

## Conducta observable de enfermedad entre pacientes hematológicos hospitalizados y no hospitalizados

Lindsay Carrillo<sup>2</sup> y Maetzin Ordaz<sup>3</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Estudios Superiores Iztacala

### Resumen

Las conductas observables asociadas a la enfermedad desempeñan un papel fundamental en la diagnosis, tratamiento, adaptación y pronóstico de un padecimiento. Por sus particularidades fisiológicas, diagnósticas y terapéuticas, en las hematopatías es posible identificar conductas de enfermedad específicas entre los distintos grupos de pacientes, según sus características demográficas y ambientales. Así, el objetivo del presente estudio fue describir las diferencias en los puntajes obtenidos por 247 pacientes hematológicos en el *Behavioural Responses to Illness Questionnaire* (BRIQ) en función del escenario médico de atención, edad, estado civil y sexo. El diseño del estudio fue transversal, descriptivo-comparativo. Se encontraron diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre los pacientes hospitalizados, de mayor edad, en condición de viudez, así como entre hombres y mujeres. Se concluye que, en la muestra evaluada, la hospitalización y las variables sociodemográficas estudiadas favorecen la emisión de las conductas observables de enfermedad diferenciadas.

**Palabras clave:** psicología y salud, proceso salud-enfermedad, enfermedades de la sangre, evaluación conductual.

Las enfermedades hematológicas son un grupo amplio y diverso de trastornos fisiológicos que pueden presentarse tanto en sangre periférica como en órganos hematopoyéticos y derivar en padecimientos benignos, potencialmente malignos e incluso oncológicos (Carrillo, 2019; Rivera-Fong, 2014). Los estudios de epidemiología y geografía hematológica en México han demostrado que las tasas de incidencia,

prevalencia y mortalidad de los padecimientos hematológicos presentan un aumento evidente y sostenido desde hace más de tres décadas (Báez, 2015; Benítez-Aranda, 2002; Colunga-Pedraza *et al.*, 2018; Duque, 2002; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017; Licona, 2017; López, 2017; Morales-Soto *et al.*, 2018). De esta manera, se estima que cada año hasta 30 mil mexicanos,

<sup>2</sup> Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

<sup>3</sup> División de Investigación y Posgrado

principalmente varones, niños, jóvenes y adultos mayores, reciben el diagnóstico de alguna enfermedad de la sangre (Carrillo-Valdez *et al.*, 2020; Unidos Trasplante de Médula Ósea. Francisco Cásares Cortina [UNIDOS], 2019). Por ende, las hematopatías constituyen un problema de salud pública donde la principal preocupación radica en garantizar el acceso al diagnóstico oportuno, tratamientos de primera línea y seguimiento médico especializado (Báez, 2015; Carrillo & Ordaz, 2019; Licona, 2017; López, 2017).

No obstante, las manifestaciones clínicas de las enfermedades de la sangre incluyen signos y síntomas que fácilmente pueden pasar desapercibidos, ser confundidos o minimizados por el paciente y, en consecuencia, demorar la búsqueda de atención médica al tiempo que el pronóstico empeora (Licona, 2017; Losa *et al.*, 2016; Morales-Soto *et al.*, 2018; Provan *et al.*, 2017). En otras palabras, el acceso al diagnóstico y al tratamiento médico dependen, en buena medida, de las respuestas observables de la persona enferma ante señales de alarma que indican la presencia y/o recaída de una hematopatía (Acha, 2015; Carrillo & Ordaz, 2019). Mechanic (1961) agrupa las respuestas de los individuos ante los indicadores

corporales de un padecimiento bajo el concepto de *conducta de enfermedad*. A partir de sus aportaciones, varios autores coinciden en que la emisión de dichas respuestas tiene lugar desde el momento en que el paciente identifica las primeras alteraciones en su estado de salud hasta la recuperación, si ésta es posible (Amzat & Razum, 2014; Galán *et al.*, 2001; Kasl & Cobb, 1966; Khoso *et al.*, 2016; Levy, 2011; Sánchez-Pedreño, s/f; Silva & Uribe, 2016; Sirri *et al.*, 2012; Spence *et al.*, 2005). Cabe señalar que mientras algunos comportamientos facilitan la adaptación a la enfermedad, otros la obstaculizan y retrasan, exacerbando síntomas físicos e intensificando las consecuencias psicológicas y sociales en el paciente, su familia y cuidadores (Becker *et al.*, 1974; Bravo, 2014; Carvajal, 2017; Prior & Bond, 2017; Ribes, 2008).

Cabe destacar que la conducta de enfermedad es aprendida e individual, es decir, intervienen factores sociodemográficos del paciente como el sexo, edad, ocupación y estado civil, así como aspectos de su ambiente particular (Becker *et al.*, 1974; Levy, 2011; Mechanic, 1961; Sánchez-Pedreño, s/f; Sirri *et al.*, 2012; Spence *et al.*, 2005). Pese a su carácter idiográfico, las peculiaridades de las enfermedades y su atención parecen

favorecer patrones específicos de comportamiento entre los distintos grupos de pacientes (Galán *et al.*, 2000; Galán *et al.*, 2001). La descripción de estos patrones permite la comprensión del proceso de salud-enfermedad, así como el desarrollo de intervenciones individuales y grupales, multi, inter y transdisciplinarias que facilitan el moldeamiento de conductas instrumentales apropiadas, la adaptación, el cumplimiento terapéutico, la disminución de la vulnerabilidad biológica, la rehabilitación y la gestión de los recursos destinados al cuidado de la salud (Amzat & Razum, 2014; Carrillo & Ordaz, 2020; Levy, 2011; Ribes, 2008; Rodríguez *et al.*, 2012; Sánchez-Pedreño, s/f; Sirri *et al.*, 2012; Spence *et al.*, 2005).

Empero, de acuerdo con Desai *et al.* (2019), Galán *et al.* (2001), Edo y Ballester (2006) y Vinaccia *et al.* (2004) las investigaciones sobre la conducta de enfermedad se han centrado en pacientes con dolor crónico, mareos persistentes, ostomías, enfermedades cardíacas y gastrointestinales, trastorno de pánico, VIH, trasplante renal, cáncer, entre otras condiciones médicas, tanto agudas como crónicas. En cambio, los estudios en población hematológica son, por un lado, muy reducidos, y por el otro, enfocados en aspectos cognitivos y sociales

asociados a padecimientos específicos, o bien, relacionados con condiciones terapéuticas muy particulares como el trasplante de células hematopoyéticas (Bersvendsen *et al.*, 2019; Normen *et al.*, 2016; Silva & Uribe, 2016; Westbrook *et al.*, 2019). En cuanto a las conductas observables, Carrillo y Ordaz (2019) reportan que los pacientes con diagnóstico oncohematológico, cuyos padecimientos presentan mayor tiempo de evolución y que viven en situación de desempleo, obtienen niveles más altos de conductas de enfermedad que disminuyen y limitan sus actividades cotidianas. No obstante, la comparación de acuerdo con otras características ambientales y sociodemográficas como el tipo de escenario en que reciben atención médica, edad, sexo y estado civil, no son descritas por las investigadoras.

