



LA PSICOLOGÍA SOCIAL EN MÉXICO VOLUMEN XVII

ISBN:978-607-96539-7-2

 **AMEPSO**

Asociación Mexicana de Psicología Social

Editores:
Rolando Díaz Loving
L. Isabel Reyes Lagunes
Fuensanta López Rosales

LA PSICOLOGÍA SOCIAL EN MÉXICO

VOLUMEN XVII

EDITADO POR

**ROLANDO DÍAZ LOVING, LUCINA ISABEL REYES
LAGUNES Y FUENSANTA LÓPEZ ROSALES**

ASOCIACIÓN MEXICANA DE PSICOLOGÍA SOCIAL

©

CDMX, MÉXICO

Reservados todos los derechos. Esta prohibido, bajo las sanciones penales, y el resarcimiento civil previsto en las leyes, reproducir, registrar, o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de la Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO).

Coordinación Editorial

Sofía Rivera Aragón, Luz María Cruz Martínez, Fernando Méndez Rangel.
Pedro Wolfgang Velascio Matus, Claudia Iveth Jaen Cortés y Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco

Primera Edición 2018

© D.R. Asociación Mexicana de Psicología Social A.C.

ISBN: 978-607-96539-7-2

Impreso en Mexico

ÍNDICE

PREFACIO	VII
LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LOS SUEÑOS	1
<i>Adrián Medina-Liberty</i>	1
RELACIÓN ENTRE FACTORES DE PERSONALIDAD HEXACO Y BIENESTAR SUBJETIVO EN UNA MUESTRA MEXICANA	17
<i>Alan Iván González Jimarez, Pedro Wolfgang Velasco Matus y Cristian Iván Bonilla Teoyotl</i>	17
COMUNICACIÓN NO VERBAL Y SU RELACIÓN CON LA TURBULENCIA RELACIONAL EN LA PAREJA ROMÁNTICA	33
<i>Alejandra E. Pérez Pérez y Rozzana Sánchez Aragón</i>	33
LA VISIÓN COMO REFERENTE SUSTANTIVO EN LA FORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD	51
<i>Ana Trejo-Jiménez, Alejandra del Carmen Domínguez-Espinosa, Emiliano Antonio Gutiérrez Fierros, Adriana Sánchez Mendoza, Marco Antonio Bautista Santiago y Carlos Emanuel Martínez Butanda</i>	51
PERCIBIENDO ALTERNATIVAS: ¿EL AMOR -PASIONAL Y DE COMPAÑÍA- Y LA EXCLUSIVIDAD IMPORTAN?	69
<i>Andrea Natalia López Muñoz, José María Espinosa Dzib, Juan Manuel Díaz López, Ixchel Calixto Molina, Brisi Odett García Barrera y Rozzana Sánchez Aragón</i>	69
INTERACCIÓN FAMILIA-TRABAJO ENTRE HOMBRES Y MUJERES	85
<i>Areli Montserrat Rojas Pérez y Fabiola Itzel Villa George</i>	85
APOYO FAMILIAR, AFRONTAMIENTO AL DOLOR Y BIENESTAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES.	101
<i>Arturo Alejandro Domínguez López*, Johannes Oudhof van Barneveld*, Norma Ivonne González-Arratia López Fuentes* y Mirta Margarita Flores Galaz**</i>	101
EFFECTIVIDAD DE TRES PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA MODIFICAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2	115
<i>Arturo Del Castillo Arreola, Brenda Jaqueline Pérez Álvarez, Samantha Ximena Vargas Baños, Rebeca María Elena Guzmán Saldaña y José Esael Pineda Sánchez</i>	115
ESTILOS DE COMUNICACIÓN: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN EN AMIGOS DEL MISMO Y DIFERENTE SEXO	133
<i>Berenice Jiménez Rodríguez y Rozzana Sánchez Aragón</i>	133
ESTRÉS ADOLESCENTE Y PARENTAL E INDICADORES DE AJUSTE PSICOLÓGICO EN ESCOLARES DE CONTEXTOS MARGINADOS	151
<i>Blanca Estela Barcelata Eguiarte y Arturo Granados Maguey</i>	151

APOYO FAMILIAR, AFRONTAMIENTO AL DOLOR Y BIENESTAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES.

