclusivo con fines académicos y de investigación, al contestar los reactivos y/o aceptar la entrevista, Usted acepta participar voluntariamente en el estudio y es libre de abandonarlo en cualquier momento. Si está de acuerdo por favor firme en el renglón.

Nombre y Firma del entrevistado(a): \_\_\_\_\_

Nombre del investigador(a) o investigador(a) asistente: \_\_\_\_\_ contacto: \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIDAD

Nombre del entrevistado(a): \_\_\_\_\_ Núm. empleado (expediente): \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: (1) Hombre (2) Mujer

Estado Civil: (1) soltero (2) casado (3) viudo (4) separado (5) divorciado (6) unión libre

Cuántas personas viven con Ud. en casa: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios (concluidos):

1) Sin estudios o no terminó primaria 2) primaria 3) secundaria  
4) preparatoria 5) técnico 6) universidad 7) posgrado

### ENFERMEDAD Y ANTECEDENTES

¿Cuál es el diagnóstico que padece usted? \_\_\_\_\_

\*\* Únicamente pacientes con VIH/SIDA,

¿En qué fase de la enfermedad se encuentra? 1) Asintomática 2) Sintomática

Carga viral: \_\_\_\_\_ CD4: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha en que le dieron la noticia de su diagnóstico? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Señale el tipo o tipos de tratamiento médico que recibe o ha recibido: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

1) Quimioterapia 2) radioterapia 3) cirugía 4) quimioterapia y radioterapia  
5) quimioterapia y cirugía 6) radioterapia y cirugía 7) los tres 8) ninguno

Metástasis: 1) Sí 2) No

¿Alguno(s) de sus familiares padecen su enfermedad? 1) Sí 2) No

¿Cómo fue la noticia del diagnóstico? 1) Inesperada 2) Esperada

**DURANTE EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE SU ENFERMEDAD****APARTADO 1  
PERCEPCIONES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ENFERMEDAD**

Por favor señale la respuesta que mejor describa o se acerque a su situación.

- ¿Cómo se sintió emocionalmente en relación a su enfermedad?  
1) *Mal*                      2) *Regular*                      3) *Bien*                      4) *Muy bien*                      5) *Excelente*
- ¿Cómo cree que controló su enfermedad?  
1) *Mal*                      2) *Regular*                      3) *Bien*                      4) *Muy bien*                      5) *Excelente*
- ¿Desde su punto de vista, cómo considera que fue su relación con la enfermedad al momento del diagnóstico?  
1) *Mala*                      2) *Regular*                      3) *Buena*                      4) *Muy buena*                      5) *Excelente*
- ¿Cómo fue el trato que le dio su médico especialista?  
1) *Malo*                      2) *Regular*                      3) *Bueno*                      4) *Muy bueno*                      5) *Excelente*
- ¿Cómo calificaría el servicio médico que recibió respecto a su enfermedad?  
1) *Malo*                      2) *Regular*                      3) *Bueno*                      4) *Muy bueno*                      5) *Excelente*
- ¿Cómo calificaría el servicio administrativo que recibió de la institución principal en la que se atiende?  
1) *Malo*                      2) *Regular*                      3) *Bueno*                      4) *Muy bueno*                      5) *Excelente*

Enseguida se le presenta un listado de conceptos, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se haya presentado, en relación a cómo consideraba o entendía su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

**Consideré que mi enfermedad era algo:**

1)	Que me incapacitaba en mis actividades cotidianas	1	2	3	4	5
2)	Que me afectaba emocionalmente	1	2	3	4	5
3)	Grave	1	2	3	4	5
4)	Que relacionaba con la muerte	1	2	3	4	5
5)	Que afectaba a mi familia	1	2	3	4	5
6)	Como un castigo	1	2	3	4	5
7)	Que me generaba problemas en mi vida social	1	2	3	4	5
8)	Que me afectaba el trabajo	1	2	3	4	5
9)	Que me dio por tener mala suerte	1	2	3	4	5

**DURANTE EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE SU ENFERMEDAD****APARTADO 2  
EMOCIONES RELACIONADAS A SU ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de palabras referentes a diversas emociones, por favor señale el número correspondiente a la intensidad de la emoción en cada una de ellas, en relación a cómo se sintió cuando usted se enteró del diagnóstico de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nada, (2) poca, (3) regular, (4) moderada y (5) mucha.

