

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**“VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE ADAPTACIÓN
PSICOSOCIAL A LA ENFERMEDAD FÍSICA EN
PACIENTES CON DIABETES TIPO 2”**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
FABIOLA TAFOYA RAMOS**

**DIRECTOR:
M. EN C. MARIO E. ROJAS RUSSELL**

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A DIOS:

Por permitirme llegar hasta aquí.
Por dejar que ella siga a mi lado y
dar esperanza a mi vida.

A TRINO Y SARA, MIS PADRES:

Por ser las personas a quienes más amo en el mundo.
Gracias por su amor, apoyo, confianza y
por enseñarme a ser lo que soy.

A MIS HERMANOS:

Paty, Chely, Jorge y Edgar,
cada uno de ustedes es una
fuente de inspiración en mi vida.
Gracias por su apoyo incondicional,
los quiero mucho.

A MI AMIGO DE TODA LA VIDA,
Víctor: Gracias por estar a mi lado
y **A MI GRAN AMIGO,** Cesar:
Gracias por tu amistad y paciencia.

A MIS ÁNGELES TERRENALES:

Camerlita y Sarita, por ser excelentes
profesionistas e increíbles amigas.
Gracias por su apoyo.

A MIS SINODALES:

Mario, Bertha, Elieser, Alma y Margarita.
Gracias por la disposición y el tiempo invertido en mi.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
I. PROPIEDADES DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	5
TÉCNICAS PARA EVALUAR LA ADAPTACIÓN DE UN INSTRUMENTO	5
CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO	7
VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO	10
ANÁLISIS FACTORIAL	15
II. ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL EN DIABETES TIPO 2	17
GENERALIDADES SOBRE DIABETES MELLITUS	17
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DIABETES MELLITUS	19
ESTRÉS Y ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL	21
ADAPTACION PSICOSOCIAL EN DIABETES MELLITUS 2	24
III. ESCALAS DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL A LA ENFERMEDAD FÍSICA.	32
ESTADO ACTUAL DE LAS ESCALAS DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL.	32
CARACTERÍSTICAS DE LA ESCALA DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL A LA	
ENFERMEDAD FÍSICA	37
ESTRUCTURA DEL PAIS-SR	38
CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN	44
ESTANDARIZACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL PAIS	45
OBJETIVOS	49
MÉTODO	50
RESULTADOS	55
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	69
ANEXOS	76
REFERENCIAS	87

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue establecer la confiabilidad (consistencia interna) y validez de constructo del PAIS-SR o Escala de adaptación Psicosocial a la Enfermedad Física (versión auto-aplicable) en una muestra de pacientes mexicanos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). METODO. El instrumento se aplicó a 332 pacientes con diagnóstico de DM2, del Hospital Central Norte (HCN) de PEMEX. Dichos pacientes tuvieron un promedio de evolución de la enfermedad de 86.75 meses, una edad promedio de 59.89 años, la mayoría se dedicaban al hogar y el número de mujeres fue mayor al de hombres. Una parte importante de los sujetos contaban con estudios y eran personas casadas. Se les aplicó el PAIS-SR, el cual es un cuestionario de 46 reactivos contenidos en 7 dominios que miden la adaptación psicosocial a la enfermedad física, y el Cuestionario de Percepción de Estrés (CPCE), el cual mide estrés basado en la percepción de control. Como parte de la labor hospitalaria se formaron grupos psicoeducativos para pacientes con DM2, a los cuales se les aplicaron los inventarios en una sola sesión. Se realizó un análisis factorial del *PAIS-SR* con el cual se obtuvieron 7 factores, las escalas de *Relaciones Sexuales* y *Entorno Social* quedaron intactas, la escala de *Malestar Psicológico* quedó con los ítems originales pero se agregó un ítem de la escala de *Conciencia del Cuidado de su Propia Salud* (dicha escala se dividió en dos), la escala de *Relaciones Familiares Más Allá de la Familia Nuclear* se combinó con algunos ítems de la escala de *Ámbito Doméstico* y *Ámbito Profesional*. Dos ítems (2.6 y 3.8) no cargaron en ningún factor. El análisis de confiabilidad para el *PAIS-SR* según las cargas factoriales obtenidas en este estudio, tuvo una confiabilidad general de .93. Se realizó una correlación entre el *PAIS-SR* (total y por escalas) y el CPCE, las correlaciones fueron estadísticamente significativas, es decir a mayor desadaptación psicosocial, mayor estrés. El *PAIS-SR* es un instrumento válido y confiable para la población de Diabetes Mellitus tipo 2 del HCN de PEMEX.

Descriptores: PAIS-SR, Diabetes Mellitus 2, confiabilidad, validez.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país lo constituye la Diabetes Mellitus, enfermedad crónico-degenerativa, con características de epidemia. En México, la diabetes ha aumentando su prevalencia, situándose como la primera causa de mortalidad a nivel nacional para el 2003 aun sin considerar muchos de los casos de muerte resultado de complicaciones propias de la enfermedad que no se contabilizan como muerte por diabetes (Alpizar 2001). Lo anterior señala la importancia de tomar acciones dirigidas hacia la promoción prevención y tratamiento de esta enfermedad.

