

“ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CONDUCTA ANTE LA ENFERMEDAD ENTRE PACIENTES HEMATOLÓGICOS ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS”

COMPARATIVE ANALYSIS OF ILLNESS BEHAVIOUR AMONG ONCOLOGICAL AND NON-ONCOLOGICAL HEMATOLOGICAL PATIENTS

Investigadoras Titulares: Lindsay Carrillo Valdez ^[1] y Maetzin Itzel Ordaz Carrillo

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”^[2]

Recibido: 30/09/2019

Aceptado: 14/12/2019

Resumen

La presente investigación de tipo transversal-comparativo tiene el objetivo de contrastar los niveles de conducta ante la enfermedad en pacientes hematológicos mexicanos oncológicos y no oncológicos e identificar diferencias de acuerdo con otras variables sociodemográficas. La muestra está conformada por 247 pacientes pertenecientes al Servicio de Hematología de un centro hospitalario de la Ciudad de México, seleccionados por muestreo intencional no probabilístico. El instrumento aplicado es el “Behavioural Responses to Illness Questionnaire (BRIQ)” de Spence, Moss-Morris y Chalder (2005), validada para pacientes hematológicos mexicanos. El análisis estadístico descriptivo e inferencial muestra diferencias significativas entre los pacientes oncológicos, con mayor tiempo de enfermedad y en situación de desempleo, por lo que se concluye que la valoración e intervención multi e interdisciplinaria orientada a la adaptación de estos grupos de pacientes a su padecimiento es una prioridad para el especialista de la conducta.

Palabras clave: enfermedades de la sangre; cáncer; desempleo; conducta manifiesta; adaptación.

¹Correspondencia remitir a: psiclcarrillovz@gmail.com. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

²Correspondencia remitir a: revistacientificaureka@gmail.com, o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

The present cross-comparative research has the objective of contrasting the levels of illness behaviour in Mexican oncological and non-oncological hematological patients and identifying differences according to other sociodemographic variables. The sample is made up of 247 patients belonging to the Hematology Service of a hospital in Mexico City, selected by intentional non-probability sampling. The instrument applied is the “Behavioural Responses to Illness Questionnaire (BRIQ)” by Spence, Moss-Morris and Chalder (2005), validated for Mexican hematological patients. The descriptive and inferential statistical analysis shows significant differences between cancer patients, with longer illness and unemployed, so it is concluded that the assessment and multi-interdisciplinary intervention aimed at adapting these groups of patients to their condition it’s a priority for the behavior specialist.

Key words: blood diseases; cancer; unemployment; manifest behaviour; adaptation.

La transición epidemiológica por la que atraviesa América Latina y el Caribe explica la doble carga de enfermedades agudas y crónico-degenerativas que enfrentan los países que, además, deben responder a los desafíos propios de las desigualdades económicas que los caracterizan (OPS-OMS, 2017). Entre las enfermedades no transmisibles, las patologías de la sangre han cobrado relevancia debido al aumento en los índices epidemiológicos de incidencia, prevalencia y mortalidad. Por ejemplo, México se encuentra entre los primeros lugares de nuevos casos de neoplasias líquidas, rebasado por Uruguay y Colombia en incidencia y por Argentina en prevalencia. Por lo tanto, las hematopatías constituyen un problema importante de salud pública en la región latinoamericana (Báez, 2015; Herrera, 2016; INEGI, 2017; KPMG LLP, 2018; Licona, 2017; López, 2017; Rosas, 2014).

A las hematopatías se les considera padecimientos huérfanos, por el acceso restringido a terapias de última generación; silenciosos, por su carácter asintomático en las primeras etapas, o bien, síntomas inespecíficos que se confunden con los provocados por enfermedades menos graves; súbitos y tórpidos, por su rápida evolución y difícil tratamiento. Así, es la iniciativa del paciente para la búsqueda de atención médica ante los primeros indicios de una enfermedad hematológica, además del cumplimiento terapéutico a lo largo de las etapas de la asistencia sanitaria, lo que marca la diferencia entre un diagnóstico precoz, terapia y pronóstico más favorables y un diagnóstico tardío con pronóstico reservado y alta mortalidad (Acha, 2015; Kasl & Cobb, 1966; Licona, 2017; Losa, Herrera, Cabello y Navas, 2016; KPMG LLP, 2018; Provan, Baglin, Dokal y De Vos, 2017).