Arturo Alejandro Domínguez López*, Johannes Oudhof van
Barneveld*, Norma Ivonne González-Arratia López Fuentes* y
Mirta Margarita Flores Galaz**

**Universidad Autónoma del Estado de México;*

***Universidad Autónoma de Yucatán*

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son frecuentes, en parte debido a los cambios en los estilos de vida que implican sedentarismo, alimentación incorrecta, falta de sueño y adicciones. Cada vez es mayor la exposición a factores de riesgo además de los bajos niveles que se tienen en México de atención preventiva, lo que ha conllevado a que las necesidades de salud estén insatisfechas.

La creciente demanda de comida rápida por falta de tiempo y una vida cada vez más exigente han llevado a la población en general a experimentar con dietas menos saludables. Se calcula que entre el 30% y 60% no realiza actividad física suficiente para quemar las calorías que consume diariamente, además de tener una ingesta calórica por encima de los valores recomendados y se estima que esta carga se incrementará en los años posteriores como consecuencia del envejecimiento poblacional. Se prevé un incremento considerable en enfermos de diabetes,

cardiopatías y mortalidad por accidentes cerebrovasculares, entre otras (Heras y Alberto, 2014). A pesar de todo el esfuerzo que se ha hecho para combatir las, no se han contemplado suficientemente las variables psicológicas que influyen en los pacientes con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles para conservar el bienestar (Banco de Epidemiología, 2011).

Mandujano et. al (2017) realizaron un estudio retrospectivo con enfermos crónicos y encontraron que la edad es un factor condicionante para el control de enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión dentro del primer nivel de atención de salud. Sin embargo otras variables como el sexo al que pertenecen los pacientes o la ayuda que proporcionan los familiares a los usuarios de los servicios públicos de salud influyen el bienestar del paciente (García-Gurrionero, 2014).

Caballero y Alonso (2011) abordan el impacto de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles desde varios aspectos, entre los que se destacan: las habilidades de cuidado de los familiares, la capacidad de hacer frente a sus padecimientos, apoyo familiar, percepción del envejecimiento y bienestar subjetivo. Los autores afirman que, cuando se tiene una enfermedad crónica se es más vulnerable a perder el bienestar, dado a que las personas que padecen estas enfermedades se ven obligados a consumir medicamentos de por vida, puesto que la mayoría de las ECNT son silenciosas y no muestran sintomatología alguna al contraerlas.

Alpi, Quiceno y Munévar (2016) evaluaron el bienestar en personas con Enfermedades crónicas No Trasmisibles en Perú y afirman que está íntimamente ligado a la calidad de vida de los pacientes y a la recuperación de sus funcionalidades. Los autores mencionan que “un paciente con suficiente apoyo familiar puede tener mayor bienestar en el transcurso de su vida, pues mediante el cuidado y afecto de los seres queridos mejoran los estados de ánimo y psicológico de los enfermos” (p. 45). Torres-Pinto, Carreño–Moreno y Chaparro-Díaz (2017) señalan que la falta de apoyo familiar para los pacientes con enfermedades crónicas da como resultado el estrés para el paciente y sus cuidadores además de que la institucionalización es más frecuente cuando se carece de la colaboración de la familia para proporcionar los cuidados más esenciales.

Otro de los temas de mayor relevancia en las ECNT es el afrontamiento al dolor y es por esta razón que cobran importancia las estrategias que tenga un paciente para hacerle frente. La Clasificación Internacional de las enfermedades en su versión número 10 define el dolor crónico como: “una sensación provocada por el sistema nervioso que indica la existencia de una lesión o un problema que necesita atención y su duración es mayor a seis meses” (Organización Panamericana de Salud, 2005, p. 116). A su vez Flórez, García, Flórez y Díaz (2017) mencionan que "la utilización de estrategias combinadas para el manejo de pacientes con dolor crónico ha demostrado eficacia en su recuperación" (p. 96), además de que el acompañamiento psicológico coadyuva a disminuir el dolor crónico, motiva al paciente a la rehabilitación permitiéndole recuperar la movilidad y mejorando su calidad de vida.

