

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/329413368>

"Enfermedad en las mujeres: factores psicológicos de riesgo y condición de pareja".

Chapter · August 2017

CITATIONS

0

READS

53

4 authors, including:



[Josue Tinoco Amador](#)

Metropolitan Autonomous University

50 PUBLICATIONS 96 CITATIONS

SEE PROFILE

Temas selectos de biomedicina en Ciencias de la Salud

Ninfa Ramírez Durán
Ma. Victoria Domínguez García
Compiladoras

Notabilis
Scientia

Temas selectos de biomedicina en Ciencias de la Salud



Temas selectos de biomedicina en Ciencias de la Salud

Ninfa Ramírez Durán
Ma. Victoria Domínguez García
Compiladoras



SIEA



UAEM



Dr. en Ed. Alfredo Barrera Baca
Rector

Dr. en C.I. Amb. Carlos Eduardo Barrera Díaz
Secretario de Investigación y Estudios Avanzados

M. en S.P. Salvador López Rodríguez
Director de la Facultad de Medicina

Dra. en C. Lilia Patricia Bustamante Montes
Ex Directora de la Facultad de Medicina

Dra. Roxana Valdés Ramos
*Coordinadora del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud,
enero 2011-marzo 2015*

Dra. en C.S. María de Lourdes García Hernández
Coordinadora del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, marzo 2015

Mtra. en Admón. Susana García Hernández
*Directora de Difusión y Promoción de la Investigación
y los Estudios Avanzados*

L.L.L. Patricia Vega Villavicencio
Jefa del Departamento de Producción y Difusión Editorial

Primera edición: agosto 2017

ISBN UAEM: 978-607-422-850-2

ISBN EÓN: 978-607-9426-99-6

© Universidad Autónoma del Estado de México
Instituto Literario núm. 100 ote.
C.P. 50000, Toluca, México
<http://www.uaemex.mx>

© Ediciones y Gráficos Eón, S.A. de C.V.
Av. México-Coyoacán núm. 421
Colonia Xoco, Delegación Benito Juárez
México, D. F., C.P. 03330
Tels.: 56 04 12 04 / 56 88 91 12
administracion@edicioneseon.com.mx
www.edicioneseon.com.mx

La Universidad Autónoma del Estado de México declara que la información vertida en este libro es de exclusiva responsabilidad de los autores.

En cumplimiento a la normatividad sobre el acceso abierto de la investigación científica, esta obra se pone a disposición del público en su versión electrónica en el repositorio de la UAEMex (<http://ri.uamex.mx>) para su uso en línea con fines académicos y no de lucro, por lo que se prohíbe la reproducción parcial o total, directa o indirecta del contenido de esta presentación impresa sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito de los editores, en términos de lo así previsto por la *Ley Federal del Derecho de Autor* y, en su caso, por los tratados internacionales aplicables.

La investigación contenida en este libro fue sometida a revisión por pares ciegos.

Impreso y hecho en México / *Printed and made in Mexico*

ÍNDICE

Prólogo <i>Roxana Valdés Ramos</i>	11
CAPÍTULO I ÁREA ODONTOLOGÍA	
Cambios en los marcadores fisiológicos en pacientes con ansiedad dental al ser sometidos a musicoterapia <i>Cynthia Mejía Rubalcava, Jorge Alanís Tavira, Hugo Mendieta Zerón y Teresa Leonor Sánchez Pérez</i>	15
Efecto citotóxico de las nanopartículas de TiO ₂ en cultivo de células orales <i>René García Contreras, Rogelio J. Scougall Vilchis, Rosalía Contreras Bulnes, Hiroshi Sakagami y Hiroshi Nakajima</i>	31
La dieta en el proceso de caries dental: un estudio sobre caries dental y el consumo de macro y micronutrientes en escolares de nivel socioeconómico bajo <i>Laura Soraya Gaona Valle, Jorge Alanís Tavira, Teresa Leonor Sánchez Pérez y Roxana Valdés Ramos</i>	43
Evaluación de las propiedades antibacteriales de las nanopartículas Cu-Ni obtenidas a través de aleado mecánico <i>Liliana Argueta Figueroa, Rogelio J. Scougall Vilchis, Raúl Alberto Morales Luckie, Oscar Fernando Olea Mejía y Juan Bonifacio Martínez</i>	59

CAPÍTULO II

ÁREA NUTRICIÓN

Factores personales de riesgo para diabetes mellitus
tipo 2 en comunidades del Estado de México 75
*Patricia Cruz Bello, Roxana Valdés Ramos, Ivonne Vizcarra Bordi
y Martha Kaufer Horwitz*