La atención a la salud se ha ido centrando en metas modestas y realistas, empezando por identificar realmente cuál es el problema para lograr un nivel satisfactorio de funcionamiento en el paciente dentro de las limitaciones impuestas por su trastorno. Sin embargo, cada vez es más evidente la necesidad de medidas o indicadores que brinden índices válidos y confiables de las necesidades o problemas del individuo y así poder: 1) delimitar las condiciones que contribuyen al inicio y mantenimiento de la enfermedad; 2) facilitar un elevado nivel de predicción acerca del curso futuro del trastorno; 3) proporcionar una orientación al profesional para planificar y regular una intervención que regule la condición patológica y 4) proveer un lenguaje común que facilite la comunicación inter-profesional.

El hecho de que las causas fundamentales de las enfermedades crónicas sean los factores ambientales y el estilo de vida (estrés, dieta inadecuada, sedentarismo, etc.), explican por que estas variables impactan el desarrollo de la enfermedad. Por tal motivo es importante incidir en factores modificables que conlleven a cambios radicales en el estilo de vida, tomando en cuenta las

características socioambientales y la importancia de la intervención farmacológica, para disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste, retarde su aparición o curse con una evolución más favorable. Por tal motivo la importancia de identificar factores de riesgo, que permitan actuar con anticipación y disminuir los riesgos de la población. Rodríguez-Marín (1995) señala que la adaptación del enfermo crónico resulta de una situación en la cual la persona ha renunciado a falsas esperanzas, ha suprimido desesperanzas destructivas y ha reestructurado su circunstancia para desenvolverse en ella con la mayor eficacia posible. Por su parte Islas y Lifshitz (1993) señalan la importancia de la adaptación emocional, ya que esta se dificulta por las medidas cotidianas para el control del padecimiento, además la cuestión de la autoimagen muchas veces devaluada por el propio padecimiento. El aprovechamiento de los recursos internos del paciente y de su grupo familiar favorece la aceptación del padecimiento como parte del vivir diario.

Existe evidencia, sobre todo clínica de la utilidad del PAIS-SR (Bohachick, Reeder, Taylor y Anton, 2001; De-Nour, 1982; Gilbar y De-Nour, 1989; Lewis y Bell, 1995; Peleg-Oren, Sherer y Soskolne, 2003; Stubbing, Haalboom y Barr, 1998; Weir, Browne, Tunks, Gafni y Roberts, 1996 y Willoughby, Kee, Demi y Parker, 2000). Por lo que en este trabajo se ha elegido la validación del PAIS-SR, escala multidimensional diseñada para evaluar la adaptación psicológica y social de los pacientes ante la enfermedad física. Dicha escala contiene siete dominios que definen la adaptación psicosocial a la enfermedad física.

Los apartados de este trabajo comienzan por delimitar las propiedades de un instrumento de medición, que comprenden las técnicas para evaluar la

adaptación de un instrumento y los valores de confiabilidad y validez con que debe contar un instrumento.

Otro apartado muestra las generalidades sobre la Diabetes Mellitus, es decir su diagnóstico, clasificación y complicaciones médicas. Un componente desencadenante y que ayuda al mantenimiento (o complicación) de la enfermedad es el estrés, por lo que se incluye una revisión de la relación entre la enfermedad y el estrés. Además se analiza el concepto de adaptación, donde se indican las áreas en las que el individuo tiene que funcionar adecuadamente y cuáles son las tareas implicadas para que el paciente pueda conseguir una mejor adaptación a su enfermedad.

En el último apartado se hace una revisión de los instrumentos utilizados para medir la adaptación resaltando las áreas que evalúan (física, psicológica y social) y los pacientes en que se han utilizado. Posteriormente se habla del PAIS-SR, de su estructura, su calificación e interpretación y de cómo dicho instrumento es idóneo para medir adaptación psicosocial en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Existe evidencia, sobre todo clínica, de la utilidad del PAIS-SR para medir el nivel de ajuste psicosocial a la enfermedad física

El objetivo del trabajo fue estimar los valores de confiabilidad y validez de constructo del PAIS-SR con pacientes con diagnóstico de DM2. Contar con un instrumento válido y confiable permitirá arrojar datos acerca del nivel de adaptación del paciente a su enfermedad, especificando el área o áreas problema para una futura intervención.

I. PROPIEDADES DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Cuando se construyen o adaptan escalas psicológicas es importante recordar que las personas que contestan el instrumento pueden no entender la información como quien hizo el instrumento. Los cuestionados pueden comprender las instrucciones y entender las preguntas que ellos están contestando, pero podría ser que los resultados tengan poca validez o confiabilidad. En este sentido un instrumento de medición tiene que contar con una adecuada adaptación, además de ser válido y confiable (Sotelo y Maupame, 1999).