Las respuestas que emite el paciente cuando se percibe físicamente enfermo juegan un papel muy importante en el proceso salud-enfermedad, en la búsqueda de soluciones, atención especializada y adaptación a la condición clínica, ya que inciden directamente en la experiencia de estar enfermo, la intensidad de los síntomas, la interferencia en las actividades cotidianas, la cronicidad y la adherencia terapéutica. De ahí la necesidad de evaluar las conductas ante la enfermedad, caracterizar los patrones de respuesta entre pacientes que comparten diagnósticos, diferenciarlos entre adaptativos y desadaptativos para tomar decisiones respecto del tipo de intervención que requiere el paciente, con el fin último de facilitar la adaptación al padecimiento, incrementar el cumplimiento terapéutico, disminuir secuelas, economizar recursos económicos y humanos, evitar retrasos en la atención médica y prevenir síndromes médicos adicionales con las consecuentes saturaciones en el sistema de salud (Carvajal, 2017; Galán, Pérez y Blanco, 2001; Mechanic, 1961; Kasl & Cobb, 1966; Levy, 2011; Sánchez-Pedreño, s/f; Silva y Uribe, 2016; Sirri, Fava y Sonino, 2012; Spence, Moss-Morris y Chalder, 2005).

Entre los pacientes hematológicos se identifican similitudes en las conductas ante la enfermedad debido a las características fisiopatológicas, de diagnóstico, protocolos de tratamiento y vigilancia de las distintas enfermedades de la sangre. De esta manera, la mayoría de los pacientes requieren ser hospitalizados, permanecer reposo absoluto y enfrentar la larga estancia hospitalaria. Estos elementos favorecen la manifestación de conductas poco adaptativas que afectan el comportamiento de terceros (familia, cuidadores y personal sanitario), disminuyen su calidad de vida, ponen en riesgo la adherencia terapéutica y, por tanto, incrementan la probabilidad de secuelas y muerte (Benítez-Agudelo, Barceló-Martínez y Gelves-Ospina, 2016; Bravo, 2014; Campbell y Alfaro, 2009; Legues, Risueño, Castillo, Leiva y Palomo, 2009; López, 2007; Nondedeu, 2011; Raya, 2006; Rivera-Fong, 2014; Ruiz-Argüelles y Ruiz-Reyes, 1996).

Aunque los pacientes hematológicos comparten características en lo que respecta a sus conductas ante la enfermedad, debe considerarse que las respuestas se emiten en función de factores como el tipo de enfermedad, el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico, el apoyo social de familia y amigos, el centro hospitalario y su personal, la experiencia previa, el aprendizaje, la cultura, entre otros, por lo que se encontrarán diferencias (Becker, Drachman & Kirscht, 1974; Galán, Blanco y Pérez, 2000; Galán, Pérez y Blanco, 2001; Levy, 2011; Sánchez-Pedreño, s/f; Silva y Uribe, 2016; Sirri, Fava y Sonino, 2012; Spence, Moss-Morris y Chalder, 2005).

En esta línea, investigadores como Arranz y Ulla (2008) han mostrado interés por caracterizar la conducta ante la enfermedad de pacientes oncohematológicos; no obstante, se han centrado en aspectos cognitivos y no han establecido comparaciones con pacientes diagnosticados con enfermedades hematológicas benignas. Por ello, el objetivo del presente estudio es comparar el nivel de conductas de enfermedad entre pacientes hematológicos con diagnóstico oncológico y no oncológico e identificar diferencias de acuerdo con el tiempo de enfermedad y ocupación.

Método

Participantes

Muestra intencional, no probabilística (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2005) integrada por 247 pacientes del Servicio de Hematología de un centro hospitalario de tercer nivel ubicado en la Ciudad de México. 143 mujeres (57.9%) y 104 hombres (42.1%), con edades cronológicas entre 17 y 80 años (ME=44.48; DE=17.165 años). De los cuales 161 (65.2%) recibía servicio ambulatorio o externo y 86 (34.8%) se encontraban hospitalizados.

Instrumento

Se empleó una versión traducida y adaptada del *Behavioural Responses to Illness Questionnaire* (BRIQ) de Spence, Moss-Morris y Chalder (2005), validada, en un estudio previo, para pacientes hematológicos mexicanos.