Importancia de la valoración cardiológica del adolescente previa
a la práctica deportiva 89
*Ana Lilia Pérez Huitimea, Roxana Valdés Ramos, Gustavo Gabriel
Mendieta Alcántara, José de Jesús Muñoz Murguía y Jorge Alanís Tavira*

El perfil lipídico, glucosa e insulina se ven afectados de manera
diferente por la actividad física, la educación nutricional
o su combinación en adolescentes mexicanos 101
*Rosa Martha Velasco Martínez, Roxana Valdés Ramos,
Patricia Tlatempa Sotelo y María Alejandra Domínguez López*

Relación entre el consumo habitual de vitamina D y función
de las células β pancreáticas en pacientes con diabetes
mellitus tipo 2 originarios del Estado de México 121
*Ana Laura Guadarrama López, Roxana Valdés Ramos, Martha Kaufer Horwitz,
Laurence S. Harbige, Irazú Contreras García y Beatriz Elina Martínez Carrillo*

CAPÍTULO III

ÁREA CIENCIAS MÉDICAS

Comunicación centrada en el paciente: preferencias de médicos,
pacientes y estudiantes mexicanos de medicina 139
*Marlene Virginia Romero Paredes Villarreal, Octavio Márquez Mendoza,
Rosálinda Guadarrama Guadarrama, María del Carmen Míguez Varela
y Jorge Alanís Tavira*

Sensibilidad y especificidad de las pruebas de citología, colposcopia,
biopsia y detección del virus del papiloma humano
en lesión intraepitelial escamosa 153
*María del Carmen Colín Ferreyra, Ma. Victoria Domínguez García,
Hugo Mendieta Zerón, Ingrid Johana Rojas Arizmendi y María
del Socorro Romero Figueroa*

CAPÍTULO IV
ÁREA CIENCIAS DE LA CONDUCTA

Autoconcepto y resiliencia en adultos mexicanos con antecedente de abuso sexual	165
<i>Lilia Pérez Jiménez, Lourdes Gabriela Villafaña Montiel, Johannes Oudhof y Josué Rafael Tinoco Amador</i>	
Enfermedad en las mujeres: factores psicológicos de riesgo y condición de pareja	177
<i>Gabriela Hernández Vergara, Lourdes Gabriela Villafaña Montiel, Julieta Concepción Garay López y Josué Rafael Tinoco Amador</i>	
Factores psicológicos de riesgo y estilos de afrontamiento en pacientes con y sin trastornos crónicos	191
<i>Gabriela Hernández Vergara, Lourdes Gabriela Villafaña Montiel, Julieta Concepción Garay López y Josué Rafael Tinoco Amador</i>	
Análisis comparativo entre el nivel de satisfacción laboral y variables sociodemográficas laborales y personales en docentes	205
<i>Vicenta Fierro García, Johannes Oudhof, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes y Ana Olivia Ruíz Martínez</i>	

Enfermedad en las mujeres: factores psicológicos de riesgo y condición de pareja

*Gabriela Hernández Vergara,¹ Lourdes Gabriela
Villafaña Montiel,¹ Julieta Concepción Garay López,¹
Josué Rafael Tinoco Amador²*

Resumen

El objetivo del trabajo fue comparar los factores psicológicos de riesgo en pacientes femeninas con trastornos crónicos y agudos, así como su condición de pareja. Se realizó un estudio transversal, en una clínica de consulta externa en la ciudad de Toluca, Estado de México. Para el estudio se aplicó la escala validada para población mexicana (Psychiatric Epidemiological Research Interview) Escala Psiquiátrica para la Investigación Epidemiológica para Adultos (PERI) a 265 mujeres con edades de entre 30 y 60 años, pacientes con algún diagnóstico de trastorno crónico o agudo, un grupo de 146 mujeres con pareja y el resto de las participantes sin pareja. Se encontró que la mayoría de las mujeres encuestadas presentaron un rango de edad de 40 a 50 años; con una frecuencia mayor en el tiempo de padecimiento de entre 1 y 5 años, en el caso de los trastornos crónicos, y un mes o menos, para los padecimientos agudos. Los factores psicológicos presentes en la muestra fueron síntomas distímicos, físicos, desconfianza, dificultad de pensamiento y culpa. Se encontraron diferencias estadísticas por tipo de trastorno, condición de pareja, escolaridad, ocupación, edad y tiempo del padecimiento. Con la investigación se concluye que existen variables o factores psicológicos asociados positiva o negativamente a los diferentes trastornos o enfermedades padecidos por las mujeres. Se observa mayor presencia de estos factores en las personas con trastornos crónicos, lo cual se refleja en la posibilidad de conseguir una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Enfermedad, mujeres, factores de riesgo, condición de pareja.