Señalar las diferencias en la conducta observable de enfermedad entre los pacientes hematológicos que se encuentran hospitalizados y aquellos que acuden a atención ambulatoria resulta importante debido a que en la práctica hematológica el internamiento del paciente no sólo es altamente frecuente, sino, en muchos casos, es repetitivo, de emergencia y prolongado (Carrillo, 2019). Además, la hospitalización

conlleva una serie de cambios profundos, repentinos en principio, pero gradualmente planificados, en la rutina del paciente, su familia y cuidadores, que van desde el cese de actividades laborales, escolares y/o domésticas hasta las modificaciones permanentes en los roles sociales de los involucrados (Benítez-Agudelo *et al.*, 2016; Nondedeu, 2011). Asimismo, el ambiente hospitalario cuenta con sus propias formas de organización, reglas de convivencia e indicaciones que pueden alterar el funcionamiento, disminuir el rendimiento y dificultar el proceso de adaptación del paciente de acuerdo con las conductas que emita (López, 2007). Adicionalmente, la salida del hospital por alta médica implica el tránsito hacia una modalidad de atención distinta, en la cual, el paciente manifiesta otro tipo de conductas de enfermedad para acudir a seguimientos que se extienden desde un par de meses, hasta varios años e incluso a lo largo de la vida (Bersvendsen *et al.*, 2019; Bravo, 2014; Carrillo, 2019; Carvajal, 2017; Rivera-Fong, 2014).

En cuanto a las variables sociodemográficas, Becker *et al.* (1974) y Mechanic (1961) sostienen que la edad y el sexo deben ser consideradas en la evaluación de la conducta de enfermedad debido a que se han reportado diferencias en la forma en

que hombres y mujeres de diversas edades responden ante un padecimiento, principalmente en lo que respecta a la búsqueda de fuentes de apoyo. Pese a lo anterior, en población hematológica únicamente Westbrook *et al.* (2019) consideran el sexo, edad, estado civil, nivel educativo e ingresos familiares en su análisis de percepciones de enfermedad en pacientes con diagnóstico de leucemia linfocítica crónica. Los investigadores reportan diferencias de acuerdo con el sexo y la edad, pero no para el resto de las variables sociodemográficas.

En vista de los vacíos en el conocimiento de la conducta observable de enfermedad del paciente de hematología, el objetivo del presente trabajo es describir las diferencias en los puntajes obtenidos por 247 pacientes hematológicos en el *Behavioural Responses to Illness Questionnaire* (BRIQ) en función del escenario médico de atención, edad, estado civil y sexo.

## MÉTODO

### *Tipo de estudio*

Transversal, descriptivo-comparativo (Müggenburg & Pérez, 2007).

### *Muestreo*

Intencional, no probabilístico (Hernández, *et al.*, 2005).

### *Participantes*

Participaron 247 pacientes hematológicos, de los cuales, 23 (9.3%) se encontraban en etapa de diagnóstico especializado, 104 (42.1%) en tratamiento o seguimiento de enfermedades benignas de la sangre y 120 (48.6%) con diagnóstico oncohematológico. 143 pacientes (57.9%) refirieron sexo femenino y 104 (42.1%) sexo masculino. Las edades se ubicaron entre 17 y 80 años (ME = 44.48; DE = 17.165). Por subgrupos de edad, la mayoría de los pacientes se concentró en el rango de 38 a 59 años (99 participantes; 40.1%). El resto se distribuyó en los subgrupos de 17 a 37 años (93 pacientes; 37.7%) y de 60 a 80 años (55 participantes; 22.3%). Respecto al estado civil, el 40.1% (99 pacientes) reportó estar casado, el 37.7% (93) soltero, 12.1% (30) refirió unión libre, el 5.7% (14) mencionó encontrarse en estado de viudez, 2.8% (7) aseguró estar separado y el 1.6% (4) comentó estar divorciado. En el momento de la investigación, 86 pacientes (34.8%) se encontraban hospitalizados y 161 (65.2%) no hospitalizados.

### *Instrumentos*

Se empleó el *Behavioural Responses to Illness Questionnaire* (BRIQ) de Spence *et al.* (2005), en su versión traducida al

español, adaptada y validada para pacientes hematológicos mexicanos por Carrillo-Valdez & Ordaz-Carrillo (2020). El cuestionario consta de 15 ítems que evalúan las conductas de enfermedad en cuatro dimensiones: 1) fatiga; 2) conducta limitante; 3) apoyo social y 4) sobre-esfuerzo. La dimensión fatiga mide el grado en los pacientes toman descansos en la realización de sus actividades diarias. La dimensión conducta limitante considera comportamientos de evitación, así como la disminución en el ritmo y nivel de las actividades cotidianas por parte de los pacientes. El apoyo social se refiere a la búsqueda de fuentes de ayuda, principalmente entre familiares y amigos. Finalmente, la dimensión sobre-esfuerzo mide el grado en que los pacientes continúan sus actividades habituales hasta que su realización resulta físicamente imposible. El instrumento emplea una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos, por lo que los puntajes a obtener oscilan entre 15 y 75 puntos, donde a mayor puntaje mayor nivel de conductas de enfermedad. La confiabilidad general de la escala es  $\alpha=.78$  y por dimensión fluctúa entre .66 y .77.

### *Procedimiento*

El estudio formó parte de las actividades asistenciales e investigativas supervisadas en

el marco de un programa de posgrado en psicología, realizadas en el servicio de hematología de un hospital de tercer nivel de atención ubicado en la Ciudad de México.

Los participantes potenciales se identificaron a partir de la revisión de censos diarios de camas y pacientes, listas de asistencia de quimioterapia ambulatoria, agenda de consulta externa y expedientes clínicos. Una vez reconocidos, fueron abordados de manera personal con el fin de solicitar su participación voluntaria. Tanto los fines del estudio como el consentimiento informado e instrucciones de llenado fueron referidos de forma verbal y escrita a cada uno de los pacientes que aceptaron participar. En caso de que el paciente refiriera problemas de visión, o bien, cansancio relacionado con la condición médica, se brindó apoyo mediante la lectura del instrumento y el registro de respuestas. Finalmente, los datos fueron analizados estadísticamente con el programa SPSS, versión 25.