TÉCNICAS PARA EVALUAR LA ADAPTACIÓN DE UN INSTRUMENTO

Bradley (1996) señala las siguientes técnicas para adaptar un instrumento:

1. Evaluación subjetiva. Se pueden hacer evaluaciones subjetivas del estilo y contenido del instrumento, y al leerlo tomar una decisión, acerca de si se utiliza o no ese test. Pueden usarse múltiples lectores para calificar el texto y tomar en cuenta si cada uno de ellos cree que el instrumento es confiable. Tales juicios subjetivos son importantes para ver si las preguntas utilizadas están siendo bien formuladas y familiarizadas de acuerdo a lo investigado. Es importante que el instrumento adaptado sea contestado por el grupo de población de interés, personas o investigadores empapados con el tema a estudiar, los cuales den su opinión acerca del significado de las preguntas. Estas evaluaciones alertan al investigador para percatarse si puede haber un problema en la aceptabilidad del instrumento.

2. Técnica de pregunta y respuesta. Independientemente de los lectores que son requeridos para leer el texto y responder a las preguntas del

instrumento, aquí lo importante es ver la habilidad de los lectores para responder a las cuestiones y la habilidad para identificar palabras redundantes, factores que pueden influir en las respuestas.

3. Técnica de conteo rápido. En general estas técnicas requieren un cálculo del número de oraciones, palabras, sílabas o letras en la muestra del texto y consultar tablas preconstruidas o gráficas para interpretar los resultados. Mientras tales técnicas pueden tener la ventaja de simplificar de lo extenso a lo exacto, tal ventaja podría llevar a pérdida de información.

4. Técnica de completar y cerrar oraciones. Esta técnica requiere que las palabras estén a la izquierda, fuera del texto, y los respondientes tienen que llenar los huecos. El completar la oración ha sido modificado por la técnica de "cierre". La técnica de "cierre" requiere remover aproximadamente un 20% de cualquiera de las palabras del texto, de acuerdo a la puntuación o sistemáticamente. La adaptabilidad es evaluada con los sujetos que llenan los espacios y entonces las puntuaciones son calculadas sobre la base de las respuestas correctas. Una puntuación alta refleja textos simples y más adaptables. Esta técnica es particularmente útil debido a que toman en cuenta tanto la naturaleza del texto como el desempeño del respondiente. Esta metodología podría requerir algún desarrollo y evaluación, debido a la carencia de claves contextuales que otros instrumentos suministran en comparación con narrativas más amplias.

5. Fórmulas de adaptabilidad. Las fórmulas más frecuentemente usadas son las de "Flesch" y "Fog", tales fórmulas son aplicadas por el paquete de

procesador de palabras Microsoft Word a un texto como parte de su procedimiento para revisar gramática.

CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). En esta definición es importante destacar que la confiabilidad está dada en términos de la estabilidad, fiabilidad, falta de distorsión, precisión y predictibilidad con la que el instrumento de medición mide aquello que se desea, así como cuál es el error de medición que posee el instrumento de medición para que sea o no confiable (Kerlinger y Lee, 2002).

Métodos para calcular la confiabilidad de un instrumento

Aunque no es posible calcular la confiabilidad de forma directa, existen varios procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento. Todos utilizan fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad (Kerlinger y Lee, 2002):

1. Confiabilidad test-retest. Consiste en aplicar el mismo instrumento de medición al mismo grupo de personas, en dos ocasiones diferentes. Por lo común, se elige un intervalo de tiempo entre ambas aplicaciones, para que haya suficiente disminución del recuerdo sobre las respuestas. La realización adecuada del procedimiento conduce a dos mediciones por persona, las cuales, dadas en pares, se utilizan en una fórmula para calcular la correlación. Dicha correlación entre las puntuaciones de la ocasión 1 y la

ocasión 2 se denomina confiabilidad test- retest. Sirve para medir la estabilidad a través del tiempo.

2. Confiabilidad de formas equivalentes o paralelas. Esta confiabilidad implicaría crear dos formas de la prueba. Las dos formas serían equivalentes, pero no idénticas. Estarían compuestas de reactivos similares, posiblemente del mismo banco de reactivos. Cada persona estaría sujeta a mediciones por medio de los dos instrumentos. Como resultado, cada persona tendría dos puntuaciones y nuevamente, los pares de puntuaciones serían utilizados en una fórmula de correlación para calcular la correlación. Tal correlación sería considerada como una forma paralela o equivalente de confiabilidad.

3. Confiabilidad por consistencia interna. La consistencia interna define hasta qué punto todos los ítems de un instrumento están midiendo lo mismo y describe estimaciones de confiabilidad basadas en la correlación promedio entre reactivos dentro de una prueba (Nunnally y Bernstein, 1995). Existen varios métodos para obtener la consistencia interna. Cada método depende de ciertos supuestos que pueden hacerse sobre las mediciones. El primero se llama confiabilidad por mitades; el segundo, coeficiente alfa; y el tercero, formulas 20 y 21 de Kuder-Richardson. De los tres métodos, el coeficiente alfa es el más general.

Incremento de la Confiabilidad

La consistencia interna define hasta qué punto todos los ítems de un instrumento están midiendo lo mismo. Describe estimaciones de confiabilidad basadas en la correlación promedio entre reactivos dentro de una prueba (Nunnally y Bernstein, 1995).

De acuerdo a Kerlinger y Lee (2002) la confiabilidad se puede maximizar por medio de:

Primero, escribir sin ambigüedad los reactivos de los instrumentos de medición psicológica. Un reactivo ambiguo permite que se introduzca la varianza del error, debido a que los individuos pueden interpretar el reactivo de forma diferente.