¹ Facultad de Ciencias de Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

² Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México.

INTRODUCCIÓN

Cuando se hace referencia a la salud, lo más común es referirse a la enfermedad y a su curación. Las nociones clásicas que se mueven en el imaginario social acerca de la salud corresponden con la idea de buen funcionamiento orgánico. La atención en salud se relaciona con el restablecimiento de ese buen funcionamiento cuando éste se ha perdido, es decir, con la idea de tratamiento de la enfermedad. Igualmente, es común referirse a la prevención como una acción que lleva a evitar que se caiga en un padecimiento y se la valora como algo menos costoso que curar. Por esto, tratar médicamente y prevenir a través de acciones médicas son los objetivos que se atribuyen, con mayor frecuencia, a las acciones en salud. Es a partir de esta conceptualización que desde mediados del siglo pasado la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1984) define este constructo como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (1).

Los aspectos biológicos, la personalidad y las emociones son factores que condicionan el cambio de comportamiento cuando interactúan con los procesos psicológicos, sociales y culturales. La dimensión psicológica, que es muy importante, no es exhaustiva ni suficiente para explicar el origen y la evolución de comportamientos complejos como las conductas saludables, sin embargo, proporciona algunos elementos para comprender dichos fenómenos (1).

En un principio, la medicina psicosomática ofreció perfiles de padecimientos particulares, los cuales se cree que son de origen psicosomático, es decir, padecimientos físicos causados por conflictos emocionales, tales como úlceras, hipertiroidismo, artritis reumatoide, hipertensión, neurodermatitis, colitis y asma bronquial. No obstante dichas aportaciones, en la actualidad se ha complementado esta idea con el hecho de que una enfermedad requiere de la interacción de varios factores, como debilidades genéticas en el organismo (predisposición genética), la presencia de estresores ambientales, experiencias y conflictos aprendidos en etapas tempranas del desarrollo, experiencias y conflictos actuales junto con cogniciones y reforzadores del pensamiento. Aunado a esto, se debe considerar que existe una variedad de padecimientos causados por factores psicológicos, lo cual restringe los parámetros de los problemas médicos donde es importante evaluar factores sociales y psicológicos (2).

Estas conceptualizaciones se conjuntan en el *modelo biopsicosocial*, que explica que la enfermedad y la salud son consecuencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, y éstos contemplan, por tanto, los procesos de macro nivel (existencia de apoyo social, presencia de depresión, por mencionar algunos) y los procesos micro nivel (desórdenes celulares o los desbalances químicos) y

cómo se relacionan (2). Esta forma de visualizar esta realidad social permitirá que siempre se considere el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales para determinar la salud o enfermedad de las personas (3), y con ello determinar la forma óptima de su abordaje o tratamiento a través de un equipo interdisciplinario.

Ahora bien, los cambios en los patrones o formas en que las enfermedades se presentan es lo que ha dado paso al interés en las enfermedades agudas, consideradas como padecimientos severos de duración breve, resultado de invasiones bacterianas o virales y usualmente fáciles de curar; en contraposición con las enfermedades crónicas, que son las principales contribuyentes de incapacidad y muerte, en países industrializados se trata de padecimientos que se desarrollan lentamente y con los cuales las personas viven por largos periodos, pero son incurables (2).

La enfermedad aguda puede generar desequilibrios temporales en la fuerza vital y lograr desarmonizarla; su duración es pasajera y tiene una tendencia evolutiva natural hacia la curación (4). Mientras que la enfermedad crónica plantea retos y exigencias al sistema de salud, en especial los recursos para enfrentar las múltiples pérdidas que van marcando el desgaste gradual y la cronicidad de los síntomas. Así, vivir con un padecimiento de este tipo es una experiencia exigente y desgastante para el paciente y su familia; surge la amenaza ante la carencia de recursos; la incertidumbre ante la respuesta del sistema de seguridad social; emociones diversas ante los intentos fallidos por lograr una atención efectiva y cálida, la indiferencia e incompetencia de algunos profesionales de la salud y la posibilidad de una hospitalización. La realidad de sentirse enfermo expresa mucho más que preguntarse “si algo falla a nivel corporal”, pues el hecho “experiencial de la enfermedad” abarca al hombre en su existencia humana total: autonomía, trabajo, vida social y entorno (5), ya que el impacto psicológico, que genera una enfermedad crónica en el ciclo vital de los pacientes y, en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategia de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro (24).