1) Esperanza	1	2	3	4	5
2) Tristeza	1	2	3	4	5
3) Alegría	1	2	3	4	5
4) Miedo	1	2	3	4	5
5) Confianza	1	2	3	4	5
6) Culpa	1	2	3	4	5
7) Optimismo	1	2	3	4	5
8) Sufrimiento	1	2	3	4	5
9) Ilusión	1	2	3	4	5
10) Soledad	1	2	3	4	5
11) Ánimo	1	2	3	4	5
12) Enojo o Coraje	1	2	3	4	5
13) Tranquilidad	1	2	3	4	5
14) Resignación	1	2	3	4	5
15) Alivio	1	2	3	4	5
16) Vergüenza	1	2	3	4	5
17) Seguridad	1	2	3	4	5
18) Ansiedad	1	2	3	4	5
19) Calma	1	2	3	4	5
20) Desesperación	1	2	3	4	5

**APARTADO 3  
COMPORTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se haya presentado, en relación a qué hizo cuando se enteró del diagnóstico de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Intenté informarme acerca de mi enfermedad y luché lo más que pude contra ella	1	2	3	4	5
2) Hice un gran esfuerzo para olvidarme que estaba enfermo	1	2	3	4	5
3) Busqué atención profesional médica y seguí al pie de la letra los tratamientos médicos	1	2	3	4	5
4) Busqué apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
5) Busqué personas que me pudieran ayudar a manejar la enfermedad	1	2	3	4	5
6) Busqué apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
7) Busqué ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
8) Trabajé mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	1	2	3	4	5
9) Intenté mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	1	2	3	4	5
10) Busqué apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
11) A partir de mi enfermedad cuidé mis hábitos de salud (alimentos, ejercicio, descanso, sexo, otros)	1	2	3	4	5
12) Hablé con mis amigos y amigas de cómo me sentía en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
13) Intenté no hablar y que no me hablaran de mi enfermedad	1	2	3	4	5



**DURANTE EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE SU ENFERMEDAD****APARTADO 4  
APOYO EN LA ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se haya presentado, en relación al apoyo que recibió durante el diagnóstico inicial de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Sentí que contaba con personas que se preocupaban de mis problemas	1	2	3	4	5
2) Recibí reconocimiento cuando hacía bien mis actividades	1	2	3	4	5
3) Obtuve apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
4) Tuve apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
5) Obtuve apoyo de amistades en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
6) Recibí apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
7) Obtuve apoyo emocional de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
8) Hablé con alguien de mis problemas y sobre cómo me sentía	1	2	3	4	5
9) Obtuve apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
10) Obtuve ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	1	2	3	4	5
11) Tuve ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	1	2	3	4	5
12) Obtuve apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
13) Obtuve apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
14) Obtuve apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
15) Obtuve apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
16) Obtuve apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
17) Obtuve apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
18) Tuve ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
19) Obtuve apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
20) Contaba con personas que se preocupaban de mis problemas	1	2	3	4	5
21) Recibí apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5

**APARTADO 5  
OTROS SUCESOS QUE SE VIVEN A LA PAR DE LA ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de sucesos que pudo haber vivido al mismo tiempo que su enfermedad, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se presentaron los siguientes sucesos durante el periodo de diagnóstico de su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Discusión o problemas con amigos	1	2	3	4	5
2) Divorcio o separación	1	2	3	4	5
3) Abandono familiar	1	2	3	4	5
4) Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	1	2	3	4	5
5) Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
6) Abuso u ofensa sexual	1	2	3	4	5
7) Ruptura de noviazgo o relación similar	1	2	3	4	5
8) Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	1	2	3	4	5

**DURANTE LA ETAPA ACTUAL DE SU ENFERMEDAD****APARTADO 1  
PERCEPCIONES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ENFERMEDAD**

Por favor señale la respuesta que mejor describa o se acerque a su situación.