#### *Consideraciones éticas*

Se cumplieron los criterios éticos internacionales de la Declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

En la Figura 1 se observa que los pacientes hospitalizados obtuvieron puntajes totales más altos en el BRIQ (ME = 44.73; DE = 11.11) comparados con los puntajes reportados por los pacientes no hospitalizados o ambulatorios (ME = 38.42; DE = 9.91). La prueba t de Student reveló que las diferencias entre ambos grupos fueron significativas [ $t = 4.444$ ;  $gl = 156.345$ ;  $p = .000$ ].

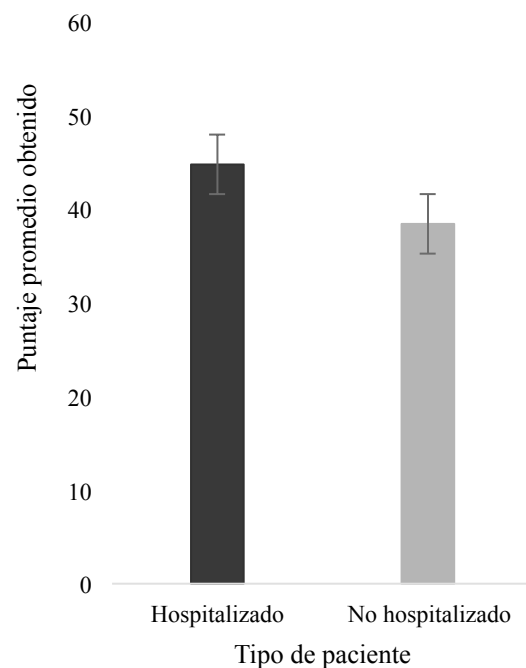


Figura 1. Comparación de puntajes promedio obtenidos en el BRIQ por los pacientes hematológicos hospitalizados y no hospitalizado.

Asimismo, se observaron diferencias en las dimensiones que integran el cuestionario (Ver Figura 2). En la dimensión fatiga los pacientes hospitalizados reportaron ME = 10.93 puntos (DE = 2.922), en conducta limitante el promedio fue de 10.93 puntos (DE = 4.946), en apoyo social ME = 14.87 puntos (DE = 5.344) y en sobre-esfuerzo un promedio de 8 puntos (DE = 3.508). Por otro lado, los pacientes no hospitalizados reportaron una media de 9.58 puntos (DE = 3.251) en la dimensión fatiga; ME = 8.55 puntos en conducta limitante (DE= 3.860), un promedio de 13.11 puntos (DE = 5.037) en apoyo social y una media de 7.14 puntos (DE = 3.328) para sobre-esfuerzo).

Con la prueba t de Student se identificaron diferencias significativas en tres dimensiones: fatiga [ $t = 3.315$ ;  $gl =$

190.377;  $p = .001$ ]; conducta limitante [ $t = 4.170$ ;  $gl = 245$ ;  $p = .000$ ] y apoyo social [ $t = 2.515$ ;  $gl = 165.074$ ;  $p = .013$ ]. En cambio, la dimensión sobre-esfuerzo no mostró diferencias significativas en función del escenario de atención médica ( $p > .05$ ).

Para analizar la variable edad se conformaron tres grupos a partir de las descripciones de Feldman (2007) sobre la adultez. En el grupo uno, o adultez temprana, se consideraron los participantes con edades entre 17 y 37 años. En el grupo dos, mediana edad o adultez intermedia, se contemplaron aquellos que refirieron edades entre 38 y 59 años. Finalmente, en el grupo tres, adultez tardía, se concentraron los pacientes entre 60 y 80 años. Los puntajes promedio obtenidos por los pacientes hematológicos de acuerdo con el grupo de edad que se observan en la Tabla 1.

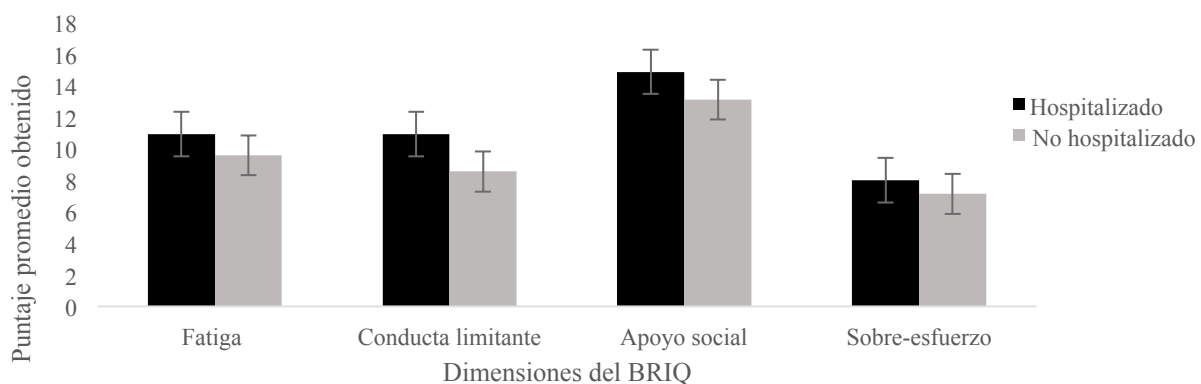


Figura 2. Comparación de puntajes promedio obtenidos en las cuatro dimensiones del BRIQ por los pacientes hematológicos hospitalizados y no hospitalizados.

**Tabla 1**

*Puntajes promedio obtenidos por los pacientes hematológicos en el BRIQ y sus dimensiones de acuerdo con el grupo de edad*

Grupo de edad	Puntaje total		Fatiga		Conducta limitante		Apoyo social		Sobre-esfuerzo	
	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE
17 a 37 años	39.18*	9.139	9.26**	2.616	9.19	3.935	13.59	4.637	7.14	3.027
38 a 59 años	40.2	10.659	10.17	3.175	8.8*	4.368	13.81	5.221	7.42	3.623
60 a 80 años	43.71*	12.656	11.18**	3.777	10.75*	4.993	13.8	6.099	7.98	3.613

Nota: \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

Asimismo, se aplicó un Análisis de Varianza (ANAVAR) a través del cual se encontraron diferencias significativas ( ${}_2F_{244}$ ;  $F = 3.261$ ;  $p = .04$ ) en los puntajes totales del BRIQ de acuerdo con el grupo de edad. En la prueba post hoc de Scheffé se halló que el grupo de adultez temprana (17 a 37 años) mostró diferencias significativas ( $p = .045$ ) con respecto del grupo de adultez tardía (60 a 80 años). Entre los grupos dos y tres no se hallaron diferencias significativas ( $p > .05$ ).