Con relación a algunos aspectos psicológicos, se sabe que el estrés social, la interacción con los otros y, en general, los cambios sociales impactan en la salud. Los cambios de trabajo, las mudanzas, entre otras alteraciones importantes en la vida, aumentan dos o tres veces el riesgo en las enfermedades, independientemente de otros factores más tradicionales: edad, sexo, tabaquismo, colesterol, hipertensión, entre otros.

Un recurso relevante es el apoyo social, que se refiere a una asistencia a las conductas de afrontamiento o la participación activa de otros en los esfuerzos

del sujeto para reaccionar ante situaciones de estrés. La falta de redes de apoyo apropiadas compromete el sistema de defensas del organismo aumentando la vulnerabilidad individual. No obstante esto, también puede suponerse que algunos individuos estén protegidos de las consecuencias adversas de los factores tradicionales por un efecto positivo del soporte social (23).

Por ello es de interés conocer cómo es que las personas que padecen alguna enfermedad logran ajustarse psicológica y socialmente a su cambiante estado de salud. Aunado a esto se debe centrar la atención en cómo una enfermedad puede afectar el funcionamiento de las familias, incluyendo la relación de pareja, con los hijos, entre otras.

Lo anterior permitió plantear el objetivo del presente trabajo: investigar los factores psicológicos de riesgo en pacientes femeninas con trastornos crónicos y agudos que acuden de manera más frecuente a una clínica de consulta externa y la diferencia entre dichos grupos cuando se tiene o no una pareja.

MÉTODO

Estudio de tipo transversal (6) en el que se trabajó con 265 mujeres, 131 con un trastorno crónico y 134 con trastornos agudos; pacientes de una clínica de consulta externa, con edades de entre 30 y 60 años de edad; se excluyeron personas que asistieron a tratamiento en el área de salud mental o con diagnóstico de cáncer o sida. El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el comité de investigación y ética de la propia clínica.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se utilizó un diseño de investigación transeccional (7) y se solicitaron los permisos para la aplicación de las escalas. Las pacientes firmaron una carta de consentimiento informado para participar en la investigación. Se aplicaron los instrumentos en grupos pequeños (5-7 personas). Una vez aplicados los instrumentos a la muestra total, se procesaron los datos en el paquete estadístico SPSS, versión 15.0.

INSTRUMENTOS

Los factores psicológicos de riesgo –que se refieren a la probabilidad de padecer una enfermedad en un momento dado de la vida de un individuo o de una población, dada por la relación que puede darse entre la patología y aquellas variables que la desencadenarán (8, 9)– se evaluaron a través de las subescalas relacionadas

con: uso de alcohol, satisfacción parental, síntomas físicos, desconfianza, autoestima, dificultades de pensamiento, síntomas distímicos, desesperanza, interacción social, culpa y desamparo, que integran la escala PERI (Psychiatric Epidemiological Research Interview). En dicha escala la puntuación considerada significativa es de 2 puntos o más (10, 11).

La PERI, en su versión para adultos, fue diseñada por Dohrenwend (1973, 1982), con base en algunos de los criterios del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (APA, 1996), cuya finalidad fue utilizarse en investigación epidemiológica de despistaje (casos posibles) de psicopatologías (10, 11). Este instrumento investiga distintas dimensiones o áreas psicopatológicas específicas y no específicas que arrojan indicadores de desajustes emocionales diversos. Esta escala fue traducida y adaptada al español por Casullo (10).

El instrumento fue validado en una población mexiquense y quedó conformado, finalmente, por reactivos que tenían un peso factorial mayor o igual a .40, con valores eigen mayores o iguales a uno y que en total sumaron 69 reactivos, de los 224 iniciales. Los resultados del análisis factorial de primero y de segundo orden arrojaron una estructura de 11 factores que, en conjunto, explican 59.11% de la varianza; la confiabilidad por el método de alpha de Cronbach indica para cada factor un nivel arriba de .70 y para el instrumento en su totalidad es de .9629, los 69 reactivos integran una versión válida y confiable (11).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó para el procesamiento de los datos descriptivos, la ANOVA, la t de Student, para realizar las comparaciones entre grupos (6, 12).