La versión adaptada cuenta con un apartado para datos sociodemográficos, así como para el consentimiento informado del participante, seguido de 15 ítems, con 5 opciones de respuesta en escala tipo Likert (1=para nada; 2=pocos días; 3=algunos días; 4=la mayoría de los días; 5=todos los días). El puntaje mínimo a obtener es 15, mientras que el máximo es de 75 puntos. No existe punto de corte, pero se considera que a mayor puntaje mayor nivel de respuestas conductuales ante la enfermedad. Evalúa 4 dimensiones; 1) fatiga; 2) conducta limitante; 3) apoyo social y 4) sobre-esfuerzo. La prueba tiene un alpha de Cronbach aceptable ($\alpha=.78$). En cuanto a la confiabilidad por factor, el factor 1 posee $\alpha=.67$; el factor 2 $\alpha=.77$; $\alpha=.76$ para el factor 3 y para el factor 4 $\alpha=.66$.

Diseño

Estudio comparativo transversal de diseño de grupos naturales (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2012, como se cita en Ato, López y Benavente, 2013).

Procedimiento

Los pacientes fueron localizados e invitados a participar en la sala de espera de la consulta externa, así como en el área de hospitalización del Servicio de Hematología de un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México. Igualmente, se ubicaron pacientes de Hematología en el área de quimioterapia ambulatoria perteneciente al Servicio de Oncología del mismo centro hospitalario.

Se obtuvo su consentimiento, se les proporcionaron instrucciones de llenado y se les entregó el instrumento. Los pacientes que refirieron problemas de visión o cansancio por enfermedad recibieron apoyo a través de la lectura de cada reactivo y opciones de respuesta. Al finalizar la aplicación se les agradeció su participación.

Una vez que se obtuvieron los datos se realizó el análisis estadístico descriptivo e inferencial, con el programa SPSS, versión 21.

Análisis y discusión de resultados

Los resultados obtenidos para tipo, tiempo de enfermedad y ocupación de la muestra estudiada se resumen en la Tabla 1.

Posteriormente, se calculó la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov ($p=.431$), por lo que para los análisis siguientes, se utilizó estadística paramétrica (Vázquez y De Bernard, 1992). En cuanto al puntaje total más bajo obtenido por los pacientes hematológicos en el BRIQ fue de 15 puntos, mientras que el más alto fue de 75 puntos, esto es, alcanzaron el mínimo y máximo posibles, donde a mayor puntaje mayor conducta de enfermedad mostrada por el paciente. El puntaje total promedio fue de 40.6 puntos (DE=10.7 puntos). Para la subescala fatiga los pacientes reportaron un mínimo de 3 y el máximo posible de 15 puntos (ME=10.0; DE=3.2 puntos). En conducta limitante obtuvieron mínimo 4 puntos y el máximo de 20 puntos posibles (ME=9.38; DE=4.41 puntos). Para apoyo social puntuaron tanto el mínimo de 5 como el máximo de 25 (ME=13.72; DE=5.2 puntos); mientras que para la subescala sobre-esfuerzo reportaron mínimo 3 y el máximo de 15 puntos (ME=7.44; DE=3.41 puntos).

Tabla 1

Tipo y tiempo de enfermedad y ocupación de los pacientes del Servicio de Hematología

Variable	Modalidades	Número de participantes (n)	Porcentaje (%)
Tipo de enfermedad	Benigna	104	42.1
	Oncohematológica	120	48.6
	En estudio	23	9.3
Tiempo de enfermedad	1 a 3 meses	62	25.1
	4 a 6 meses	39	15.8
	7 a 9 meses	17	6.9
	10 a 12 meses	30	12.1
	>12 meses	99	40.1
Ocupación	Oficio/Profesión	100	40.5
	Hogar	88	35.6
	Desempleado	43	17.4
	Estudiante	16	6.5

Nota: Tanto para la variable ocupación como para tiempo de enfermedad la muestra fue dividida en grupos.

Se analizó la variable tipo de enfermedad. Las medias de los puntajes obtenidos en el BRIQ y sus subescalas se visualizan en la Tabla 2. A primera vista parece que el grupo de pacientes en estudio obtiene puntajes más altos que los grupos que ya cuentan con un diagnóstico. No obstante, aunque se encontraron diferencias significativas entre los grupos de pacientes de acuerdo con el tipo de enfermedad para el puntaje total del BRIQ a través de la prueba ANAVAR (${}_2F_{244}$; $F=3.521$; $p=.031$), la prueba post hoc de Scheffé no alcanzó a ser significativa para el grupo oncológico con respecto del grupo no oncológico ($p=.054$).