¿Cómo se siente emocionalmente en relación a su enfermedad?

1) *Mal*                      2) *Regular*                      3) *Bien*                      4) *Muy bien*                      5) *Excelente*

¿Cómo cree que controla su enfermedad?

1) *Mal*                      2) *Regular*                      3) *Bien*                      4) *Muy bien*                      5) *Excelente*

¿Desde su punto de vista, cómo considera que es su relación con la enfermedad en el momento actual?

1) *Mala*                      2) *Regular*                      3) *Buena*                      4) *Muy buena*                      5) *Excelente*

¿Cómo es el trato de su médico especialista?

1) *Malo*                      2) *Regular*                      3) *Bueno*                      4) *Muy bueno*                      5) *Excelente*

¿Cómo calificaría el servicio médico que recibe respecto a su enfermedad?

1) *Malo*                      2) *Regular*                      3) *Bueno*                      4) *Muy bueno*                      5) *Excelente*

¿Cómo calificaría el servicio administrativo que recibe de la institución principal en la que se atiende?

1) *Malo*                      2) *Regular*                      3) *Bueno*                      4) *Muy bueno*                      5) *Excelente*

Enseguida se le presenta un listado de conceptos, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se presenta, en relación a cómo considera o entiende su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

**Considero que mi enfermedad es algo:**

1) Que me incapacitaba en mis actividades cotidianas	1	2	3	4	5
2) Que me afectaba emocionalmente	1	2	3	4	5
3) Grave	1	2	3	4	5
4) Que relacionaba con la muerte	1	2	3	4	5
5) Que afectaba a mi familia	1	2	3	4	5
6) Como un castigo	1	2	3	4	5
7) Que me generaba problemas en mi vida social	1	2	3	4	5
8) Que me afectaba el trabajo	1	2	3	4	5
9) Que me dio por tener mala suerte	1	2	3	4	5

**DURANTE LA ETAPA ACTUAL DE SU ENFERMEDAD****APARTADO 2  
EMOCIONES RELACIONADAS A SU ENFERMEDAD**

Enseguida se le presenta un listado de palabras referentes a diversas emociones, por favor señale el número correspondiente a la intensidad de la emoción en cada una de ellas, en relación a cómo se siente en relación a su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nada, (2)

poca, (3) regular, (4) moderada y (5) mucha.

1) Esperanza	1	2	3	4	5
2) Tristeza	1	2	3	4	5
3) Alegría	1	2	3	4	5
4) Miedo	1	2	3	4	5
5) Confianza	1	2	3	4	5
6) Culpa	1	2	3	4	5
7) Optimismo	1	2	3	4	5
8) Sufrimiento	1	2	3	4	5
9) Ilusión	1	2	3	4	5
10) Soledad	1	2	3	4	5
11) Ánimo	1	2	3	4	5
12) Enojo o Coraje	1	2	3	4	5
13) Tranquilidad	1	2	3	4	5
14) Resignación	1	2	3	4	5
15) Alivio	1	2	3	4	5
16) Vergüenza	1	2	3	4	5
17) Seguridad	1	2	3	4	5
18) Ansiedad	1	2	3	4	5
19) Calma	1	2	3	4	5
20) Desesperación	1	2	3	4	5