Segundo, si un instrumento no es lo suficientemente confiable, deben añadirse más reactivos del mismo tipo y calidad, aunque no necesariamente incrementará la confiabilidad en una cantidad predecible.

En tercer lugar, la especificación de instrucciones claras y estándar tiende a reducir los errores de medición. Además los instrumentos de medición deben aplicarse siempre bajo condiciones estándar, bien controladas y similares. Si las situaciones de aplicación difieren, de nuevo puede introducirse varianza de error.

El valor de la confiabilidad

Para ser interpretable una prueba debe ser confiable. Diversos investigadores han establecido .70 como el límite entre confiabilidad aceptable y no aceptable, sin embargo no existe ninguna evidencia para apoyar esta regla arbitraria, Nunnaly (1987) afirma que un nivel satisfactorio de confiabilidad depende de cómo se utilice la medida. En algunos casos un valor de confiabilidad de .50 o .60 es aceptable, mientras que en otras un valor de .90 es apenas aceptable. Un valor bajo de

confiabilidad puede ser aceptable si el instrumento de medición posee una validez alta. Todas las consideraciones se centran en qué tipo de decisión se toma al utilizar la prueba o el instrumento de medición. Si la decisión tomada por la prueba es importante, final, irreversible, inconfirmable, concierne a individuos o tiene consecuencias duraderas, entonces es necesario un alto nivel de confiabilidad. Si la decisión tiene poca importancia, tomada en una etapa temprana, reversible, confirmable por medio de otros datos, concierne a grupos o tiene efectos temporales, entonces es aceptable un valor bajo de confiabilidad (Kerlinger y Lee, 2002).

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández et al., 1998).

No existe una validez única, una prueba o escala es válida de acuerdo con el propósito científico o práctico de quien la utiliza. A la validez se le han dado tres significados principales: 1) validez de contenido (muestreo de una reserva de contenido requerido), 2) validez predictiva (establecimiento de una relación estadística con un criterio particular) y 3) validez de constructo (medición de atributos psicológicos) (Hernández et al., 1998; Nunnally y Bernstein, 1995).

Validez de contenido

La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en que la

medición representa al concepto medido. Un instrumento debe contener representados a todos los ítemes del dominio de contenido de las variables a medir (Hernández, et al., 1998).

Para obtener la validez de contenido, primero es necesario revisar cómo ha sido utilizada la variable por otros investigadores, y con base en dicha revisión elaborar un universo de ítemes posibles para medir la variable y sus dimensiones. Posteriormente se consulta con investigadores familiarizados con la variable para ver si el universo es exhaustivo. Se seleccionan los ítemes bajo una cuidadosa evaluación. Y si la variable está compuesta por diversas dimensiones o facetas se extrae una muestra probabilística. Se administran los ítemes, se correlacionan las puntuaciones de los ítemes entre sí y se hacen estimaciones estadísticas para ver si la muestra es representativa (Hernández, et al., 1998).

La validez de contenido se relaciona además con una cuestión más bien directa en la generalización científica –el grado en que se puede generalizar de una colección particular de reactivos a todos los posibles reactivos en un dominio más amplio de éstos-. La intención es obtener una colección de material reactivo y de contenido relevante lo más representativa posible. Un muestreo del contenido y un método de evaluación representativos permiten generalizar al máximo los resultados (Nunnally y Bernstein, 1995).

Validez predictiva

La validez predictiva establece la validez de un instrumento de medición comparándola con algún criterio externo. Este criterio es un estándar con el que se juzga la validez de un instrumento. Entre más se relacionen los resultados del instrumento de medición con el criterio, la validez predictiva será mayor. La validez predictiva se estima correlacionando su medición con el criterio, y este coeficiente se toma como coeficiente de validez (Hernández et al., 1998).

Se refiere a relaciones funcionales entre eventos de un predictor y de un criterio que ocurren antes, durante y después de que es aplicado el predictor. Algunos autores han distinguido a la validez predictiva en esos tres puntos en el tiempo, respectivamente como posdicción, validez concurrente y predicción. El uso de diferentes términos implica que la lógica y los procedimientos de validación son diferentes, lo cual no es verdad, sin embargo los resultados pueden no ser interpretables de la misma manera (Nunnally y Bernstein, 1995).

En un sentido estadístico, la validez predictiva es determinada por el grado de correspondencia entre predictor y criterio. La validez predictiva representa una cuestión muy directa, simple, pero limitada en la generalización científica que se interesa en el grado en que podemos generalizar puntajes en una variable a puntajes en otra (Nunnally y Bernstein, 1995).

Validez de constructo

La validez de constructo se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis

derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos (o constructos) que están siendo medidos (Hernández et al., 1998).

En la medida en que la variable es abstracta y latente más que concreta y observable (tal como la estimación misma) se denomina constructo. De manera literal, esta variable es algo que los científicos construyen y que no existe como una dimensión observable de la conducta. El objetivo de estudio de los constructos es emplear una o más medidas cuyos resultados se generalicen o una clase más amplia de medidas que legítimamente empleen el mismo nombre (Nunnally y Bernstein, 1995).