Tabla 2

Puntajes promedio obtenidos por pacientes hematológicos en el Cuestionario de Respuestas Conductuales ante la Enfermedad (BRIQ) y sus subescalas de acuerdo con el tipo de enfermedad.

Tipo de enfermedad	Puntaje total		Fatiga		Conducta limitante		Apoyo social		Sobre-esfuerzo	
	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE
Oncológica	41.98	11.050	10.56*	3.159	9.99*	4.601	14.31	5.483	7.12	3.351
No oncológica	38.52	9.828	9.35*	3.174	8.37*	3.842	12.90	4.812	7.90	3.491
En estudio	42.83	11.543	10.61	3.041	10.78	4.972	14.39	5.123	7.04	3.226

* $p<.05$

En cuanto a las subescalas, se encontraron diferencias significativas en fatiga (${}_2F_{244}$; $F= 4.506$; $p=.012$) y conducta limitante (${}_2F_{244}$; $F= 5.250$; $p=.006$) entre el grupo oncológico y el no oncológico, de acuerdo con la prueba post hoc de Scheffé ($p=.018$; $p=.021$, respectivamente). No obstante, no se encontraron diferencias significativas en la subescala apoyo social, ni en sobre-esfuerzo ($p>.05$).

De acuerdo con los resultados, los pacientes del servicio de Hematología que se encuentran en proceso de diagnóstico obtienen puntajes más altos en conductas de enfermedad que los grupos que ya cuentan con un diagnóstico, sea oncológico o benigno.

Aunque no son diferencias significativas, tal vez debido al tamaño de la muestra estudiada y su representatividad, es probable que la divergencia se relacione con el hecho de que las respuestas conductuales de enfermedad tienen lugar ante las primeras sensaciones físicas que experimenta el paciente cuando sospecha la presencia de una patología, lo que incide directamente en la intensidad de sus síntomas, grado de interferencia en sus actividades y búsqueda de atención médica (Carvajal, 2017; Galán, Pérez y Blanco, 2001; Hartman, Dos Santos, Rocha, Horna y Morales, 2015; Mechanic, 1961; Kasl & Cobb, 1966; Levy, 2011; Sánchez-Pedreño, s/f; Silva y Uribe, 2016; Sirri, Fava y Sonino, 2012; Spence, Moss-Morris y Chalder, 2005).

Las diferencias registradas entre el grupo oncológico y el no oncológico en fatiga y conducta limitante eran esperadas por las características de las enfermedades neoplásicas líquidas en las cuales los mismos desórdenes hematológicos provocados por los efectos de la enfermedad sobre la médula ósea se asocian con fatiga y disminución del rendimiento (Becker, Drachman & Kirscht, 1974; Campbell y Alfaro, 2009; Galán, Blanco y Pérez, 2000; Galán, Pérez y Blanco, 2001; Janssen-Cilag, 2016; KPMG LLP, 2018; Legues *et al*, 2009; Nondedeu, 2011; Raya, 2006; Ruiz-Argüelles y Ruiz-Reyes, 1996; Servicio de Hematología, Hospital Universitario de Salamanca, 2010; Vargas, Uclés, Argüelles y González, 2015).

Además, Llinares, Benedito y Piqueras (2010) sostienen la representación social del cáncer y del paciente oncológico es, en general, negativa, ya que la mayoría de los pacientes la consideran una enfermedad grave, incluso la de mayor gravedad y mortalidad en la actualidad. Así, el paciente oncológico se percibe físicamente débil y cansado, de ahí que experimente una transición de rol en el que sus conductas de enfermedad se muestran en niveles más altos que las exhibidas por el grupo no oncológico y cuya duración e intensidad dependen de sus recursos de afrontamiento (Zorrilla, s/f).

Cabe señalar que no se encontraron diferencias significativas en la subescala apoyo social, ni en sobre-esfuerzo, es decir, independientemente del diagnóstico, los pacientes hematológicos buscan ayuda y se sobre-esfuerzan en niveles parecidos, se considera que estos los resultados se explican a partir de las características socioculturales del mexicano que ante situaciones difíciles, como el diagnóstico de una enfermedad oncológica, busca el apoyo de la familia por su fácil acceso (Gutiérrez, Díaz y Román, 2016) y continúa con la realización de sus actividades cotidianas por el valor que le otorga a la responsabilidad, a la capacidad de trabajo y a la manutención de su familia (Alducin, 1986, Fayerweather, 1959, Slocum, 1971; como se cita en Mendoza, 2010; Díaz-Guerrero, 1999).