### APARTADO 3 COMPORTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se presenta, en relación a qué hace actualmente en relación a su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Intenté informarme acerca de mi enfermedad y luché lo más que pude contra ella	1	2	3	4	5
2) Hice un gran esfuerzo para olvidarme que estaba enfermo	1	2	3	4	5
3) Busqué atención profesional médica y seguí al pie de la letra los tratamientos médicos	1	2	3	4	5
4) Busqué apoyo emocional en familiares que viven en casa en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
5) Busqué personas que me pudieran ayudar a manejar la enfermedad	1	2	3	4	5
6) Busqué apoyo emocional en familiares que no viven en casa en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
7) Busqué ayuda espiritual en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
8) Trabajé mucho para olvidar los problemas relacionados a la enfermedad	1	2	3	4	5
9) Intenté mantenerme ocupado para no pensar en mi enfermedad	1	2	3	4	5
10) Busqué apoyo emocional en mi pareja en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5
11) A partir de mi enfermedad cuidé mis hábitos de salud (alimentos, ejercicio, descanso, sexo, otros)	1	2	3	4	5
12) Hablé con mis amigos y amigas de cómo me sentía en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
13) Intenté no hablar y que no me hablaran de mi enfermedad	1	2	3	4	5

### DURANTE LA ETAPA ACTUAL DE SU ENFERMEDAD

### APARTADO 4 APOYO EN LA ENFERMEDAD

Enseguida se le presenta un listado de frases, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se presenta, en relación al apoyo que recibe actualmente en relación a su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3)

**algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.**

1) Sentí que contaba con personas que se preocupaban de mis problemas	1	2	3	4	5
2) Recibí reconocimiento cuando hacía bien mis actividades	1	2	3	4	5
3) Obtuve apoyo emocional de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
4) Tuve apoyo de información o económico de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
5) Obtuve apoyo de amistades en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
6) Recibí apoyo del médico en cuanto tratamientos y trámites en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
7) Obtuve apoyo emocional de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
8) Hablé con alguien de mis problemas y sobre cómo me sentía	1	2	3	4	5
9) Obtuve apoyo de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
10) Obtuve ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que no viven en casa	1	2	3	4	5
11) Tuve ayuda económica o de información de mi enfermedad de familiares que viven en casa	1	2	3	4	5
12) Obtuve apoyo de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
13) Obtuve apoyo de mi madre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
14) Obtuve apoyo emocional de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
15) Obtuve apoyo de información o económico de mi padre en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
16) Obtuve apoyo de otros familiares que viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
17) Obtuve apoyo emocional de familiares que no viven en casa en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
18) Tuve ayuda económica o de información de mi pareja en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
19) Obtuve apoyo emocional de mi pareja o esposo(a) en relación a la enfermedad	1	2	3	4	5
20) Contaba con personas que se preocupaban de mis problemas	1	2	3	4	5
21) Recibí apoyo emocional del médico en relación a mi enfermedad	1	2	3	4	5

#### APARTADO 5

#### OTROS SUCESOS QUE SE VIVEN A LA PAR DE LA ENFERMEDAD

Enseguida se le presenta un listado de sucesos que puede vivir al mismo tiempo que su enfermedad, por favor señale el número correspondiente de acuerdo a la frecuencia con que se presentan los siguientes sucesos durante su enfermedad. Responda de acuerdo a lo siguiente, (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.

1) Discusión o problemas con amigos	1	2	3	4	5
2) Divorcio o separación	1	2	3	4	5
3) Abandono familiar	1	2	3	4	5
4) Discusiones fuertes con familiares que no viven en casa	1	2	3	4	5
5) Conflictos con jefe o compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
6) Abuso u ofensa sexual	1	2	3	4	5
7) Ruptura de noviazgo o relación similar	1	2	3	4	5
8) Discusiones fuertes con su cónyuge o pareja	1	2	3	4	5

#### APARTADO FINAL

#### CONSIDERACIONES FINALES SOBRE SU PADECIMIENTO

Por favor conteste las siguientes preguntas de la manera más honesta posible y exprese libremente.

De las emociones sentidas cuando le dieron el diagnóstico, ¿cuál o cuáles fueron las más duraderas y por cuánto tiempo?