De acuerdo con Nunnally y Bernstein (1995) hay tres aspectos importantes para la validación del constructo:

1. Dominio de observables. Es importante especificar el dominio de las variables relacionadas. La delimitación en esencia constituye una teoría que considera la forma en que se relacionan entre sí las variables. Aunque las teorías mismas deben ser evaluables de manera objetiva, el proceso de teorización es intuitivo por necesidad. La delimitación de un constructo consiste esencialmente en el establecimiento de lo que uno entiende con el uso de palabras particulares tales como [ajuste psicosocial]. Los primeros intentos para delimitar un dominio por lo general se reducen a una definición en la que la palabra que denota el constructo es relacionada con otras palabras menos abstractas.

2. Relaciones entre observables. La adecuación de la delimitación de un dominio es evaluada al determinar qué tan bien "armonizan" (intercorrelacionan) de manera empírica las observables. Las intercorrelaciones describen el grado en que todas las medidas se

relacionan con la misma cosa. Éste es en esencia el problema del análisis factorial. La forma de relación con cualquier variable de tratamiento particular es indiferente mientras estas relaciones son semejantes. La clave es que ambas medidas sean afectadas de la misma manera. Cuando una variedad de medidas se comportan de manera similar a lo largo de diversos tratamientos experimentales, resulta significativo decir que ellas miden un constructo. Las correlaciones proporcionan evidencias acerca de la estructura de un dominio de observables relacionado con un constructo. Si todas las medidas propuestas se correlacionan altamente entre sí, podría concluirse que todas miden lo mismo. Si las medidas tienden a dividirse en grupos tales que los miembros de un grupo se correlacionen altamente entre sí y se correlacionen mucho menos con los miembros de otros grupos, miden un número de cosas diferentes. Una tercera posibilidad es que las correlaciones entre las medidas están todas cerca de cero, de modo que miden cosas diferentes y no hay un constructo significativo.

3. Relaciones entre constructos. El aspecto tres consiste en determinar si una supuesta medida de un constructo se correlaciona en formas esperadas con las medidas de otros constructos y/o es afectada en maneras esperadas por las manipulaciones experimentales apropiadas. Este patrón de resultados con frecuencia es denominado red nomológica. El grado de validez de constructo refleja el alcance que tienen las medidas para satisfacer las expectativas teóricas.

La medición y validación de los constructos en el fondo consiste nada más en la determinación de estructuras internas y estructuras cruzadas, por lo general en el contexto de alguna teoría más amplia que sugiere variables, constructos y sus relaciones. Este proceso complejo produce un constructo que 1) está bien definido a través de una variedad de observables, 2) está

bien representado por medidas alternativas y 3) se relaciona fuertemente con otros constructos de interés (Nunnally y Bernstein, 1995).

ANÁLISIS FACTORIAL

El análisis factorial consiste de manera esencial de métodos para hallar agrupamientos de variables relacionadas. Cada uno de dichos grupos, o factor, consiste en un grupo de variables cuyos miembros se correlacionan de manera más elevada entre ellos mismos que con variables fuera del grupo. Cada factor se toma como un atributo que es medido en mayor o menor grado por instrumentos particulares de acuerdo con su correlación con el factor (Nunnally y Bernstein, 1995).

Las variables utilizadas para el análisis factorial tienen las siguientes características: 1) será mejor entre más variables haya en la serie con las que una variable dada se correlacione y entre más alto sea el nivel general de correlación, 2) las variables deben ser confiables, 3) el análisis debe contener variables con propiedades conocidas como *variables marcadoras* y 4) deben usarse tamaños de muestras grandes para asegurar que los agrupamientos no son simplemente efectos de error de muestreo (Nunnally y Bernstein 1995).

El análisis factorial está íntimamente involucrado en la validación y es el núcleo de la medición de constructos psicológicos. Como se anotó previamente, explicar los constructos consiste en determinar 1) la estructura estadística interna de una serie de variables que se dice mide un constructo y 2) las estructuras cruzadas entre las diferentes medidas de un constructo y aquellas de otros constructos. El análisis factorial se usa de

manera directa al abordar ambas cuestiones. En el caso de que todos los elementos de la serie A se correlacionan altamente entre sí y todos los elementos de la serie B también se correlacionan altamente entre sí, entonces los elementos de cada serie tienen correlaciones altas con el factor definido por sus respectivas series. Ésta es evidencia de que las dos series, correspondientes a dos supuestos constructos, tienen una estructura interna fuerte. La estructura cruzada de las dos series de medidas sería apoyada, además, si los dos factores se correlacionan de manera sustancial (Kerlinger y Lee, 2002).

En la validez de constructo, el análisis factorial proporciona algunas de las herramientas necesarias para definir las estructuras internas y las estructuras cruzadas en series de variables (Kerlinger y Lee, 2002).

II. ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL EN DIABETES TIPO 2

GENERALIDADES SOBRE DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus es un padecimiento crónico y la principal causa de muerte en México *. Se estima que cerca de 11.7 millones de mexicanos tendrán diabetes en el año 2025 (Aguilar et al.,2003 y Alpizar, 2001). Estas tendencias son el resultado del envejecimiento de la población, así como de los cambios que se están dando en los patrones culturales, que a su vez repercuten en la alimentación y los estilos de vida de las personas. Por su magnitud y trascendencia, la Diabetes Mellitus es uno de los principales problemas del país, lo que hace indispensable conocer las características psicosociales que están directamente involucradas en el origen y pronóstico de la enfermedad, y que de no ser consideradas, contribuyen en su incidencia, en un pobre control o en el incremento o inadecuado manejo de sus complicaciones (Alpizar, 2001).

Según la Asociación Americana de Diabetes y la Organización Mundial de la Salud (Alpizar, 2001) la diabetes se clasifica en:

Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)

Se caracteriza por la destrucción de las células β del páncreas, que suele llevar a deficiencia absoluta de la insulina. Los pacientes pueden ser de

* De acuerdo con las estadísticas realizadas por el Sistema Nacional de Información en Salud en el 2003, la Diabetes fue la primera causa de mortalidad en el país, en comparación con 1999 donde aún se clasificaba en el 3^{er} lugar. Si bien desde hace algunos años las enfermedades crónico-degenerativas se colocaban en los primeros lugares de mortalidad, es interesante analizar como la diabetes ha avanzado hacia el primer lugar de muerte en el país. En un análisis realizado por la Secretaría de Salud y el INEGI (2000) la Diabetes Mellitus es la primera causa de mortalidad en 16 estados de la república mexicana, entre los cuales se encuentran el Edo. de México y el D.F., el resto de los estados tienen a la Diabetes como el 2^o lugar de mortalidad, excepto Quintana Roo en el cual la Diabetes es el 4^o lugar de mortalidad.

cualquier edad, casi siempre delgados, y suelen presentar comienzo abrupto de signos y síntomas con insulinopenia antes de los 30 años de edad. Con frecuencia tienen cetonuria asociada a la hiperglucemia y dependen del tratamiento con insulina para prevenir cetoacidosis y mantener la vida. Existen dos subtipos, la autoinmunitaria y la idiopática.

Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

Se presenta en individuos que tienen resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos. No tienen tendencia a la cetoacidosis, excepto durante periodos de estrés. Si bien no dependen del tratamiento con insulina para sobrevivir, pueden requerirla en algunos casos para el control de la hiperglucemia.

Otros tipos específicos de diabetes

Se incluye el 3% de los pacientes con Diabetes Mellitus y se divide en:

- a) Defectos genéticos en la función de las células β
- b) Defectos genéticos en la acción de la insulina
- c) Enfermedades del páncreas exocrino
- d) Endocrinopatías
- e) Diabetes inducida químicamente o por fármacos
- f) Infecciones
- g) Diabetes poco común mediada inmunológicamente
- h) Otros síndromes genéticos ocasionalmente asociados con diabetes

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que comienza o se detecta por primera vez durante el embarazo. Suele desaparecer después del parto, pero la probabilidad de desarrollar Diabetes Mellitus entre 5 y 10 años después va de 30 a 60%.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DIABETES MELLITUS

El diagnóstico de diabetes se establece si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl; glucemia ≥ 200 mg/dl a las dos horas después de carga oral de 75g de glucosa disuelta en agua. En ausencia de hiperglucemia inequívoca con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día (NOM,2000; ADA,2002).

Los síntomas que caracterizan a la diabetes comprenden aumento en la sensación de sed (polidipsia) en consecuencia mayor producción de orina (poliuria) e incremento en la sensación de hambre (polifagia). Este cuadro resulta altamente sugestivo del diagnóstico de diabetes, especialmente cuando se acompaña de altas concentraciones de azúcar en sangre e incluso en orina (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Los factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus se pueden clasificar en modificables y no modificables. Los factores modificables son: obesidad, sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo, manejo inadecuado del estrés, hábitos inadecuados de alimentación, estilos de vida contrarios a su salud, índice de masa corporal ≥ 27 Kg/m² en hombres y ≥ 25 Kg /m² en mujeres, índice cintura cadera ≥ 0.9 en hombres y ≥ 0.8 en mujeres, presión arterial

con cifras $\geq 140/90$ mmHg, triglicéridos ≥ 150 mg/dl y HDL de colesterol ≤ 35 mg/dl. Es importante saber que si se logra incidir en estos factores, ya sea por cambios en el estilo de vida o por su intervención farmacológica, se puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste o retarde su aparición y se modifique la evolución desfavorable hacia complicaciones micro y macrovasculares. Los factores no modificables son: edad ≥ 45 años, antecedentes hereditarios, antecedentes de haber tenido un hijo con un peso al nacer ≥ 4 Kg (Alpizar, 2001).

Las complicaciones médicas secundarias se dividen en dos grupos: las microvasculares y de grandes vasos.