Ahora bien, el análisis del tiempo de enfermedad requirió la conformación de 5 grupos. Grupo 1 de 1 a 3 meses; Grupo 2 de 4 a 6 meses; Grupo 3 de 7 a 9 meses; Grupo 4 de 10 a 12 meses y Grupo 5 más de 12 meses desde el inicio de síntomas y signos de la enfermedad hematológica. Las medias obtenidas por los grupos de pacientes se mostraron similares y no se encontraron diferencias significativas en el puntaje total del BRIQ, así como en las subescalas fatiga, apoyo social y sobre-esfuerzo ($p > .05$). En cambio, para la subescala conducta limitante el análisis ANAVAR sí mostró diferencias significativas ($F_{242} = 3.264$; $p = .012$), entre el grupo de pacientes que mencionó un tiempo de evolución de la enfermedad de 1 a 3 meses ($ME = 10.37$; $DE = 4.920$) y el grupo de más de 12 meses ($ME = 8.26$; $DE = 3.911$) que obtuvo puntuaciones menores; empero la prueba post hoc de Scheffé no alcanzó significancia ($p = .063$).

En la Tabla 3 se presentan las correlaciones, calculadas a partir del coeficiente de Pearson, entre los puntajes obtenidos por los pacientes hematológicos en el BRIQ, además de sus diferentes subescalas y el tiempo de enfermedad. Únicamente se correlacionó de manera negativa y débil con la subescala conducta limitante ($r = -.161$, $p = .011$), por lo que a mayor tiempo con el diagnóstico de una enfermedad hematológica, menor puntaje en conductas limitantes hacia la patología.

Tabla 3

Correlaciones entre puntaje total del BRIQ, sus subescalas y tiempo de enfermedad.

	Total	Fatiga	Conducta limitante	Apoyo social	Sobre-esfuerzo
Tiempo de enfermedad	-.123	-.100	-.161*	-.115	.092

Nota: BRIQ= Behavioural Responses to Illness Questionnaire, versión adaptada y validada para pacientes hematológicos. *Significativas a .05.

Los resultados presentados dejan ver que conforme avanza el tiempo las conductas limitantes de enfermedad tienden a mostrar puntajes menores, incluso la correlación, aunque débil, indica que a mayor tiempo con el diagnóstico de una enfermedad hematológica, menor puntaje en conductas limitantes ante la patología. Al respecto es importante recordar que los padecimientos crónicos requieren la emisión constante de conductas ante la enfermedad (Atik y Karatepe, 2016; Bravo, 2014; Prior y Bond, 2017; Rivera-Fong, 2014). Por su parte, Sánchez-Pedreño (s/f) sostiene que las conductas de enfermedad incluyen las actitudes de adaptación, esto es, comportamientos de obediencia y ajuste llevados a cabo por el paciente para cambiar su estilo de vida de forma organizada y paulatina.

En esta misma línea, Grady y Gough (2015) agregan que el paciente crónico adquiere día con día aptitudes genéricas que le permiten manejar, con autocuidado y autorregulación, su padecimiento de manera más efectiva. Igualmente, los resultados encontrados en la presente investigación se relacionan con los hallazgos de Silva y Uribe (2016) en pacientes con hemofilia para quienes, de acuerdo con el tiempo de diagnóstico, el conocimiento de los signos, síntomas, comorbilidades, cuidados y tratamientos, facilita la aceptación y adaptación a la condición médica al grado de descentralizar a la enfermedad de sus vidas; en otras palabras, conforme avanza el tiempo el paciente se muestra más adaptado a la condición clínica.

Finalmente, para la variable ocupación se contemplaron 4 grupos. Grupo 1 incluyó a los pacientes que reportaron, al momento de la aplicación del instrumento, el desarrollo de algún oficio o profesión; Grupo 2 pacientes que realizaban labores domésticas en su hogar; Grupo 3 pacientes desempleados y Grupo 4 estudiantes. El grupo 1 obtuvo una media de 39.27 puntos totales en el BRIQ (DE= 11.042 puntos). El grupo 2 reportó ME= 40.93 puntos (DE=10.532 puntos), el grupo 3 reportó media de 40.93 puntos (DE=9.423 puntos), mientras que el grupo 4 obtuvo ME= 38.75 (DE=11.829 puntos).