RESULTADOS

De las 265 personas entrevistadas, 102 tienen edades entre 40 y 50 años. El tiempo de padecimiento de alguno de los trastornos fue, en la mayoría, de entre 1 y 5 años, en el caso de un trastorno crónico y de no más de un mes para los trastornos no crónicos. Con relación a la condición de pareja, se observó que el mayor porcentaje de las mujeres, 55.1%, tiene pareja. Reportan como mayor nivel de estudios la secundaria. En cuanto a las actividades laborales de las pacientes se distribuyen entre trabajar como servidoras públicas y en el hogar (véase Tabla 1).

Tabla 1
Caracterización de la muestra (n=265)

<i>Diagnóstico</i>	<i>F^a</i>	<i>%^b</i>
Trastorno crónico	131	49.4
Trastorno agudo	134	50.6
<i>Condición de pareja</i>	<i>F^a</i>	<i>%^b</i>
Con pareja	146	55.1
Sin pareja	119	44.9
<i>Tiempo de enfermedad</i>	<i>F^a</i>	<i>%^b</i>
1 mes o menos	134	50.6
1-5 años	75	28.3
6-10 años	34	12.8
11-15 años	8	3.0
16-20 años	14	5.3
<i>Edad</i>	<i>F^a</i>	<i>%^b</i>
30-39 años	89	33.6
40-50 años	102	38.5
51-60 años	74	27.9
<i>Nivel de estudios</i>	<i>F^a</i>	<i>%^b</i>
Primaria	36	13.6
Secundaria	77	29.1
Preparatoria	52	19.6
Carrera técnica	48	18.1
Licenciatura	45	17.0
Posgrado	7	2.6
<i>Ocupación</i>	<i>F^a</i>	<i>%^b</i>
Servidor público	103	38.9
Profesor	72	27.1
Hogar	90	34.0

En cuanto a los factores psicológicos de riesgo, las mujeres estudiadas reportaron puntuaciones significativas de patología en el factor de síntomas distímicos y puntuaciones altas en síntomas físicos, desconfianza, dificultad de pensamiento y culpa

Al comparar los factores psicológicos por grupo diagnóstico, las diferencias significativas se dan en los factores de síntomas físicos, desconfianza, desesperanza, desamparo, autoestima, interacción social, insatisfacción parental y uso de alcohol. Las mujeres con un trastorno crónico presentan puntuaciones mayores, en comparación con quienes no los padecen (véase Tabla 2).

Tabla 2
Comparación de factores psicológicos de riesgo y de estilos de afrontamiento por grupo diagnóstico (n=265)

<i>Factores</i>	<i>T. Crónicos (131)</i>		<i>T. Agudos (134)</i>		<i>t^c</i>	<i>p^d</i>
	<i>Media^a</i>	<i>D.E.^b</i>	<i>Media^a</i>	<i>D.E.^b</i>		
Uso de alcohol	.41	.69	.21	.52	2.52	.02
Satisfacción parental	1.11	.97	1.00	.52	-1.05	.00
Síntomas físicos	2.08	.80	1.66	.69	4.45	.00
Desconfianza	2.02	.80	1.45	.75	4.89	.00
Autoestima	1.70	.67	.95	.74	8.57	.03
Desesperanza	1.79	.80	.91	.94	8.21	.04
Interacción social	1.66	1.15	.54	.90	8.75	.00
Culpa	1.72	.89	1.36	.69	3.58	.00
Desamparo	1.79	.94	1.00	.84	7.20	.01

Los hallazgos entre las variables estudiadas y la condición de pareja permiten observar que las mujeres sin pareja manifiestan mayor cantidad de factores psicológicos de riesgo, que las que cuentan con una pareja, pues las primeras refieren padecer síntomas distímicos, desconfianza, desamparo, problemas de interacción social y de autoestima, así como síntomas físicos (véase Tabla 3).

Tabla 3
Comparación de factores psicológicos de riesgo en mujeres por condición de pareja (n=265)

Factores	Con pareja (n=146)		Sin pareja (n=119)		F ^c	P ^d
	Media ^a	D.e. ^b	Media ^a	D.e. ^b		
Síntomas físicos	.22	.44	.42	.77	7.32	.00
Desconfianza	1.45	.82	2.08	1.06	28.67	.00
Autoestima	1.24	.81	1.43	.77	3.82	.05
Síntomas distímicos	2.18	.89	2.47	.84	7.02	.00
Interacción social	.84	1.04	1.42	1.25	16.77	.00
Desamparo	1.17	.92	1.66	.99	17.56	.00

Aunado a lo anterior, también se obtuvieron diferencias en los factores psicológicos por grupo de edad. El grupo de mujeres de entre 51 y 60 años refieren culpa, desesperanza, problemas de autoestima e insatisfacción parental; mientras que las de 30 a 39 años experimentan desconfianza, problemas de interacción social y desamparo.