1. Las primeras se deben a que la enfermedad ataca y deforma los pequeños vasos (en especial aquellos que irrigan la retina, el riñón ó el sistema nervioso), lo que llega a ocasionar ceguera, insuficiencia renal y neuropatía (pérdida de sensibilidad en las extremidades, limitación del movimiento, dolor). También se encuentra la afección de los nervios del sistema autónomo, lo que produce trastornos en el funcionamiento de los órganos del sistema digestivo como esófago, estómago, vesícula biliar, intestino delgado y colon, y problemas relacionados con la presión arterial. Además la neuropatía puede provocar disfunción sexual. Otras manifestaciones son: la miocardiopatía (afección que ocasiona insuficiencia cardiaca congestiva), dermatopatía (cambios de la piel que se aprecian como manchas brillantes, bulas o destrucción de grasa subcutánea) y el pie diabético (consiste en la aparición de úlceras y lesiones cutáneas en los miembros inferiores, generalmente a causa de mala irrigación y neuropatía periférica).

2. El segundo grupo de complicaciones se debe a trastornos a nivel macrovascular, por lo general son ocasionadas por la arterioesclerosis y sus complicaciones (infarto, derrames y gangrena).

La DM2 comprende un grupo de trastornos caracterizados por un aumento en las cifras de azúcar en sangre (hiperglucemia). La glucosa y sus valores en sangre dependen sobre todo del control que en ella ejercen dos hormonas: insulina y glucagón. Se puede considerar a la hiperglucemia como secundaria a una deficiencia de insulina, a un exceso relativo de glucagón, así como a una mala utilización de los azúcares por parte del organismo (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Por su magnitud y trascendencia, la Diabetes Mellitus tipo 2 es la más importante, ya que representa aproximadamente 90 % de todas las formas clínicas (Alpizar, 2001). Es innegable que las complicaciones de la Diabetes Mellitus tienen una profunda repercusión económica, psicológica y social (Velasco y Sinibaldi, 2001), por tanto la importancia de trabajar con este tipo de pacientes en este trabajo.

ESTRÉS Y ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL

En las primeras versiones médicas se entendió al estrés como reacción de alarma conducida a través de la actividad simpático adrenal, y se supuso una relación causal entre la enfermedad y la ruptura homeostática. Selye supuso una secuencia de respuestas (fase de alarma, de resistencia y agotamiento) la cual decidía si el organismo se sobreponía o no a la adversidad (Lifshitz, 1999; Saita, 1999; Valdes y Flores, 1985). Posteriormente Lazarus complementó esta versión al considerar al sujeto evaluando sus recursos y

opciones para responder y adaptarse cuando percibe en su entorno algún estímulo o situación amenazadora.

En términos biológicos un estresor puede ser definido como algo que lleva al cuerpo fuera del balance homeostático. La respuesta al estrés es el intento del cuerpo para restaurar dicho balance. Ésto consiste en la secreción de ciertas hormonas, la inhibición de otras, la activación de partes del sistema nervioso y otros cambios fisiológicos necesarios para la adaptación. Sin embargo, la respuesta al estrés en sus esfuerzos por restablecer el equilibrio en sí misma puede llegar a ser dañina (Saita, 1999; Sapolsky, 1995; Valdes y Flores, 1985), como se explica a continuación:

Cuando algo rompe las pautas de comportamiento y estilo de vida, se emplean mecanismos para solucionar los problemas y restablecer el equilibrio. Una situación nueva, como la enfermedad, en la que las respuestas habituales son inadecuadas para manejarla, conduce a un estado de desorganización a menudo acompañado de ansiedad, miedo, culpabilidad, u otros sentimientos, que contribuyen todavía más a la desorganización. La persona ha de encontrar una solución y restablecer el equilibrio aunque sea temporalmente. Este nuevo equilibrio conseguido puede representar una adaptación sana que promueva el desarrollo personal y la madurez, o una mala adaptación que aún restaurando el equilibrio biopsicosocial de la persona, tenga efectos negativos a largo plazo (Rodríguez-Marin, 1995) .

Los organismos perciben de manera idiosincrática y se sienten amenazados de forma desigual. Estresores específicos producen distintas respuestas endocrinológicas y estas respuestas individuales al estrés pueden ser

influenciadas por su personalidad, percepción y constitución biológica (Stroebe, 2000).

La dificultad para que el organismo vuelva a sus valores basales, supondría una acción permanente de agentes psicosociales generadores de estrés que pueden situar al organismo al borde del fracaso adaptativo. De tal modo que la adquisición de habilidades adaptativas puede dar como resultado una disminución de la activación tónica, gracias a la acción de las estrategias de afrontamiento, que al ir controlando la situación disminuyen la hiperfunción de los parámetros biológicos, así como la disminución de la activación fásica (sobrestimulación del estado tónico). Así pues en cada patrón de activación habría un componente fásico adaptativo de signo inequívocamente saludable (el organismo ha de activarse para poder defenderse). De acuerdo a estos términos el organismo se adapta a través de cuatro ejes: psicofisiológico, psiconeuroendocrino, psicoimmunológico y conductual (Costa, Zonderman y Mc Crae, 1991; Folkman, 1991; Valdes y Flores, 1985).

Visto así habría que sobreentender que siempre que se habla de estrés en la teoría de la enfermedad, se hace referencia a un fracaso adaptativo (ya sea por déficit de recursos, por una inadecuada evaluación o por ambos), consistente en una excesiva activación, de gran resonancia emocional. Los intentos adaptativos del organismo para afirmarse respecto al entorno pueden conducir a un estado de afrontamiento permanente, en la medida que la acción no es definitivamente eficaz para suprimir la activación que provoca la cognición de amenaza (Roa, 1995; Valdés y Flores, 1985).