Por otra parte, Chereji et al. (2016) estudiaron los factores psicológicos asociados al dolor crónico en algunas muestras de pacientes alemanes y determinan que son necesarias las estrategias para enfrentarlo, así como el apoyo familiar para lograr el bienestar psicológico de una persona que padece una enfermedad crónica, de lo contrario se incrementa la probabilidad de agravar su padecimiento. Del mismo modo, Díaz et al. (2016) sostienen que las necesidades de apoyo de los cuidadores relacionadas con la red de apoyo familiar y el acompañamiento son elementos clave para el bienestar del enfermo crónico. Asimismo, Arias (2015) relaciona el bienestar psicológico con el apoyo familiar en un estudio en personas de la tercera edad con enfermedades crónicas. La autora concluye que el apoyo que se tiene al interior de la familia es determinante para optimizar el bienestar en estos pacientes. Por otro lado, Soria (2016) determina la relación entre el apoyo familiar y las estrategias de afrontamiento y encuentran que "la familia funciona más como fuente de estrés que de apoyo" en el paciente con dolor crónico. Sin embargo conforme avanza la enfermedad se hace necesario que el paciente y la familia aprendan acerca de las estrategias para afrontar el dolor.

Por esta razón, el objetivo de este estudio fue relacionar los factores de la Escala de apoyo social percibido de la familia, de Domínguez-Espinosa, Salas, Contreras y Procidano, (2011), el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (Soriano y Monsalve, 2002) y la escala de Bienestar psicológico (González, Hernández y Lorig,

2013) en pacientes que reciben atención en hospitales públicos adscritos al Instituto de Salud del Estado de México. Asimismo, se hizo un análisis comparativo por sexos.

Esta investigación parte de la hipótesis de que existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y las estrategias ante el dolor crónico, así como el apoyo familiar y el bienestar psicológico de acuerdo con los hallazgos de Chereji et al. (2016) y Arias (2015). Del mismo modo se hipotetizan diferencias significativas estadísticamente entre hombres y mujeres tal como propone García-Gurrionero (2014). Este trabajo sirve como antecedente para futuras investigaciones científicas para el trabajo con personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles y para trabajos aplicativos en los que se deseen observar las variables analizadas en la presente investigación: Bienestar psicológico, apoyo familiar y las estrategias de enfrentamiento al dolor en pacientes con patologías crónicas.

MÉTODO

Participantes.

El tipo de muestreo en la presente investigación fue no probabilístico y por conveniencia, pues se seleccionaron a las personas que tuvieron posibilidad de formar parte de la muestra debido a la factibilidad en el estudio. Se trabajó con pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles como la obesidad, hipertensión, diabetes, cáncer de mama y factores de riesgo como las adicciones y el sobrepeso que reciben tratamiento en alguno de los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) de la ciudad de Toluca, Estado de México.

La muestra fue de 188 personas, 53 hombres y 135 mujeres. La edad de los participantes osciló entre los 20 y 64 años, con una media de 34.68 años y una desviación estándar de 8.00 y tienen las siguientes actividades laborales: 105 personas fueron amas de casa, 17 obreros, 16 empleados, 11 albañiles, 9 técnicos, 6 servidores públicos, 5 estudiantes, 5 comerciantes, 5 desempleados, 4 docentes, 3

choferes y 2 secretarias. En cuanto al nivel educativo, el 79% contaba con educación básica, el 16% con nivel medio superior y el 5% con licenciatura.

Instrumentos.

Se evaluaron el apoyo social percibido por la familia, el afrontamiento al dolor crónico y el bienestar subjetivo mediante las siguientes escalas:

La Escala de apoyo social percibido de la familia fue elaborada por Domínguez-Espinosa et al. (2011), quienes obtuvieron una varianza explicada para la escala de apoyo social percibido de la familia (PSS-Fa) de 48.5% y un alfa de Cronbach de 0.87 al ejecutar la prueba que busca evaluar el apoyo social vinculado a las relaciones familiares, presenta 16 ítems con un formato de 3 respuestas: Si, No y No sé, otorgando 1 a opción: Si y 0 a las restantes opciones: No y No sé. Cabe mencionar que esta escala es parte de un instrumento denominado “Escala de apoyo social percibido por la familia y amigos”, y se utilizó solamente el factor familia para fines de esta investigación. También se utilizó el Cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico de Soriano y Monsalve (2002) elaboraron una escala para medir las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, con 5 opciones de respuesta: Totalmente en desacuerdo = 0, más en desacuerdo que de acuerdo = 1, Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2, Mas de acuerdo que en desacuerdo = 3 y totalmente de acuerdo = 4. Se adaptó el cuestionario para población mexicana con 23 ítems que explicaron el 64% de la varianza total y un alfa de Cronbach de 0.83 mediante las técnicas de evaluación por jueces, entrevistas cognitivas, análisis factorial exploratorio y confirmatorio con una muestra diferente de la que fue estudiada en esta investigación. Se conservaron todos los factores originales con: 4 reactivos para creencias, 3 para autoafirmación, 3 de autocontrol mental, 3 de búsqueda de información, 3 de distracción y 4 de catarsis.

Asimismo, se utilizó la Escala de bienestar psicológico de González et al. (2013) midieron el bienestar en personas entre 15 y 45 años, basados en indicadores subjetivos y objetivos. La prueba consta de 29 ítems y 4 opciones de respuestas: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Los factores de la escala son: Crecimiento personal (6 ítems), relaciones positivas con

otros (5 ítems), proyecto de vida (4 ítems), autoaceptación (4 ítems), planes a futuro (4 ítems), rechazo personal (3 ítems) y control personal (3 ítems). Se obtuvieron valores alfa por escala van de 0.74 a 0.83 y Se explica el 60.51% de la varianza total con puntuaciones KMO de 0.991.

Procedimiento.

Se solicitaron los permisos correspondientes para realizar la investigación dentro de las instalaciones de los hospitales adscritos al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y fue otorgado un espacio privado con todas las características necesarias para la aplicación individual de los cuestionarios.

La investigación fue enviada al Comité de Bioética del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) quien avaló el cumplimiento con las normas establecidas en la declaración de Helsinki que contiene los principios éticos para investigación de salud en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables (Declaración de Helsinki, 1964) y en el artículo 98 de la Ley general de salud (2010) en donde se establecen las especificaciones de la comisión de ética para garantizar la seguridad de los pacientes.

Todos los participantes tuvieron información suficiente acerca de la naturaleza de la investigación además de proporcionarles por escrito una carta de consentimiento informado en la que se detallan los objetivos, riesgos, complicaciones y temas que se abordaron durante el desarrollo del estudio.

Se extendió una invitación a los pacientes diagnosticados con alguna enfermedad crónica para colaborar voluntariamente en el estudio que consistió en la aplicación de la escala. Los participantes firmaron la carta de consentimiento informado y respondieron los ítems correspondientes a cada una de las escalas. Debido al nivel educativo de la muestra, las escalas fueron aplicadas de manera oral y las alternativas de respuesta se mostraron de manera impresa en fichas de trabajo de 21 por 12 centímetros para que el paciente señalara la opción con la que se sentía más identificado. Cada una de las escalas cuenta con reactivos positivos y negativos identificados por los autores de estas. Los reactivos negativos fueron calificados a la inversa para los análisis estadísticos.

Para establecer la relación entre la capacidad de afrontamiento ante el dolor crónico con el apoyo familiar percibido y el apoyo familiar y el bienestar psicológico, se llevaron a cabo las correlaciones de Pearson y se determinaron las medias y desviaciones estándar de cada uno de los factores de las escalas, con el paquete estadístico SPSS. Las pruebas estadísticas se efectuaron con un nivel de significancia de 0.05. Para realizar la comparación entre sexos se efectuó una t de Student para grupos independientes.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran las medias y desviaciones estándar obtenidas por todos los participantes en las dimensiones del Cuestionario de estrategias de Afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD), Apoyo Social percibido por la Familia (ASF) y Bienestar psicológico (BP). Se observa que los participantes de este estudio tienen una percepción positiva del apoyo familiar, tienen un proyecto de vida, planes a futuro y refieren un puntaje elevado de crecimiento personal. Sin embargo, los puntajes son menores en autocontrol y el rechazo que perciben de otras personas. Las estrategias de afrontamiento ante el dolor mayormente utilizadas son la búsqueda de información y autoafirmación, seguidas de catarsis, distracción, creencias y autocontrol.