Otro hallazgo importante fue el relativo al tiempo del padecimiento. Al respecto, las mujeres que tienen de 1 a 5 años con la enfermedad reportan mayor desconfianza, dificultades de pensamiento, problemas de interacción social, desamparo, culpa y problemas de autoestima. Las pacientes cuyo padecimiento tiene de entre 6 a 10 años experimentan mayores síntomas dístimicos; las de 11 a 15 años refieren desesperanza y uso de alcohol; las que tienen un padecimiento menor a un mes reportan problemas de satisfacción parental.

DISCUSIÓN

Las mujeres participantes en el estudio tenían edad de entre 30 y 60 años, la mayoría son empleadas en alguna institución, tienen pareja, padecen un trastorno crónico desde hace al menos un año, o bien, presentaron un padecimiento agudo de un mes de duración, como máximo, al momento de la aplicación de los instrumentos. Dichos resultados se corroboran con lo expuesto por diversos autores (13, 14, 15), quienes exponen que los trastornos crónicos se han incrementado de forma significativa y constituyen uno de los principales padecimientos de la población en todo el mundo. Son causa de invalidez o generadores de problemas

en el funcionamiento social, laboral e interpersonal en sujetos de entre 30 y 65 años, la edad más productiva de la vida (16).

Se encontró que las personas con trastornos médicos diagnosticados mostraron factores psicológicos asociados a su padecimiento físico, tales como síntomas distímicos, síntomas físicos, desconfianza, dificultad de pensamiento y culpa. Al respecto, se sabe que cuando una persona sufre una enfermedad diagnosticable, sus síntomas pueden exacerbarse y el nivel de deterioro se intensifica cuando se asocian factores psicológicos, los cuales pueden incrementar la vulnerabilidad para enfermarse o retrasar la recuperación de una enfermedad, esto es, se crean riesgos de salud adicionales o se interfiere con el tratamiento (16).

Se observó que las mujeres con trastornos crónicos mostraron factores psicológicos como síntomas físicos, desconfianza, desesperanza, desamparo, problemas de autoestima y de interacción social, insatisfacción parental y uso de alcohol, los cuales pueden producir un efecto adverso sobre una enfermedad. Al respecto, se sabe que existe una marcada relación entre la perturbación psicológica y las alteraciones corporales (16). Algunos autores explican que muchas enfermedades crónicas afectan todos los aspectos de la vida de los pacientes. En la fase inicial crítica sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas. Posteriormente, el curso del trastorno crónico implica, en mayor o menor medida, cambios intermitentes o permanentes en las actividades física, laboral o social (2, 13). Además, ello implica integrar el rol de paciente en su vida psicológica, si es que desean adaptarse al problema médico que durará toda la vida (2).

Se considera que las alteraciones crónicas constituyen uno de los problemas clínicos más frecuentes y costosos, que requieren de alta tecnología y medidas terapéuticas y representan un alto ausentismo laboral. Tradicionalmente, se han implicado trastornos psiquiátricos o de personalidad en la patogenia de esta entidad. Asimismo, y de forma más reciente, se han relacionado los factores psicológicos con el aprendizaje de conductas de enfermedad que caracterizan a los pacientes con estas enfermedades. Las personas con estos trastornos pueden presentar problemas de ansiedad, conductas desadaptadas, dificultades laborales y matrimoniales, entre otras (17, 18). Además de presentar conflictos interpersonales, que resultan de la activación de la ira y, en algunos casos, de agresividad (13, 19).

Los factores de riesgo reportados por las pacientes con trastornos crónicos reflejan que se abrumen ante los cambios potenciales en su vida y, en algunos casos, por la posibilidad de la muerte. Algunos pacientes se encuentran constantemente vigilantes de los cambios en su condición física y cada pequeño malestar o dolor puede desencadenar diversos sentimientos que pueden ir del miedo a la depresión y ansiedad (2).