En las dimensiones fatiga y conducta limitante se obtuvieron resultados similares. El grupo de mayor edad puntuó en fatiga una media de 11.18 puntos ( $DE = 3.777$ ) que es mayor al puntaje obtenido por el grupo de

adultez temprana ( $ME = 9.26$ ;  $DE = 2.616$ ) y, de acuerdo con la prueba de ANAVAR ( ${}_2F_{244}$ ;  $F = 6.654$ ;  $p = .002$ ), así como la prueba post hoc de Scheffé ( $p = .002$ ), se trató de una diferencia significativa. En la dimensión conducta limitante el grupo de adultez tardía también presentó mayor puntaje ( $ME = 10.75$ ;  $DE = 4.993$ ), pero con respecto del grupo de mediana edad ( $ME = 8.8$ ;  $DE = 4.368$ ). Igualmente, la prueba ANAVAR ( ${}_2F_{244}$ ;  $F = 3.662$ ;  $p = .027$ ) y la prueba post hoc de Scheffé ( $p = .031$ ) permitieron identificar diferencias significativas entre estos grupos. Las diferencias en las dos dimensiones restantes no fueron significativas ( $p > .05$ ).



**Tabla 2**

*Puntajes promedio obtenidos por los pacientes hematológicos en el BRIQ y sus dimensiones de acuerdo con el estado civil*

Estado civil	Puntaje total		Fatiga		Conducta limitante		Apoyo social		Sobre-esfuerzo	
	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE
Soltero	39.29	10.106	9.71	2.873	8.70	3.964	13.68	5.052	7.20*	3.348
Casado	40.56	11.702	9.97	3.660	9.76	4.779	13.65	5.108	7.18*	3.305
Unión libre	42.97	8.865	10.77	2.800	9.97	4.39	14.23	5.538	8	3.553
Divorciado	31.75	2.754	8.5	1	7	1.826	11	2.944	5.25	1.5
Separado	41.71	11.926	11.57	2.820	8.29	4.536	15.14	6.669	6.71	3.094
Viudo	46.5	9.171	11.07	2.786	11.21	4.458	13.57	6.333	10.64*	3.272

Nota: \* $p < .05$ .

Ahora bien, las medias de los puntajes obtenidos en el instrumento aplicado a los pacientes de hematología por estado civil se resumen en la Tabla 2.

La prueba ANAVAR reveló diferencias significativas únicamente en la dimensión sobre-esfuerzo ( $F_{241}$ ;  $F = 3.386$ ;  $p = .006$ ). A través de la prueba post hoc de Scheffé se identificó que los puntajes de los grupos soltero (ME = 7.20; DE = 3.348;  $p = .026$ ) y casado (ME = 7.18; DE = 3.305;  $p = .024$ ) presentaron diferencias significativas con respecto a los puntajes obtenidos por el grupo viudo (ME = 10.64; DE = 3.272). Entre los demás grupos no se hallaron diferencias significativas ( $p > .05$ ).

Las comparaciones entre los puntajes promedio reportados para el BRIQ y sus dimensiones de acuerdo con el sexo de los pacientes hematológicos evaluados se observan en la Tabla 3. El análisis permitió identificar que, aunque los hombres reportaron puntajes totales más altos (ME = 41.74; DE = 11.709) que las mujeres (ME = 39.77; DE = 9.874), no existen diferencias significativas por sexo ( $p > .05$ ). Tampoco se hallaron diferencias significativas en las dimensiones fatiga y conducta limitante ( $p > .05$ ). Sin embargo, las diferencias sí resultaron significativas en la dimensión apoyo social [ $t = -3.618$ ;  $gl = 245$ ;  $p = 0.000$ ], en la cual los hombres obtuvieron

puntajes más altos (ME = 15.10; DE= 5.521) que las mujeres (ME = 12.73; DE = 4.736). En la dimensión sobre-esfuerzo también se observaron diferencias significativas [ $t = 2.128$ ;  $gl = 245$ ;  $p = 0.034$ ], pero en este caso fueron las mujeres las que obtuvieron puntajes más altos (ME = 7.83; DE = 3.529) que los hombres (ME = 6.90; DE = 3.176).

Finalmente, en la Tabla 4 se presenta la correlación entre los puntajes totales obtenidos por los pacientes que respondieron el BRIQ y la variable edad. Se encontraron correlaciones positivas y significativas, aunque débiles, con el puntaje total del cuestionario ( $r = .158$ ,  $p = .013$ ) y las dimensiones fatiga ( $r = .222$ ,  $p = .000$ ) y sobre-esfuerzo ( $r = .143$ ,  $p = .025$ ).

**Tabla 3**

*Puntajes promedio obtenidos por los pacientes hematológicos en el BRIQ y sus dimensiones de acuerdo con el sexo*

Sexo	Puntaje total		Fatiga		Conducta limitante		Apoyo social		Sobre-esfuerzo	
	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE
Mujer	39.77	9.874	10.01	3.135	9.2	4.398	12.73	4.736	7.83*	3.529
Hombre	41.74	11.709	10.11	3.3	9.63	4.431	15.1**	5.521	6.9	3.176

Nota: \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

**Tabla 4**

*Correlaciones entre puntaje total del BRIQ, sus dimensiones y la edad de los pacientes hematológicos*

Variable	Total	Fatiga	Conducta limitante	Apoyo social	Sobre-esfuerzo
Edad	.158*	.222**	.111	.001	.143*

Nota: \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente reporte fue describir las diferencias en los puntajes obtenidos por 247 pacientes hematológicos en el *Behavioural Responses to Illness Questionnaire* (BRIQ) en función del escenario médico de atención, edad, estado civil y sexo. En cuanto a la primera variable analizada, el que los pacientes hematológicos hospitalizados mostraran niveles más altos de conductas observables de enfermedad relacionadas con fatiga, conducta limitante y apoyo social, en comparación con los pacientes hematológicos no hospitalizados, corrobora que el ambiente hospitalario posee características particulares (Benítez-Agudelo et al., 2016; López, 2007; Nondedeu, 2011) que intervienen en las formas y niveles en que se manifiesta la conducta de enfermedad (Becker et al., 1974; Levy, 2011; Mechanic, 1961; Sánchez-Pedreño, s/f; Sirri et al., 2012; Spence et al., 2005).