---

---

¿Qué pensó en el momento del diagnóstico?

---

---

¿Qué hizo en el momento del diagnóstico?

---

¿En este momento, cómo se siente emocionalmente referente a la enfermedad?

---

---

Aparte del personal médico, ¿ha hablado Usted de su situación de enfermedad con alguien más?, ¿usted ha tocado el tema?, ¿Con quiénes? y ¿De qué exactamente ha hablado?

---

---

Desde su punto de vista, ¿cuál considera sería la mayor dificultad que se ha presentado en su situación de enfermedad?

---

---

Desde su punto de vista, ¿cuál considera que ha sido lo que más le ha ayudado en su situación de enfermedad?

---

**¡Gracias por su tiempo y apoyo!**

Dudas, comentarios y colaboraciones escribir a:  
Rodrigo Cantú Guzmán - rodrigocantu@yahoo.com  
Javier Álvarez Bermúdez - jabnl@hotmail.com  
Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL)

# ANEXO 5

Ejemplo de análisis cualitativo, recategorización de variables.

# Folio	De las emociones sentidas cuando le dieron el diagnóstico, ¿Cuál o cuáles fueron las mas duraderas y por cuanto tiempo?	Emoción	SPSS
195	Resignación, hasta la fecha, tristeza	resignación	5
201	Depresión, moral baja, coraje, ganas de llorar (4 - 5 meses aproximadamente)	depresión	1
202	Frustración (1 mes)	frustración	5
203	No sentí nada, lo tomé normal	nada	7
204	Sentí morir, tristeza por 4 meses	tristeza	1
205	Miedo, menos de una semana	miedo	2
206	Sorpresa, un mes; deprimido hasta la fecha	sorpresa	5
207	Tristeza, tres semanas	tristeza	1
208	Miedo, un mes; tristeza (aun porque la pareja falleció)	miedo	2
209	Miedo, una semana	miedo	2

¿Qué pensó en el momento del diagnóstico?	<b>pensamiento</b>	<b>SPSS</b>
Ya la había regado, era esperado	la había regado	7
Como le iba a hacer para sobrellevarlo con las demás personas (familia) como lo vayan a tomar	cómo hacerle para decirle a los demás	2
Muerte	muerte	1
Pues seguir adelante	seguir adelante	6
Morirme	muerte	1
Ni modo ya me dio	ni modo ya me dio	4
Nada, me quedé en blanco	nada, sin palabras	7
Que me había tocado de castigo y que ni modo tenía que luchar	castigo	4
Lo tengo pero todo va a estar bien (me preocupe más de mi pareja que estaba en el hospital)	seguir adelante	6
Me iba a morir y en mis hijos, que sería de ellos	muerte	1
Lo superaré, confío en dios	seguir adelante	6



¿Qué hizo en el momento del diagnóstico?	qué hizo	SPSS
Me puse nostálgico	estar triste	3
Informárselo a su mamá y a su hermana mayor y otro hermano	decírselo a familiares	4
Echarle ganas, continuar con el tratamiento	llevar el tratamiento médico	1
Ir a tramitar el tratamiento, pues eso fue lo que me dijeron que hiciera	llevar el tratamiento médico	1
Me fui con el doctor para el trámite del tratamiento	llevar el tratamiento médico	1
Nada, informarme	informarme sobre el padecimiento	1
Nada, intentar vivir con esto	aceptar y luchar con la enfermedad	1
Nada	nada	2
Platiqué con mi pareja y me fui a mi casa para ir con mi prima	hablar con mi pareja	4
Llorar y caminar	llorar	3