Tabla 1

Medias y desviaciones estándar de los factores que integran las escalas

Factores	Media	Desviación estándar
Estrategias de Afrontamiento ante el Dolor crónico		
Creencias	3.66	1.08
Catarsis	3.82	0.92
Distracción	3.82	0.98
Búsqueda de Información	4.28	0.71
Autoafirmación	4.13	0.81
Autocontrol	3.58	0.95
Apoyo Social percibido de la Familia		
Apoyo Familiar	2.83	0.08
Bienestar psicológico		
Crecimiento personal	3.90	0.22

Tabla 1

Medias y desviaciones estándar de los factores que integran las escalas

Factores	Media	Desviación estándar
Relaciones con otros	3.61	0.40
Proyecto de vida	3.88	0.26
Autoaceptación	3.54	0.49
Planes a futuro	3.62	0.35
Rechazo personal	3.58	0.72
Control Personal	3.48	0.44

La tabla 2 muestra las correlaciones entre el apoyo familiar y las estrategias ante el dolor. Los factores que se relacionaron con la dimensión de apoyo familiar fueron: creencias, catarsis, búsqueda de información y autoafirmación. A pesar de que las correlaciones son bajas, son estadísticamente significativas.

Tabla 2

Correlaciones entre Apoyo familiar y estrategias de afrontamiento ante el dolor.

Variables	Creencias	Catarsis	Distracción	Búsqueda de información	Autoafirmación	Autocontrol
Apoyo familiar	0.19**	0.26**	0.10	0.20**	0.25**	0.11

**Correlación bilateral significativa en 0, 01; * Correlación bilateral significativa en 0, 05

La tabla 3 muestra las correlaciones entre el apoyo familiar y el bienestar psicológico. El apoyo familiar se relaciona positiva y significativamente con las relaciones con otros, la autoaceptación, los planes a futuro y control personal, así como de manera negativa con rechazo personal. La relación entre apoyo familiar y relaciones positivas con otros, planes a futuro y control personal son bajas, mientras que para apoyo familiar con autoaceptación y rechazo personal son moderadas.

Tabla 3

Correlaciones entre Apoyo familiar y bienestar psicológico

Variables	Crecimiento Personal	Relaciones Positivas	Proyecto de vida	Autoaceptación	Planes a futuro	Rechazo personal	Control Personal
Apoyo familiar	0.11	0.29**	0.05	0.44**	0.28**	-0.53**	0.28**

**Correlación bilateral significativa en 0, 01; * Correlación bilateral significativa en 0, 05

También se establecieron comparaciones por sexo. Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las estrategias de afrontamiento al dolor: Las mujeres tienen puntuaciones más altas en Creencias, autoafirmación y crecimiento personal que los hombres, como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4

Datos comparativos para Apoyo familiar, Afrontamiento estrategias ante el dolor crónico y bienestar psicológico.

Factores	Hombres		Mujeres		t	p	Tamaño del efecto
	Media	D.E.	Media	D.E.			
Creencias	3.33	0.97	3.79	1.11	-2.67	0.006	0.46
Autoafirmación	3.93	0.96	4.21	0.74	-1.89	0.036	0.28
Crecimiento Personal	3.84	0.32	3.92	0.17	-1.77	0.024	0.08

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que, respecto a las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, los valores medios oscilan entre 3.58 y 3.82, excepto búsqueda de información con 4.28 y autocontrol con 3.58 que son estrategias activas. En esta muestra, los participantes prefirieron el uso de estrategias activas, que son la búsqueda de información y autocontrol como lo mencionan Flórez, García, Flórez y Díaz (2017). A su vez, el apoyo familiar tuvo un puntaje medio de 2.83. Es un puntaje medio contemplando el máximo de 5.00 y si los programas de salud prestan más atención a esta variable, los pacientes crónicos reducirán el estrés al que se enfrentan con sus padecimientos, de acuerdo con Torres-Pinto, Carreño–Moreno y Chaparro-Díaz (2017). Asimismo, el bienestar psicológico tuvo medias entre sus factores de entre 3.48 a 3.90 con un valor máximo de 5.00, lo que implica que están por encima del puntaje medio posible. Estos puntajes son