Respecto de los puntajes obtenidos por los pacientes hospitalizados en la dimensión fatiga resulta importante señalar dos aspectos que han de ser tomados en cuenta. En primer lugar, Pedraz-Petrozzi (2018) sostiene que hasta el 70% de los pacientes hospitalizados reportan la

presencia de fatiga como parte del curso de la enfermedad, sin importar que se trate o no de una patología en la sangre. En segundo lugar, para el paciente hematológico hospitalizado, las alteraciones citológicas, los métodos de diagnóstico y los efectos físicos de los tratamientos de las hematopatías, especialmente si se recurre a quimioterapia y/o radioterapia, pueden jugar un papel relevante en la necesidad de tomar descansos de las actividades diarias (Carrillo, 2019; Carrillo & Ordaz, 2019; Morales-Soto et al., 2018; Nondedeu, 2011; Vargas et al., 2015). Es por esa razón que se sugiere que en futuras investigaciones se profundice en la evaluación de esta dimensión de la conducta de enfermedad, con el fin de diferenciar las respuestas estrictamente psicológicas de aquellas que son efecto de las alteraciones biológicas derivadas de la enfermedad, así como dilucidar la manera en que se vinculan las condiciones del organismo con el comportamiento del individuo (Carrillo-Valdez & Ordaz-Carrillo, 2020; Pedraz-Petrozzi, 2018; Ribes, 2008).

En cuanto al hallazgo de puntajes más altos en conducta limitante por parte de los pacientes hospitalizados, es evidente que el ingreso al centro hospitalario exige la disminución inmediata del rendimiento

físico, la evitación de actividades cotidianas, cambio de roles, seguimiento de reglas y establecimiento de nuevas rutinas (Carrillo, 2019; Carvajal, 2017; Nondedeu, 2011; López, 2007; Rivera-Fong, 2014). La limitación en las conductas motoras del paciente hematológico es más frecuente debido a la prescripción de reposo absoluto, las largas estancias hospitalarias y el uso de ciertos fármacos que alteran la funcionalidad del paciente (Benítez-Agudelo *et al.*, 2016; Carrillo, 2019). Cabe señalar que niveles disfuncionales de conducta limitante, en los que el paciente mantiene inmovilidad total y desuso prolongados, aumentan la probabilidad de desarrollar síndrome de desacondicionamiento físico y otras complicaciones asociadas (Cardona *et al.*, 2014). Es por ello que se ha buscado disminuir los niveles de conducta limitante de los pacientes hematológicos hospitalizados mediante el aumento en la frecuencia y duración de actividades intrahospitalarias (Carrillo, 2019; Cortés-Reyes *et al.*, 2013). No obstante, se trata de una línea de investigación que requiere más estudios, tanto para la evaluación como para la intervención.

Por otro lado, la obtención de puntajes más altos en la dimensión apoyo social por parte de los pacientes

hospitalizados parece estar asociada al hecho de que permanecer en internamiento se considera una situación complicada que limita la funcionalidad del paciente y, por ende, requiere ayuda para realizar sus actividades diarias; así pues, la persona hospitalizada busca apoyo, principalmente, entre los miembros de su familia, los cuales constituyen una fuente de fácil acceso comparada con otros grupos sociales (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015; Gutiérrez *et al.*, 2016). Diversos autores coinciden en que la búsqueda de apoyo social es imprescindible para la pronta recuperación del paciente hospitalizado, ya que se relaciona con mayor obtención de reforzadores positivos, mejor adaptación ante la enfermedad y menor intensidad de respuestas emocionales durante el internamiento (Carrillo-Valdez & Ordaz-Carrillo, 2020; Gutiérrez *et al.*, 2016; Preciado-Duarte, *et al.*, 2016; Roure *et al.*, 2002). Conviene subrayar que gran parte de estas investigaciones se enfocan en aspectos subjetivos de la búsqueda de apoyo social en la enfermedad, de ahí la necesidad de realizar más investigación sobre los componentes y efectos objetivos de esta dimensión.

Ahora bien, la similitud en los puntajes obtenidos en la dimensión

sobre-esfuerzo entre los pacientes hospitalizados y no hospitalizados parece estar relacionada con los procesos psicológicos que vinculan las condiciones biológicas del organismo con las conductas del individuo y que tienen lugar en un medio sociocultural; específicamente, con la historia interactiva del individuo (Ribes, 2008). El que los participantes, independientemente de su condición médica, continúen sus actividades habituales hasta que les resulta físicamente imposible da cuenta, de acuerdo con Ribes (2008), de las formas en que se han comportado en el pasado ante situaciones de persistencia o logro (Ribes, 2008). Dicho en otras palabras, el hecho de que los pacientes hematológicos evaluados mantengan un rol activo en la realización de ciertas actividades diarias a pesar de que éstas les demanden un esfuerzo cada vez mayor, parece tener como base los antecedentes interactivos que, según Piña (2008) y Ribes (2008), intervienen en las interacciones con las situaciones actuales aunque éstas puedan no ser funcionales y, eventualmente, perjudiquen su salud. Por tanto, el hallazgo de la presente investigación parece apoyar el supuesto de que la conducta de enfermedad es aprendida (Becker *et al.*, 1974; Mechanic, 1961); no obstante, se sugiere realizar más estudios

orientados a la historia interactiva y su papel en la salud biológica, particularmente del paciente de hematología.

La variable edad también es una característica importante en las conductas de enfermedad (Becker *et al.*, 1974; Mechanic, 1961). Los resultados de esta investigación dejan ver que a partir de los 60 años los pacientes hematológicos evaluados presentaron puntajes más altos en conductas de enfermedad relacionadas con fatiga y conducta limitante que los grupos más jóvenes. Sin embargo, es importante considerar que la longevidad se relaciona con la afectación general de la salud de los adultos mayores y la disminución del rendimiento (Feldman, 2007). Es más, el envejecimiento, como proceso natural, conlleva cambios en los sistemas hematopoyético e inmunológico que dan lugar a ciertas condiciones hematológicas (González & Cardentey, 2018; Morales-Borges, s/f; Pedraz-Petrozzi, 2018). Adicionalmente, los pacientes en adultez tardía o tercera edad cuentan con más de un diagnóstico médico (multimorbilidad), aunado a diversos síndromes geriátricos que disminuyen la capacidad funcional general del paciente (Luna *et al.*, 2018). Por lo tanto, es conveniente desarrollar más investigaciones en esta línea que permitan

discriminar las conductas de fatiga y limitantes propias del padecimiento hematológico de aquellas asociadas a otros padecimientos y/o la edad biológica del paciente (Martínez-Acosta *et al.*, 2017).