Con el objetivo de identificar diferencias entre los promedios de los puntajes obtenidos por los pacientes según su ocupación, se aplicó un Análisis de Varianza (ANAVAR) a través del cual se encontraron diferencias significativas únicamente en la subescala conducta limitante (${}_{2}F_{243}$; $F= 3.467$; $p=.017$). Se realizó la prueba post hoc de Scheffé y se encontró que el Grupo 1 (profesión u oficio), que puntuó en promedio 8.71 (DE= 3.919 puntos) tiene diferencias significativas ($p=.028$) con respecto del Grupo 3 (desempleado) que obtuvo ME= 11.12 (DE=4.510 puntos). Entre los demás grupos no se hallaron diferencias significativas ($p>0.05$).

El hecho de que los pacientes hematológicos en situación de desempleo reporten más conductas limitantes ante la enfermedad que aquellos que realizan actividades económicas guarda relación con lo expuesto por Ibarra y Siles (2006) respecto del rol de enfermo que muchos pacientes asumen. Como consecuencia de la enfermedad y sus secuelas algunos pacientes viven de forma limitada permanentemente y perciben sus capacidades por debajo de las que presentaban antes de ser diagnosticados, por tanto, se consideran incapaces de realizar actividades cotidianas como reintegrarse al trabajo. La importancia de la ocupación en el paciente hematológico radica, no solo en la adaptación a la enfermedad, sino en la prevención de complicaciones físicas, psicológicas y emocionales. El desempleo se relaciona con una mayor predisposición a desarrollar patologías adicionales como cardiopatías, sobrepeso, obesidad, además de otras conductas de riesgo asociadas a ansiedad, depresión y suicidio, con el consiguiente aumento en la mortalidad (Cerdeña, 2015).

Conclusiones, Sugerencias y Limitaciones

La enfermedad como experiencia biopsicosocial no está exenta de respuestas conductuales que inciden en la forma de enfermar y la manera de adaptarse día con día, más aun cuando se trata de un padecimiento crónico-degenerativo como el cáncer hematológico (Bravo, 2014; Carvajal, 2017; Ibarra y Siles, 2006; Rivera-Fong, 2014).

Identificar las conductas de enfermedad y su relación con variables sociodemográficas como el tipo de enfermedad, tiempo y ocupación permite al profesional de la salud tomar decisiones para una intervención integral, multi e interdisciplinaria que favorezca la adaptación, funcionalidad, automanejo, autocuidado y autorregulación del paciente, la adherencia terapéutica, la disminución de secuelas y la economía de los recursos económicos y humanos destinados al cuidado de la salud (Becker, Drachman & Kirscht, 1974; Galán, Blanco y Pérez, 2000; Galán, Pérez y Blanco, 2001; Grady y Gough, 2015; Levy, 2011; Sánchez-Pedreño, s/f; Silva y Uribe, 2016; Sirri, Fava y Sonino, 2012; Spence, Moss-Morris y Chalder, 2005).

En la población hematológica es fundamental que el especialista de la conducta priorice la valoración e intervenciones con los pacientes oncológicos, de recién diagnóstico y en situación de desempleo, ya que existe la probabilidad de que sus conductas de enfermedad no resulten adaptativas y repercutan en su acceso a los servicios de salud, adherencia al tratamiento, calidad de vida y pronóstico de la enfermedad. Así, el experto en comportamientos de salud-enfermedad debe mantenerse actualizado en detección, evaluación e intervención, individual y en conjunto, con estos grupos de pacientes y, por añadidura, sus cuidadores y personal sanitario desde un enfoque interdisciplinario.

Asimismo, resulta importante que el profesional interesado en las conductas ante la enfermedad resuelva algunas limitaciones del presente estudio. Por ejemplo, el desarrollo de modelos psicológicos que permitan el abordaje de las conductas de enfermedad, en todas sus dimensiones; la revisión, adaptación y validación de instrumentos con mayor nivel de confiabilidad y validez que el empleado en esta investigación y la correlación con otras variables sociodemográficas y psicológicas que permitan la caracterización de los pacientes hematológicos y de esta manera contribuya a la intervención integral del paciente y su adaptación a la condición clínica.