Aparte del personal médico, ¿Ha hablado usted de su situación de enfermedad con alguien mas?, ¿usted ha tocado el tema?, ¿Con quiénes? Y ¿De qué exactamente ha hablado?	con quién habló	SPSS
No, solo con el cuñado, que tengo buen tratamiento medico	nadie	5
Mama, hermano y hermana; que lleva el tratamiento y como va mejorando	mamá	3
Gente del mismo padecimiento, amigas, clientas, familiares del mismo padecimiento	otros pacientes	9
Madre y hermanas, me dicen que tenga cuidado, me dicen eso porque se dan cuenta de la vida de uno	mamá	3
Sobrina, esposo y una hermana mía; sobre como estoy, me ayudan, me apoyan, me informan del tratamiento y me dicen que me cuide	sobrina	14
Amiga, me quita las dudas	amigo(as)	1
Pacientes, alimentos, tratamientos y apoyo	otros pacientes	9
Psicóloga, rechazo familiar y mis hijos	profesional de la psicología	13
Prima, sobre tratamiento y citas médicas	prima	14
Si, mamá, mi familia, como me siento y de la enfermedad	mamá	3

Desde su punto de vista, ¿Cuál considera sería la mayor dificultad que se ha presentado en su situación de enfermedad?	mayor dificultad	SPSS
Comunicarlo a mis amigos	hablarlo con los demás	5
El trato con los demás, miedo a discriminación	hablarlo con los demás	5
El amor, dificultad para tener pareja	dificultad para tener pareja	3
Hasta ahorita nada	nada	7
Antes del tratamiento solo me enfermaba pero ahorita ninguna	síntomas	8
Ahorita nada	nada	7
Empleos	dificultades para obtener empleo	1
Piensen que contagio a cualquier persona, el rechazo familiar y que me quitaron a mis hijos	rechazo familiar	11
Nada, todo sigue igual	nada	7
Nada, hasta ahorita nada	nada	7

Desde su punto de vista, ¿Cuál considera que ha sido lo que más le ha ayudado en su situación de enfermedad?	lo que más ha ayudado	SPSS
El apoyo médico	médico	9
El apoyo de su familia	familia	1
El trabajo, la lectura, una amiga	trabajo	12
La confianza en dios, es de lo que me habla mi familia siempre porque ellos son católicos	dios	5
Mi ánimo y el apoyo de familiares	familia	1
El apoyo médico y los tratamientos	médico	9
Instituciones que me ayudan a vivir	instituciones	8
Mi pareja y mis hijos	pareja	11
Tener la esperanza de que todo saldrá bien	tener esperanza	6
Mis hijos y saber que hay tratamientos que me pueden ayudar	hijos	2

# ANEXO 6



SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEON  
ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO  
CAPASITS



CENTRO AMBULATORIO PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SIDA E  
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

DR. GENARO LEAL MARTÍNEZ  
SECRETARIO TÉCNICO DE COESIDA.

POR MEDIO DE LA PRESENTE HAGO DE SU CONOCIMIENTO QUE EL LICENCIADO EN PSICOLOGÍA , **C. RODRIGO ALBERTO CANTÚ GUZMÁN**, ESTARÁ DURANTE EL PERIODO DE ENERO A MARZO DE 2011, APLICANDO ENCUESTAS A MANERA DE ENTREVISTA PARA SU TESIS DOCTORAL: **"Impacto psicosocial en la enfermedad crónica degenerativa: Grupos de pacientes con VIH/SIDA y Cáncer respectivamente"**.

LA MISMA QUE HE REVISADO EN SU CONTENIDO Y NO LE VEO NINGÚN INCOVENIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LA MISMA.

SIN OTRO PARTICULAR SE DESPIDE SU SERVIDOR.

DR. LUIS CASTILLO REYNA  
DIRECTOR DE CAPASITS.