Al mismo tiempo, en la muestra estudiada se encontró que los pacientes hematológicos viudos reportaron mayor nivel de conductas de enfermedad asociadas a sobre-esfuerzo que los pacientes casados y/o solteros. Este resultado puede estar asociado con la historia interactiva, como se explicó en líneas previas, así como con el concepto de situación propuesto por Ribes (2008). Para entender este último punto es necesario tener en cuenta que la viudez es una circunstancia social, casi siempre acompañada por soledad objetiva, disminución de recursos económicos, falta de cuidado proporcionado por otros y abandono (Lasagni *et al.*, 2014; Montes de Oca, 2011; Zúñiga *et al.*, 2012). Dicha situación impone, por sí misma, nuevas demandas (Feldman, 2007), nuevas relaciones contingenciales que configuran el contexto de interacción e intervienen en la competencia funcional del individuo (Ribes, 2008). Pero, dado que la enfermedad biológica también tiene un papel importante en la definición del contexto y en las respuestas del individuo, en la combinación

enfermedad-viudez tiene lugar una situación problemática en la cual el individuo no puede evitar responder aunque las indicaciones y consecuencias se opongan entre sí (Ribes, 2008); por tanto, la situación del paciente viudo hematológico incide en el mantenimiento de sus actividades cotidianas a pesar de un estado de salud desmejorado.

Por otro lado, en el análisis de la variable sexo se encontró que los hombres diagnosticados con una enfermedad hematológica realizan más conductas orientadas a la búsqueda de apoyo social, mientras que las mujeres se sobre-esfuerzan. En lo que respecta a la búsqueda de apoyo social, la Academia Nacional de Medicina de México (2014) sostiene que es común que las mujeres soliciten atención médica inicial con mayor frecuencia, expresen más síntomas de malestar, comenten sus problemas de salud con sus redes sociales y se muestren más realistas ante la enfermedad y su propia vulnerabilidad biológica; por el contrario los hombres tratan de minimizar sus problemas de salud, es decir, evitan la atención médica en el nivel primario, de forma que la demanda de apoyo social tiene lugar hasta los niveles secundario y terciario de atención (Preciado-Duarte *et al.*, 2018).

En cuanto al sobre-esfuerzo, Amzat y Razum (2014), así como el Centro Nacional

de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2008), señalan que la sobrecarga de actividades y la asignación de tareas de cuidado y trabajo doméstico, adicional a la inserción en la actividad económica, han propiciado que las mujeres muestren niveles bajos de incapacidad para el desarrollo de sus labores cotidianas (Academia Nacional de Medicina de México, 2014), en otras palabras, aún enfermas, continúan con sus rutinas habituales porque esa es la forma en que han interactuado con el ambiente (Ribes, 2008). Los argumentos anteriores parecen explicar las diferencias en la búsqueda de apoyo social y sobre-esfuerzo mostrada por los hombres y mujeres evaluados en la presente investigación.

Por último, resulta conveniente señalar dos limitaciones importantes para el presente estudio, una metodológica y otra teórico-conceptual. La primera limitación tiene que ver con el muestreo intencional, el cual incrementa las posibilidades de describir las características de la muestra en lugar de la población blanco, así los resultados deben tomarse con reserva, principalmente los de correlación que se mostraron muy débiles (Carrillo-Valdez & Ordaz-Carrillo, 2020). La segunda limitación se refiere al concepto que se retoma de conducta de enfermedad. Éste no deriva de

un modelo teórico específico; de hecho, es frecuente que se resalten los aspectos cognitivos del constructo y se lo circunscriba en diversos modelos de salud (Amzat & Razum, 2014; Carrillo-Valdez & Ordaz-Carrillo, 2020; Galán *et al.*, 2000; Galán *et al.*, 2001; Khoso *et al.*, 2016; Larsen, 2009; Sánchez-Pedreño, s/f; Spence *et al.* 2005). Por lo tanto, la evaluación de la conducta observable de enfermedad es una línea de investigación abierta que requiere la conceptualización de este tipo de comportamientos desde un modelo psicológico de la salud biológica como el propuesto por Ribes (2008). Dado que la conducta de enfermedad se manifiesta en las distintas etapas del proceso de pérdida, adaptación y recuperación de la salud, se sugiere realizar una revisión exhaustiva del modelo psicológico mencionado, que incluya no sólo de los resultados -en términos de las conductas asociadas a patología biológica-, sino también de los procesos psicológicos que interactúan en las respuestas de las personas enfermas.

A pesar de las limitaciones, se concluye que la hospitalización, la adultez tardía, el sexo y la viudez, son factores que favorecen las diferencias en la emisión de conductas observables de enfermedad reportadas por los pacientes hematológicos

evaluados; principalmente en aquellos comportamientos relacionados con los descansos, la evitación y la disminución en el ritmo y nivel de las actividades diarias. Se considera que estos resultados aportan a la mejora de los procesos de evaluación e intervención conductuales en escenarios de salud-enfermedad, ya que la diferenciación de las respuestas de enfermedad entre los distintos grupos de pacientes puede contribuir a la discriminación entre niveles de comportamientos funcionales y disfuncionales, así como al desarrollo de intervenciones personalizadas y grupales para facilitar la adaptación, el cumplimiento terapéutico y la disminución de secuelas (Becker et al., 1974; Carrillo & Ordaz, 2019; Galán et al., 2000; Galán et al., 2001; Grady & Gough, 2015; Levy, 2011; Rodríguez et al., 2012; Sánchez-Pedreño, s/f; Silva & Uribe, 2016; Sirri et al., 2012; Spence et al. 2005).

## REFERENCIAS

Academia Nacional de Medicina de México. (2014). El hombre y la mujer enferman en forma diferente. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la ANMM*, 57(2), 53-56.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/acmed/un-2014/un142i.pdf>

Acha, T. (2015). Diagnóstico precoz y signos de alarma en oncohematología pediátrica. En AEPap (ed.), *Curso de Actualización Pediatría 2015* (p. 177-186). Lúa Ediciones 3.0.