Referencias

- Acha, T. (2015). Diagnóstico precoz y signos de alarma en oncohematología pediátrica. *En AEPap (Ed.). Curso de Actualización Pediatría 2015* (p. 177-186). Madrid: Lúa Ediciones 3.0.
- Arranz, P. y Ulla, S. (2008). Diseño y validación de un Cuestionario Multidimensional de Adaptación a la Enfermedad para Pacientes Onco-Hematológicos (CMAE-OH). *Psicooncología*, 5(1), 7-25.
- Atik, D. y Paratepe, H. (2016). Scale Development Study: Adaptation to Chronic Illness. *Acta Médica Mediterránea*, 32, 135-142. doi:10.19193/0393-6384_2016_1_21
- Ato, M., López, J. J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511.
- Báez, C. (2015). *Estudian incremento de la mortalidad por leucemia linfoblástica en México*. Recuperado de <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/3628-incrementa-la-mortalidad-por-leucemia-linfoblastica-aguda-en-mexico>.
- Becker, M. H. Drachman, R. H. & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American Journal of Public Health*, 64(3), 205-216.
- Benítez-Agudelo, J. C., Barceló-Martínez, E. A. y Gelves-Ospina, M. (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 42(4), 391-398.

- Bravo, M. C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En L. Reynoso y A. L. Becerra (Coords.), *Medicina Conductual. Teoría y Práctica* (pp. 43-64), México: Qartuppi.
- Campbell, M. y Alfaro, J. (2009). Leucemias agudas. En I. Palomo, J. Pereida y J. Palma (edits), *Hematología. Fisiopatología y Diagnóstico* (pp. 299-320). Chile: Editorial Universidad de Talca.
- Carvajal, C. (2017). El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 841-848. doi:10.1016/j.rmclc.2017.10.010.
- Cerdeña, I. (2015). Desempleo y su repercusión en la salud. TOG (A Coruña), 12(22). Recuperado de <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/revision1.pdf>.
- Díaz-Guerrero, R. (1999). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.
- Galán, A., Blanco, A. y Pérez, M. A. (2000). Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de Psicología*, 16(2), 157-166.
- Galán, A., Pérez, M. A. y Blanco, A. (2001). La Conducta de Enfermedad: análisis de su capacidad para caracterizar grupos de enfermos a nivel psicosocial. *Psicothema*, 13(1), 63-67.
- Grady, P. A. y Gough, L. L. (2015). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Revista Panamericana de Salud Pública* 37(3), 197-194.
- Gutiérrez, R., Díaz, K. Y. y Román, R. P. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076002>
- Hartman, I., Dos Santos, L., Rocha, M., Horna, M., y Morales, S. (2015). Percepción de la gravedad del cuadro clínico como determinante de automedicación entre estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(1), 30-36. doi:10.5354/0719-5281.2015.36337.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Selección de la muestra. En R. Hernández, C. Fernández y P. Baptista (edits.). *Metodología de la Investigación* (pp. 235-270). México: McGraw-Hill Interamericana.

- Herrera, A. (2016). *Eficacia de un programa multicomponente para el manejo de la fatiga relacionada al cáncer* (Tesis de Maestría). UNAM, México.
- Ibarra, X. y Siles, J. (2006). Rol de enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Cultura de los Cuidados*, 10(20), 129-135.
- INEGI. (2017). *Estadísticas a propósito del... día mundial contra el cáncer (4 de febrero) Datos nacionales*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf
- Janssen-Cilag. (2016). Cansancio/fatiga. Recuperado de <http://cancerenlasangre.com>
- Kasl, S. V. & Cobb, S. (1966) Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role behavior, *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246-266. doi:10.1080/00039896.1966.10664365.
- KPMG LLP. (2018). Mejorando la atención de los pacientes latinoamericanos con neoplasias malignas hematológicas. Recuperado de https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/uk/pdf/2018/06/Mejorando_la_atencion_de_los_pacientes_latinoamericanos.pdf
- Legues, M. E., Risueño, C., Castillo, A. L., Leiva, E. y Palomo, I. (2009). Estudio de laboratorio de enfermedades oncohematológicas. En I. Palomo, J. Pereida y J. Palma (edits), *Hematología. Fisiopatología y Diagnóstico* (pp. 717-744). Chile: Editorial Universidad de Talca.
- Levy. R. L. (2011). Exploring the Intergenerational Transmission of Illness Behavior: From Observations to Experimental Intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(2), 174–182. doi:10.1007/s12160-010-9254-9.
- Licona, I. (2017). Leucemia y Linfoma no-Hodgkin, frecuentes en población mexicana. Recuperado de <http://www.puntoporpunto.com/opinion/hablemos-de-cancer-sin-miedo/leucemia-y-linfoma-no-hodgkin-frecuentes-en-poblacion-mexicana/>.
- Llinares, L. I., Benedito, M. A. y Piqueras, Á. (2010). El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. *Psicología & Sociedade*, 22(2), 318-327. dx.doi.org/10.1590/S0102-71822010000200012.
- López, I. (2017). En México hay 13 mil 875 casos de enfermedades hemato-oncológicas. Recuperado de <https://www.eloccidental.com.mx/local/en-mexico-hay-13-mil-875-casos-de-enfermedades-hemato-oncologicas-1289826.html>