Las correlaciones son significativas entre el apoyo familiar y el bienestar psicológico de González et al (2013): relaciones positivas con otros, autoaceptación,

planes a futuro, rechazo personal y control personal. Las personas más integradas al núcleo familiar poseen mayor bienestar subjetivo (Fachado, Méndez y González, 2013). Los resultados apoyan los hallazgos de Chereji et al. (2016) quienes identifican la relación entre el apoyo familiar y el bienestar psicológico en pacientes con enfermedades crónicas. Del mismo modo, Arias (2015) valoró el bienestar psicológico y el apoyo familiar y concluye que el apoyo que se tiene al interior de la familia es determinante para optimizar el bienestar en estos pacientes.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, los factores que se relacionaron con la dimensión de apoyo familiar fueron: creencias, catarsis, búsqueda de información y autoafirmación. Un estudio realizado en Colombia por Ceballos, Echeverri y Jiménez (2015) explica que los enfermos crónicos presentan aislamiento en las esferas familiar, social y laboral, por lo que es indispensable el apoyo de la familia para evitar el estrés en estas áreas además de potenciar las estrategias de afrontamiento en pacientes con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles. A su vez, Ávila, Cerón, Ramos y Velázquez (2013) mencionan una fuerte asociación entre el índice glicémico de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 y el apoyo familiar debido que la búsqueda de información de la enfermedad es más amplia. Por otra parte, Salvador (2016) identifica la catarsis y la autoafirmación como estrategias que fortalecen las redes de apoyo familiar e incluso implementa grupos de autoayuda para fomentar las estrategias mencionadas.

Al respecto, Ocampo, Romero, Saa, Herrera y Reyes (2016) hicieron un estudio con adultos mayores de la ciudad de Bogotá con padecimientos crónicos y mencionan que las personas que se apoyan en sus creencias tienen mayor percepción de redes de apoyo familiar, lo cual reafirma la importancia de los recursos familiares en los pacientes con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles. Núñez (2015) menciona que "Toda desesperación debe llevar a una acción que brinde salida a un estado de crisis" y considera que el individuo es capaz de llegar a la superación de esta mediante la autoafirmación. Cuando un paciente es notificado del diagnóstico de una enfermedad que va a tener de por vida, es una crisis que requiere de la autoafirmación, entre otras estrategias, para hacer frente a su padecimiento. Por otra parte, Velásquez, Valz y Pedrao (2009) encontraron que el apoyo familiar da lugar al

proceso de crecimiento personal, la exploración de nuevas experiencias y a la autoafirmación.

En cuanto a la comparación entre hombres y mujeres, Viñas et al. (2015) demuestran de manera consistente la diferencia por sexos en las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico. En la presente investigación, las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en creencias, autoafirmación, crecimiento personal y proyecto de vida, que los hombres debido a que las mujeres utilizan más frecuentemente estrategias pasivas, mientras que los hombres tienden a ignorar los problemas o se los reservan para sí mismos (Soria, 2016). Tal circunstancia implica la necesidad de considerar las diferencias de sexo cuando se estudian las estrategias de afrontamiento de personas con ECNT.

Una limitante para el estudio fue que la muestra fue no probabilística, ya que se extendió la invitación para todos los pacientes con enfermedades crónicas que acuden a consulta en el Instituto de Salud del Estado de México. Otra limitante que se puede mencionar es que únicamente se trabajó en un ámbito regional específico (Estado de México). Se sugieren muestras más amplias para futuras investigaciones.

REFERENCIAS

- Alpi, S. V., Quiceno, J. M., y Munévar, F. R. (2016). Calidad de vida en adultos jóvenes colombianos según el sexo: Un estudio descriptivo comparativo. *Salud y Sociedad*, 6(2), 172-180.
- Arias, C. J. (2015). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional del Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina.
- Ávila, L., Cerón, D., Ramos-Hernández, R. I. y Velázquez, L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Médica de Chile*, 141(2), 173-180.
- Banco de Epidemiología (2011). *Perfil epidemiológico del adulto mayor en México, 2010*. México: Secretaría de Salud.