Otro aspecto que sufre ajustes en el paciente con trastornos crónicos es el personal, ya que mientras que en el paciente con alguna enfermedad aguda los cambios en la imagen corporal se experimentan por poco tiempo, en los pacientes crónicos la evaluación negativa puede prolongarse. Esta condición señala, por tanto, que la imagen corporal está implicada de manera importante en las enfermedades crónicas. Por ello, una imagen pobre se relaciona con baja autoestima y un aumento en la tendencia a la depresión y ansiedad. Puede influir en la forma en la que la persona se adhiere al tratamiento y cuánta voluntad presenta para adoptar el rol de comanejador. De igual manera, otros aspectos personales que deben considerarse son los logros obtenidos en la vida laboral o las actividades emprendidas, que son importantes para la autoestima y el autoconcepto. Dichos logros pueden verse afectados por una enfermedad crónica. Cuando éstos se ven amenazados, afectarán las estructuras de personalidad mencionadas (2). Los hallazgos reportados permiten entender por qué se reporta que existe una serie de factores que predisponen para un mayor impacto negativo en la persona que recibe un diagnóstico de una enfermedad crónica, a nivel individual, la presencia de trastornos anímicos, emocionales o de personalidad; la existencia de desórdenes orgánicos y el manejo de sus complicaciones; la falta de adhesión a tratamientos previos y a sistemas de autorregulación deficientes; las dificultades en el autocontrol y las discapacidades (5).

Se tienen diferencias en los factores psicológicos de riesgo y las variables socio-demográficas que caracterizaron a la muestra. En cuanto a la condición de pareja, se observa que las mujeres sin pareja manifiestan factores psicológicos de riesgo tales como síntomas distímicos y físicos, desconfianza, desamparo, problemas de interacción social y de autoestima. Al respecto, se tienen estudios que explican la función de las redes de apoyo como un recurso de protección y adaptación a una enfermedad (13). Recibir un diagnóstico sobre cualquier enfermedad crónica suele tener un impacto sobre la persona y la familia, aunque no todos lo sufren en igual medida (5). Cerca de 75% de todos los cuidados para la salud se producen en el contexto informal de la familia extensa, ya que es el ambiente en el cual se presenta y se resuelve la enfermedad (20).

Para que la familia afronte la enfermedad de uno de sus miembros, se debe poner en marcha una serie de recursos, de cuyo desarrollo dependerá, en buena parte, el éxito en el afrontamiento y en el abordaje de la enfermedad crónica (20).

La familia, por tanto, es la fuente de apoyo por excelencia, en especial la pareja, ya que las relaciones interpersonales que trascienden las esferas de la vida más íntima y sistemática para un sujeto componen redes de relativa formalidad y profundidad emocional. Las interacciones de estos actores impregnan una sin-

gularidad a la vivencia de los sujetos que enferman, quizá en ningún otro tipo de interacción de dicho sujeto ve más confrontada su imagen personal y social, relacionado con la etiqueta diagnóstica, con los cambios vividos en el cuerpo y con la modificación de roles debido a la enfermedad. En estudios realizados en el área de pareja relativas a las enfermedades crónicas, se mencionan diversas alteraciones en la calidad de la relación de pareja y los efectos de esto en los procesos de salud y enfermedad (21).

Por grupo de edad, las mujeres de entre 51 y 60 años refieren culpa, desesperanza, problemas de autoestima e insatisfacción parental. Las más jóvenes experimentan desconfianza, problemas de interacción social y desamparo. Con relación a esto, se sabe que el bienestar psicológico y la salud social y emocional están influidas por el proceso de envejecimiento, aunque también pueden verse afectadas por la enfermedad, la discapacidad y la hospitalización, experiencias que se pueden padecer a cualquier edad. Sin embargo, no sólo las personas mayores experimentan enfermedades prolongadas, pues en una encuesta de jóvenes se concluyó que, aproximadamente, la cuarta parte de éstos tenían una enfermedad de larga duración, que puede asociarse a un efecto emocional (22).

Con relación al tiempo del padecimiento, las mujeres que tienen de 1 a 5 años con la enfermedad reportan mayor desconfianza, dificultades de pensamiento, problemas de interacción social, desamparo, culpa y problemas de autoestima. Las pacientes cuyo padecimiento tiene entre 6 y 10 años experimentan mayores síntomas dístimicos; las de 11 a 15 años refieren desesperanza y uso de alcohol; y las que tienen un padecimiento menor a un mes reportan problemas de satisfacción parental. Son resultados que se pueden explicar al considerar que, inmediatamente después de recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica, los pacientes pasan por un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico (2, 5). Con frecuencia, experimentan intensas sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización y otras emociones. Al superarse esta fase crítica, los pacientes logran darle a su vida un nuevo sentido, modifican sus prioridades y centran su atención en aspectos significativos, incluso establecen nuevas metas. En las enfermedades agudas, el deterioro será pasajero y normalmente no implicará consecuencias graves (2).

CONCLUSIONES

Existen diversas reacciones psicológicas implicadas en las enfermedades, significativamente marcadas en los trastornos crónicos, las cuales de no ser tratadas adecuadamente, podrán generar un deterioro integral del individuo que lo padece.