Amzat, J., & Razum, O. (2014). Health Behaviour and Illness Behaviour. In J. Amzat & O. Razum (eds.), *Medical Sociology in Africa* (pp. 39-59). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-03986-2\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-03986-2_3)

Báez, C. (2015). Estudian incremento de la mortalidad por leucemia linfoblástica en México. <http://www.cienciamx.com/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. <https://doi.org/10.2105/ajph.64.3.205>

Benítez-Agudelo, J. C., Barceló-Martínez, E. A., & 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.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922016000400012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400012)
- Benítez-Aranda, H. (2002). Epidemiología de las enfermedades hematológicas. *Gaceta Médica de México*, 138(S1), S12.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gms021g.pdf>
- Bersvendsen, H. S., Haugnes, H. S., Fagerli, U-M., Fluge, Ø., Holte, H., Smeland, K. B., Wilsgaard, T., & Kiserud, C. E. (2019). Lifestyle behavior among lymphoma survivors after high-dose therapy with autologous hematopoietic stem cell transplantation, assessed by patient-reported outcomes, *Acta Oncologica*, 58(5), 690-699,  
<https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1558370>
- 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), Qartuppi.
- Carrillo, L. (2019). *Tratamiento multicomponente para sintomatología ansioso-depresiva y actividad motora en pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados* [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México. TESIUNAM.
- Carrillo-Valdez, L., Escamilla-Gutiérrez, M. L., & Moreira-Ponce, C. L. (2020). Psychological evaluation in Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 2(3), 1-6.  
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/jbapr/article/view/4720/7247>
- Carrillo, L., & Ordaz, M. I. (2019). Análisis comparativo de la conducta ante la enfermedad entre pacientes hematológicos oncológicos y no oncológicos. *Eureka. Revista de Investigación Científica en Psicología*, 16(2), 109-126.  
<https://www.psicoeureka.com.py/site>

- [s/default/files/articulos/eureka-16-2-13.pdf](https://default/files/articulos/eureka-16-2-13.pdf)
- Carrillo-Valdez, L., & Ordaz-Carrillo, M. I. (2020). Adaptación y validación del Cuestionario de Respuestas Conductuales ante la Enfermedad para pacientes hematológicos. *Psicología y Salud*, 30(2), 287-296. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicyasalud/article/view/2664/4523>
- Cardona, E., González, A., Padilla, G., Páez, S., Alejo, L., & Rodríguez, Y. (2014). Alteraciones asociadas al desacondicionamiento físico del paciente crítico en la unidad de cuidado intensivo. Revisión sistemática. *Movimiento Científico*, 8(1), 131-142. <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.08114>
- Carvajal, C. (2017). El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 841-848. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.010>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2008). Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/14467/EG\\_Guia\\_tomadores\\_decisiones.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/14467/EG_Guia_tomadores_decisiones.pdf). ISBN 970-721-233-0
- Colunga-Pedraza, P. R., Gómez-Cruz, G. B., Colunga-Pedraza, J. E., & Ruiz-Argüelles, G. J. (2018). Geographic Hematology: Some Observations in Mexico. *Acta Haematologica*, 140, 114-120. <https://doi.org/10.1159/000491989>
- Cortés-Reyes, É., Escobar-Zabala, P. y González-García, L. (2013). The effect of game-based exercise on infant acute lymphocytic leukaemia patients. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(4), 49-355. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/42772/47610>
- Desai, G., Chaturvedi, J., & Chaturvedi, S. K. (2019). Illness Behavior among Patients with Medically Unexplained Dizziness. *Indian Journal of Otolaryngology*, 25, 78-80. <http://www.indianjotol.org/article.asp?issn=0971->

[7749;year=2019;volume=25;issue=2;spage=78;epage=80;aulast=Desai](#)

- Duque, J. (2002). Factores ambientales, neoplasias hematológicas y mecanismos moleculares. *Gaceta Médica de México*, 138(S1), S13-14. <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gms021g.pdf>
- Edo, M. T., & Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología Y psicología Clínica*, 11(2), 79-90. [https://www.aepcp.net/arc/02.2006\(2\).Edo%20y%20Ballester.pdf](https://www.aepcp.net/arc/02.2006(2).Edo%20y%20Ballester.pdf)
- Feldman, R. S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. Pearson Educación.
- Galán, A., Blanco, A., & 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. [https://www.um.es/analesps/v16/v16\\_2/05-16\\_2.pdf](https://www.um.es/analesps/v16/v16_2/05-16_2.pdf)
- Galán, A., Pérez, M. A., & Blanco, A. (2001). La Conducta de Enfermedad: análisis de su capacidad para caracterizar grupos de enfermos a nivel psicosocial. *Psicothema*, 13(1), 63-67. <http://www.psicothema.com/pdf/414.pdf>
- González, R., & Cardentey, J. (2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista Findlay*, 8(2), 103-110. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n2/rf05208.pdf>
- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2015). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(3), 197-194. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9181/v37n3a09.pdf>
- Gutiérrez, R., Díaz, K. Y., & Román, R. P. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076002>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Selección de la muestra. En R. Hernández, C. Fernández y P. Baptista (eds.), *Metodología de la*

- Investigación* (pp. 235-270). McGraw-Hill Interamericana. [/d1723bc89dacd7cfe9cf0460190fb9f71a25.pdf](#)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Estadísticas a propósito del... día mundial contra el cáncer (4 de febrero) Datos nacionales. [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf)
- Instituto de las Mujeres. (2015). Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101244.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf)
- 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. <https://doi.org/10.1080/00039896.1966.10664365>
- Khoso, P. A., Yew, V. W. C., & Mutalib, M. H. A. (2016). Comparing and contrasting health behaviour with illness behaviour. *E-Bangi. Journal of Social Sciences and Humanities*, 11(2), 578-589. <https://pdfs.semanticscholar.org/c683>
- Larsen, P. D. (2009). Illness Behavior. In P.D. Larsen & I. M. Lubkin (eds.), *Chronic Illness. Impact and Intervention* (pp. 25-42). Jones & Bartlett Publishers.
- Lasagni, V. X., Tuzzo, M. R., Aristizábal-Vallejo, N., Bernal, R., Heredia, D., Muñoz, L. M., Palermo, N., Torrealba, L. M., Crespo, E., Palacios, M., & Villarroel, C. I. (2014). Viudez y Vejez en América Latina. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 17(1), 09-26. [http://www.dedicaciontotal.udelar.edu.uy/adjuntos/produccion/1603\\_academicas\\_academicaarchivo.pdf](http://www.dedicaciontotal.udelar.edu.uy/adjuntos/produccion/1603_academicas_academicaarchivo.pdf)
- Levy, R. L. (2011). Exploring the Intergenerational Transmission of Illness Behavior: From Observations to Experimental Intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(2), 174–182. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9254-9>
- Licona, I. (2017). Leucemia y Linfoma no-Hodgkin, frecuentes en población mexicana. <http://www.puntopunto.com/opinion/hablemos-de-cancer-sin->

[miedo/leucemia-y-linfoma-no-hodgkin-frecuentes-en-poblacion-mexicana/](#)

López, I. (2017). En México hay 13 mil 875 casos de enfermedades hemato-oncológicas.