- Caballero C. y Alonso L. (2011). Enfermedades crónicas no transmisibles: Es tiempo de pensar en ellas. *Revista de Salud Uninorte*, 26(2), 7-9.
- Ceballos G. A., Echeverri A. A. y Jiménez M. P. (2015) Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta – Colombia. *Revista Facultad de Salud*, 6(1), 27-33
- Chereji, E., Kern, S., Fuller, B., Morasco, B. J., Phelps, A. y Hauser, P. (2016). Chronic low back pain and psychological comorbidity: A review. *Open Medicine Journal*, 9(12), 55.
- Declaración de Helsinki (1964). *Asociación médica mundial. Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos*. Adoptada por la XVII Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial. Helsinki, Finlandia.
- Díaz, L. C., Carreño, S. P., de Aldana, M. S. C., Benavides, F., Cardozo, C. L. N., Cardona, R. M. y Criado, M. L. (2016). La habilidad de cuidado del cuidador familiar en diferentes regiones de Colombia. *Revista UDCA Actualidad y Divulgación Científica*, 19(2), 24-37.
- Domínguez-Espinosa, A. D., Salas Menotti, I., Contreras Bravo, C. y Procidano, M. E. (2011). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 125-137.
- Fachado, A., Menéndez, M., y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de Atención Primaria*, 19, 118-123.
- Flórez, C. P., García, A., Flórez, R. P. y Díaz, S. C. P. (2017). Programa de rehabilitación integral en pacientes con dolor crónico de espalda: un estudio de caso. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 13(1), 96-104.
- García-Gurrionero, A. (2014). *Monitorización permanente de la calidad percibida de los pacientes ingresados en el Hospital de Día del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital Universitario Central de Asturias* (Tesis de maestría en enfermería de urgencias y cuidados clínicos). Universidad de Oviedo, Asturias, España.

- González, V., Hernández, M. y Lorig, K. (2013). *Tomando control de su salud: Una guía para el manejo de las enfermedades del corazón, diabetes, asma, bronquitis, enfisema y otros problemas crónicos*. Bogotá: Bull Publishing Company.
- Heras, M., y Alberto, C. (2014). *Estudio comparativo de los factores cardiovasculares y sociodemográficos en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico hospitalizados en el Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2013* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Perú.
- Ley General de Salud (2010). *Ley General de Salud*. Cuarenta y uno bis: de la normatividad bioética. Capítulo I, Artículo, 98.
- Mandujano, J. A., Gómez, T. G., de Córdova, M. I., Barrio, F., Hernández, R. C. y Martínez, M. D. (2017). La edad y sexo como factores condicionantes del control de enfermedad crónica en el primer nivel de atención: estudio retrospectivo. *Cuidado y Salud*, 2(2), 213-214.
- Núñez, N. C. (2015). Raskolnikov: búsqueda de la autoafirmación desde la desesperación. *Cuadernos de Filosofía Latinoamericana*, 26(92), 154-164.
- Ocampo, J. M., Romero, N., Saa, H. A., Herrera, J. A., y Reyes, C. A. (2016). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. *Colombia Médica*, 37(2), 86-107.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: décima revisión: CIE-10*. Madrid: Ministerio de Sanidad de España.
- Salvador, G. D. (2016). *Manual para la implementación de grupos de autoayuda y mutua ayuda para adolescentes en Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y sus redes afectivas de apoyo en medio familiar o institucional no especializado*. Bogotá: Organización Internacional para las Migraciones.
- Soria, L. A. (2016). *Mujer y salud: correlatos psicosociales del síndrome de la boca ardiente* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.

- Soriano, J. y Monsalve, V. (2002). Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(1), 13-22.
- Torres-Pinto, X., Carreño–Moreno, S., y Chaparro-Díaz, L. (2017). Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 49(2), 35-64.
- Velásquez C. D., Vaiz B. R. y Pedrao L. J. (2009) Factores de la satisfacción sobre el apoyo familiar del adolescente adicto en tratamiento. *Revista de Enfermería Herediana*, 2(1), 11-19
- Viñas P. F., González, C.M., García M. Y., Malo C. S. y Casas A. F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 226-233.

Contacto: Arturo Alejandro Domínguez López, dandrosh@hotmail.com