*Dr. Luis Gerardo Castillo Reyna*  
CEDI. PRO.P. 5014939  
MEDICINA INTEGRADA

# ANEXO 7



# UANL Comité de Ética y Comité de Investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

## Comité de Ética

Dr. José Gerardo Garza Leal  
Presidente

Dr. Jorge E. Cruz Ponce  
Secretario

Dr. med. Óscar de la Garza Castro  
Tesorero

### Vocales:

Dr. Alejandro Marfil Rivera

M.C. Viviana Maricela Gómez Puente

Dra. Norma Cisneros García

Lic. Aurora Vignau de Zambrano

Lic. Isela Torres Acevedo

## Comité de Investigación

Dr. José Gerardo Garza Leal  
Presidente

Dra. Irma Rivera Morales  
Secretario

### Vocales:

Dr. Gloria María González González

Dr. Héctor R. Martínez Rodríguez

Dr. Alberto Niderhauser García

Dr. Isaias Rodríguez Balderrama

Dr. med. Carlos Alberto Montero Cantú

Dr. Norberto López Serna

**DR. JUAN FRANCISCO GONZALEZ GUERRERO**  
**LIC. RODRIGO ALBERTO CANTU GUZMAN**  
Investigadores principales  
Servicio de Oncología/Facultad de Psicología  
Presente.-

Estimados Investigadores:

Le Informamos que nuestro Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la UANL y Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", ha **revisado y aprobado** el proyecto de investigación titulado "**Impacto psicosocial en la enfermedad crónica degenerativa en pacientes con Cáncer**". Participando además el Dr. Javier Álvarez Bermúdez, Dr. Ernesto Torres López y Dr. med. Adelina Alcorta Garza como **Co-Investigadores**.

Su proyecto quedó registrado en esta Subdirección con la clave **ON11-001**, este número es necesario para la autorización de los servicios de apoyo a la investigación.

Le pedimos mantenernos informados del avance o terminación de su proyecto.

Sin más por el momento, me despido de usted.

Atentamente,  
"Alere Flammam Veritatis"  
Monterrey N.L., a 09 de Marzo del 2011

**DR. JOSÉ GERARDO GARZA LEAL**  
Secretario de Investigación Clínica  
Presidente del Comité Ética e Investigación

SUB-DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

## SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Edificio de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina de la U.A.N.L. planta baja.  
Av. Francisco I. Madero Pte. s/n y Dr. E. Aguirre Pequeño, Col. Mitras Centro, C.P. 64460 Monterrey, N.L. México  
Tel./Fax (+52) 8329 4050 Ext. 2871 al 2874. Correo Electrónico: sinvestigacion@hu.uanl.mx





HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"Dr. José Eleuterio González"



**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
Versión 1. 3 marzo 2011

**Título del protocolo: Impacto psicosocial en la enfermedad crónica degenerativa: Grupo de pacientes con Cáncer**

**Investigador principal(es):** MC. Rodrigo Cantú Guzmán, Dra. Adelina Alcorta-G de González

**Sede donde se realizará el estudio:** Centro Universitario Contra el Cáncer del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A usted se le está invitando a participar voluntariamente en un estudio de investigación sobre comportamiento psicosocial en la enfermedad; esto quiere decir que se estudiarán factores emocionales y familiares asociados al padecimiento, y no propiamente la enfermedad física. En esta investigación se pretende conocer características específicas de los pacientes, en cuanto a cómo manejan y se relacionan con su padecimiento, para poder conocer mejor su experiencia y en base a eso diseñar propuestas de intervención y/o asistencia psicológica.

El estudio consta de una entrevista con duración aproximada de una hora. Las preguntas que contiene la entrevista se refieren a sus sentimientos y emociones en cuanto a la enfermedad, el apoyo que recibe de gente cercana, el cómo ha manejado la enfermedad, sus creencias acerca de ella, así como sucesos externos que usted pueda estar pasando al mismo tiempo que la enfermedad. La entrevista consta de dos tiempos; 1) la primera parte, preguntas relacionadas a su percepción de cómo fue el periodo del diagnóstico inicial y 2) la segunda parte, preguntas asociadas a cómo es su situación actual de la enfermedad.