- López, M. I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 209-211.
- Losa, V., Herrera, M., Cabello, I., Navas, P. I. (2016). Diagnóstico precoz de cáncer en Atención Primaria. *Pediatría Integral*, 20(6), 367-379.
- Mechanic, D. (1961). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 189-194.
- Mendoza, J. (2010). Permanencia y evolución de la cultura laboral en México. El marco de referencia o modelo mental de trabajadores en organizaciones mexicanas. *Innovaciones de Negocios*. 7(1), 105 -137.
- Nondedeu, D. (2011). Cambios en el rol social del paciente oncohematológico: un estudio de caso. *Index de Enfermería*, 20(3), 165-168. dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200006.
- Prior, K. N. & Bond, M. J. (2017). Patterns of 'Abnormal' Illness Behavior among Healthy Individuals. *American Journal Health Behavior*, 41(2), 139-146. doi: 10.5993/AJHB.41.2.4
- Provan, D., Baglin, T., Dokal, I. y De Vos, J. (2017). Enfoque clínico. En D. Provan, T. Baglin, I. Dokal y J. De Vos (Eds.), *Manual de Hematología Clínica* (pp. 1-30). Barcelona: Elsevier.
- Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS). (2017). Salud de las Américas. Estado de salud de la población. Recuperado de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=mortalidad-en-la-region-de-las-americas&lang=es
- Raya, J. M. (2006). Técnica de obtención de la biopsia de médula ósea. En L. Hernández (dir.) *Biopsia de la médula ósea. Perspectiva clínico-patológica* (pp. 5-14). Madrid: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia.
- Rivera-Fong, L. M. L. (2014). Medicina Conductual y Hematología. En L. Reynoso y A. L. Becerra (Coords.), *Medicina Conductual. Teoría y Práctica* (pp. 333-350), México: Qartuppi.
- Rosas, J. H. (2014). *Reporte de Experiencia Profesional* (Tesis de Maestría). UNAM, México.

- Ruiz-Argüelles, G. J. y Ruiz-Reyes, G. (1996). El tratamiento de las leucemias en países en desarrollo. El caso de México. *En G. J. Ruiz-Argüelles y J. F. San-Miguel (comps.) Actualización en leucemias* (pp. 147-151). México: Panamericana.
- Sánchez-Pedreño, F. O. (s/f). Conducta de enfermedad y actitud del paciente hacia sus síntomas. *En R. Zapata (coord.) Cuadernos de Psicología Médica* (pp. 53-56). México: UNAM. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_53-56.pdf.
- Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Salamanca. (2010). Cuidados físicos para el paciente de cáncer. Recuperado de <http://www.hematosalamanca.es/index.php/pacientes-y-familiares/vida-despues-del-cancer/71>.
- Silva, C. S. y Uribe, A. F. (2016). Comparación de la conducta de enfermedad en pacientes colombianos con hemofilia A, en una muestra con dolor crónico y sin dolor crónico. *Nova*, 13(26), 63-75. doi.org/10.22490/24629448.1752.
- Sirri, L., Fava, G. A & Sonino, N. (2012). The Unifying Concept of Illness Behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 74–81. doi: 10.1159/000343508.
- Spence, M., Moss-Morris, R. & Chalder, T. (2005). The Behavioural Responses to Illness Questionnaire (BRIQ): A new predictive measure of medically unexplained symptoms following acute infection. *Psychological Medicine*, 35, 583–593.
- Vargas, C., Uclés, V., Argüelles, A. B. y González, J. P. (2015). Tema 11-2015: Síndrome de fatiga relacionado con cáncer. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR–HSJD*, 5(4), 32-38. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2015/ucr154f.pdf>.
- Vázquez, M. y Bernard, M. E. (1992). Métodos estadísticos aplicados a la investigación psicológica. *Revista Cubana de Psicología*, 9(2), 65-71.
- Zorrilla, I. (s/f). Impacto emocional y social del cáncer. Recuperado de https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/paciente_cancer.pdf