Asimismo, se observa que la familia y, en particular, tener una relación de pareja es un factor de protección ante una enfermedad.

REFERENCIAS

1. Flores Alarcón L. Psicología social de la salud. Promoción y prevención. Colombia: Manual Moderno; 2007.
2. Taylor SE. Psicología de la salud. 6a. edición. México: McGraw Hill; 2007.
3. Oken D. Multiaxial diagnosis and the psychosomatic model of disease. *Psychosomatic Medicine*. 2002; 62: 171-175.
4. Alternativa terapéutica terapias complementarias de salud [sede Web]. *Medicina Alternativa*. 2014 [acceso 28 de mayo de 2014]. Conceptos de Enfermedades agudas y crónicas. [1 pantalla]. Disponible en: http://www.alternativaterapeutica.mex.tl/164317_Enfermedades-Agudas-y-Cronicas-.html.
5. Arrivillaga Quintero M, Correa Sánchez D, Salazar Torres IC. Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica. Colombia: Manual Moderno; 2007.
6. Pick S, López Velasco de Faubert AL. Cómo investigar en ciencias sociales. 7a. reimpresión. México: Trillas; 2005.
7. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5a. edición. Chile: McGraw Hill; 2010.
8. Dorsch F. Diccionario de psicología. 2a. edición. España: Herder; 2005.
9. Howard CW. Diccionario de psicología. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
10. Casullo MM. Las técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico. 2a. edición. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1992.
11. Gurrola GM, Balcázar P, Bonilla MP, Virseda JA, Trejo L. Validación de la escala psiquiátrica para la investigación epidemiológica con adultos de la Ciudad de Toluca. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2006; 39(3): 100-105.
12. Rojas Soriano R. Guía para realizar investigaciones sociales. México: PyV; 1993.
13. Latorre Postigo JM, Beneit Medina PJ. Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud. 2a. edición. Argentina: Lumen; 1994.
14. Del Barrio V. Aspectos psicológicos, su evaluación y tratamiento en enfermos cardiovasculares. *Revista Latina de Cardiología*. 1988, 9(5): 310-323.
15. Sola Valdés B. Las enfermedades crónicas van deteriorando lenta y silenciosamente nuestra salud [monografía de internet]. México: esmas.com [acceso el

- 12 de septiembre de 2007]. Disponible en <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/cronicas/334809.html>.
16. Halgin PR, Krauss, WS. Psicología de la anormalidad. 4a. edición. México: McGraw Hill Interamericana; 2003.
 17. Simón MA. Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Madrid: Pirámide; 1993.
 18. Simón MA editor. Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones. 1a. edición. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999.
 19. Roa Álvaro A. Evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: CEPE; 1995.
 20. Vergeles-Blanca JM. En la enfermedad crónica ¿la familia ayuda? [monografía en Internet]. Mérida: Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Mérida; 2013 [Acceso 28 de mayo de 2014]. Disponible en: www.amf-semfyc.com/web/article_brt.php?id=1185.
 21. Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Revista Cubana de Salud Pública [revista en internet]. 2011; octubre-diciembre. [Acceso 28 de mayo de 2014]; 37(4): [488-499]. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000400013&script=sci_arttext
 22. Morrison V, Bennett P. Psicología de la salud. España: Prentice Hall; 2008.
 23. Laham, M., Psicocardiología. Abordaje psicológico al paciente cardíaco. Buenos Aires: Ediciones Lumiere; 2001.
 24. Oblitas-Guadalupe LA. Psicología de la salud y enfermedades crónicas. [Formato: Electrónico]. PSICOM Editores; 2006.

Temas selectos de biomedicina en Ciencias de la Salud se terminó de imprimir en agosto de 2017, en los talleres de Ediciones Verbolibre, S.A. de C.V., 1o. de mayo núm. 161-A, Col. Santa Anita, Deleg. Iztacalco, México, D.F., C.P. 08300. Tel.: 3182-0035. <edicionesverbolibre@gmail.com>. La edición consta de 500 ejemplares.

Temas selectos de biomedicina en Ciencias de la Salud incluye tópicos actuales en cuatro áreas: Odontología, Nutrición, Ciencias de la Conducta e Investigación Médica. Es el resultado de una compilación de investigaciones que tocan diversos objetivos de la biomedicina. Por mencionar algunos: “Factores personales de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 en comunidades del Estado de México” y “Efecto citotóxico de las nanopartículas de TiO₂ en cultivo de células orales”.



SIEA



Universidad Autónoma
del Estado de México