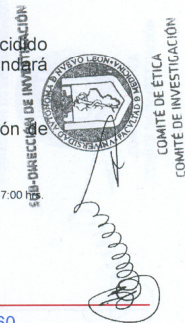
Se han realizado estudios nacionales e internacionales sobre conducta de enfermedad en pacientes con cáncer donde integran algunas de las variables que se pretenden estudiar, sin embargo no se han encontrado estudios que trabajen estas mismas variables en conjunto y en esta población en específico. Este estudio es de tipo descriptivo, en donde se realizará una comparación entre las percepción del diagnóstico inicial y la actual, asimismo se evaluarán perfiles de comportamiento psicosocial en la enfermedad oncológica, en una muestra de más de 100 pacientes que se atienden en el Centro Universitario Contra el Cáncer de la UANL.

Usted es libre de abandonar la entrevista si lo cree necesario o conveniente. Los investigadores mantendrán el anonimato de las personas que participen en la investigación y la confidencialidad de los datos que se deriven. Si usted tiene dudas acerca del estudio puede preguntarlas en cualquier momento. El participar en este estudio o dejar de hacerlo no afecta ni tiene relación con recibir tratamiento médico actual o en el futuro en esta institución.

Por medio de este formato se le pedirá a usted que firme, una vez que haya decidido participar de manera voluntaria y esté de acuerdo con el propósito de estudio. Se le brindará una copia de este formato.

Si usted tiene preguntas relacionadas con el estudio, sobre los datos o utilización de información u otras, deberá establecer contacto con:

MC. Rodrigo Cantú Guzmán, Investigador Principal  
Servicios Médicos de la UANL, 83486902 ext 119 Lunes a Jueves 11:00 a 14:00 hrs. Viernes 14:00 a 17:00  
cel: 811 473 1182  
correo electrónico: rodrigocantu@yahoo.com



AV. MADERO Y GONZALITOS COL. MITRAS CENTRO MONTERREY, N.L. C.P. 64460  
TELS: 8333-81-11 Y 12 FAX: 8333-03-82 Y 8346-4690

Para preguntas relacionadas con sus derechos como participante del estudio, por favor establezca contacto con:

Dr. José Gerardo Garza Leal, Presidente del Comité de Ética  
tel: 83294050 ext 2870 al 2874  
Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la UANL y Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

He leído la información contenida en todas y cada una de las hojas de este documento y entiendo el propósito del estudio. He tenido oportunidad de hacer preguntas y mis dudas han sido respondidas a mi satisfacción. Acepto participar en este estudio de investigación. Entiendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme de este estudio en cualquier momento sin dar explicaciones. Entiendo que si decido terminar mi participación en el estudio no afectará de ninguna manera cualquier tratamiento médico actual o futuro que yo pueda recibir. Autorizo el uso de mi información con propósitos académicos y de investigación. Al firmar a continuación, he leído y comprendido los enunciados anteriores y toda la información de este consentimiento informado.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del investigador o investigador(a) asistente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo (1): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo (2): \_\_\_\_\_

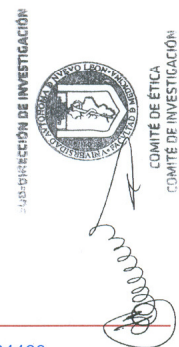
Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



# ANEXO 8



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ SERVICIOS MÉDICOS

MEMORANDUM

Se les comunica que a partir del 14 de abril de 2010, el Lic. Rodrigo Cantu , aplicará, apoyado con colaboradores de la Facultad de Psicología, una batería de evaluaciones psicológicas entre la población de Servicios Médicos de la U.A.N.L.

El Licenciado Cantu fue autorizado por la Dirección a realizar esta actividad por lo que se nos pide brindemos las facilidades para que lleve a cabo sin contratiempos.

Atentamente,  
Monterrey, N.L. a 14 de abril de 2010

*M. Rodríguez*  
Dra. Martha B. Rodríguez  
Capacitación y Desarrollo



Dra. Martha B. Rodríguez Mamoquin