<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.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007000500001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001)

Losa, V., Herrera, M., Cabello, I., & Navas, P. I. (2016). Diagnóstico precoz de cáncer en Atención Primaria. *Pediatría Integral*, 20(6), 367-379.

[https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx06/02/n6-367-379\\_VanesaLosa.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx06/02/n6-367-379_VanesaLosa.pdf)

Luna, M., Casas, A., Antón, K., Bruiget, S., Burneo, M. C., Campos, M. I. y Runzer-Colmenares, F. M. (2018). Síndromes geriátricos, los grandes ausentes en los índices de comorbilidad usados para determinar

el riesgo de desarrollar demencia. *Acta Médica Peruana*, 35(3), 189-90.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n3/a09v35n3.pdf>

Martínez-Acosta, G., Rubio-Anguiano, B.L., López-Salvio, Y.M., Guillen-Rivera, S.L., Nava-Zavala, A.H., & Rubio-Jurado, B. (2017). Aspectos geriátricos en las neoplasias hematológicas. *El Residente*, 12(1), 4-17.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2017/rr171b.pdf>

Mechanic, D. (1961). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 189-194.  
[https://doi.org/10.1016/0021-9681\(62\)90068-1](https://doi.org/10.1016/0021-9681(62)90068-1)

Montes de Oca, V. (2011). Viudez, soledad y sexualidad en la vejez: mecanismos de afrontamiento y superación. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14(5), 73-107.  
[http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/viudez\\_soledad\\_sex.pdf](http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/viudez_soledad_sex.pdf)

Morales-Borges, R. H. (s/f). Enfermedades de la sangre más comunes en el envejecimiento su diagnóstico y tratamiento incluyendo un análisis

- comprendivo. *Galenus. Revista para los médicos de Puerto Rico*, 2(4). <http://www.galenusrevista.com/?Enfermedades-de-la-sangre-mas>
- Morales-Soto, M., Haro-Cruz, J. S., Morán-Villanueva, E. D., De Anda-Hidalgo, M., Pelayo-Rubio, F., Zalapa-Gómez, D., Ortiz-Razo, A. G., Verboonen-Salgado, B. A., Guzmán-Ortiz, L. A., Gutiérrez-Caballero, T. G., Guerrero-Acosta, J. C., Campos-Gutiérrez, L. G., & Gutiérrez-Padilla, J. A. (2018). Epidemiología de enfermedades hematológicas en un hospital de tercer nivel del occidente de México. *Revista Médica MD*, 10(1), 24-28. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2018/md181f.pdf>
- Müggenburg, M. C. & Pérez, I. (2007). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4(1), 35-38. <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741821004.pdf>
- Nondedeu, D. (2011). Cambios en el rol social del paciente oncohematológico: un estudio de caso. *Index de Enfermería*, 20(3), 165-168. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000200006>
- Normen, M., Veeraiah, S., & Ganesan, P. (2016). Living with chronic myeloid leukemia in India—an exploratory study, *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.4202>
- Pedraz-Pretozzi, B. (2018). Fatiga: historia, neuroanatomía y características psicopatológicas. Una revisión de la Literatura. *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(3), 174-182. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i3.3385>
- Piña, J. A. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7(1), 19-32. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64770103.pdf>
- Preciado-Duarte, N. Y., Trujillo-Madrigal, D., & Rojas-Espitia, H. F. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en el proceso de hospitalización de la Sociedad de Cirugía Hospital de San José de la ciudad de Bogotá-Colombia. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 12(1), 71-87.

- <https://doi.org/10.21500/19002386.3263>
- Prior, K. N., & Bond, M. J. (2017). Patterns of 'Abnormal' Illness Behavior among Healthy Individuals. *American Journal Health Behavior*, 41(2), 139-146. <https://doi.org/10.5993/AJHB.41.2.4>
- Provan, D., Baglin, T., Dokal, I., & 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). Elsevier.
- Ribes, E. (2008). *Psicología y Salud*. Trillas.
- 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), Qartuppi.
- Rodríguez, R., García, H., Barbero, J., Bajo, M. A., Sánchez, R., Del Peso, G., González, E., & Selgas, R. (2012). Propiedades psicométricas preliminares de un cuestionario multidimensional de adaptación a la enfermedad para pacientes onco-hematológicos (CMAE-OH) adaptado a pacientes renales en diálisis (CMAE-RD). *Psicooncología*, 9(2-3), 369-391. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2013.v9.n2-3.40907](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40907)
- Roure, R. M., Reig, A., & Vidal, J. (2002). Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(2), 79-85. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16904/1/Abilio\\_Reig\\_Percepcion\\_apoyo.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16904/1/Abilio_Reig_Percepcion_apoyo.pdf)
- 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). UNAM. [http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I\\_SM\\_53-56.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_53-56.pdf)
- Silva, C. S., & 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. <https://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.  
<https://doi.org/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.  
<https://doi.org/10.1017/s0033291704003484>
- Unidos Trasplante de Médula Ósea. Francisco Cásares Cortina. (2019). Un problema de salud.  
[http://uni2.org.mx/problema\\_salud.php](http://uni2.org.mx/problema_salud.php)
- Vargas, C., Uclés, V., Argüelles, A. B., & 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.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2015/ucr154f.pdf>
- Vinaccia, S., Contreras, F., Bedoya, M. C., Carrillo, L. M., Cuartas, M. J., López, N., & Cano, É. J. (2004). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales-*Psicología y Salud*, 14(1), 31-34.  
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/864>
- Westbrook, T. D., Morrison, E. J., Maddocks, K. J., Awan, F. T., Jones, J. A., Woyach, J. A., Johnson, A. J., Byrd, J. C., & Andersen, B. L. (2019). Illness Perceptions in Chronic Lymphocytic Leukemia: Testing Leventhal's Self-regulatory Model. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 53(9), 839–848.  
<https://doi.org/10.1093/abm/kay093>
- Zúñiga, A., Pasquel, P. E., y Zamora, A. (2012). Percepción del adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por sus familiares. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 20(4), 134-139.  
<http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-134.pdf>