Las personas con inadecuadas fuentes de afrontamiento tienen problemas para conseguir una adaptación exitosa y señala que el afrontamiento efectivo

es definido en términos del nivel de estrés de la experiencia individual siguiendo el encuentro del estímulo estresante. El afrontamiento efectivo reduce la discrepancia y restaura la homeostasis (Stroebe 2000 y Roa, 1995).

La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y que puede llegar a conducir a la muerte. La aparición de la diabetes, en menor o mayor medida, produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y estilo de vida, generando una situación de desequilibrio, lo que se denomina situación estresante (Rodríguez-Marin, 1995). Las respuestas al estrés pueden ser muy complejas o muy simples, dependiendo de los factores psicológicos que modulen dichas respuestas. Existe pues una relación que sugiere que el estrés participa en la precipitación y desarrollo la diabetes (Velasco y Sinibaldi, 2001). Es así como el costo del estrés es expresado sobre el bienestar (conductual, psicológico y cognitivo) del individuo (Ibarra, 1999).

ADAPTACION PSICOSOCIAL EN DIABETES MELLITUS 2

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, un desorden por lo general progresivo, con periodos de vida normal, a pesar del impedimento que constituye vivir día a día con una enfermedad que requiere cambios en todas las esferas de la existencia para lograr su adecuado control. Por tanto es importante tomar en cuenta los numerosos factores psicológicos que influyen para el afrontamiento a dicha enfermedad; la forma en que el paciente percibe los diversos síntomas; su significado tanto para él como para su familia; las áreas de la vida personal y familiar donde pueden repercutir; el miedo hacia las posibles complicaciones de la enfermedad,

pérdida de independencia, invalidez, ceguera; el hecho de que a consecuencia de problemas en el sistema nervioso autónomo se pierda la percepción del dolor, lo cual provocaría complicaciones indeseables para el individuo; temor a que con el progreso de la enfermedad tanto el paciente como su familia no puedan enfrentar el continuo deterioro cognitivo; pérdida de aptitudes y destrezas, sensación de falta de control en su vida, su futuro y su cuerpo.

Es importante recalcar que los resultados adaptativos implican una serie de interacciones que concluyen en un resultado individual de acuerdo a las variables implicadas. Las características de personalidad (neuroticismo, extroversión, perfeccionismo, conducta tipo A, locus de control, etc.) de cada individuo contribuyen para la producción y mantenimiento de una adaptación o maladaptación a la enfermedad (Hewitt y Flett, 1996). Los individuos con este padecimiento se preocupan tanto por su enfermedad que llegan a desarrollar características obsesivo-compulsivas; otros pueden convertirse en sumisos, obedientes y muy dependientes de su red de apoyo, la que los inmoviliza e infantiliza; algunos se tornan rebeldes desafiando todo tratamiento y finalmente algunas personas desarrollan patrones rígidos de personalidad con vistas adecuarse mejor al trastorno, sin darse cuenta que entre mayor sea la pérdida de flexibilidad más difícil resulta el proceso de adaptación (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Para González (2000) la adaptación en términos simples, significa el proceso por el cual un organismo se ajusta a su medio. La adaptación o competencia posee tres dimensiones: a) cumplimiento adecuado del papel, b) capacidad para hacer frente a estímulos nuevos inhabituales y c) el conocimiento

experimental, que es conciencia de cada uno sobre sí mismo para enfrentar los cambios del mundo exterior.

Según Dorsch (1985) el término adaptación psicosocial se refiere a un equilibrio pleno de asimilación y acomodación entre la persona y su medio interno (estabilidad emocional) así como hacia su ambiente social (familia, comunidad, estado político, orden social, etc.), lo cual se traduce en varias esferas (física, psicológica y social) en la vida del individuo.

Roa (1995) coincide con Rodríguez-Marín (1995) al señalar que la adaptación desde una perspectiva psicológica se refiere a la capacidad de un sujeto para mantener niveles óptimos en su calidad de vida. Por tanto, cuando se habla de calidad de vida en enfermos con DM2, se está hablando de cuál es su estatus funcional (adaptación funcional) , en qué medida se adapta a la presencia de síntomas, cuál es su nivel de adaptación psicológica (cognitivo-emocional-conductual), y cuál es su nivel de adaptación social y laboral, todo ello valorado globalmente por el propio paciente. Es así como la DM2 debe ser localizada dentro las interacciones continuas entre los factores bioquímicos, psicológicos y sociales (Roa, 1995), por tanto la adaptación del paciente se tiene que abordar dentro de estos aspectos.

Rodríguez-Marín (1995) señala que para definir el concepto de adaptación a la enfermedad se debe tomar en cuenta que:

- a) La adaptación es dinámica, es una continua negociación entre la persona y su circunstancia
- b) La adaptación a la enfermedad está influida por múltiples factores, incluyendo muchos aspectos de creatividad individual.

c) El enfermo, en este caso crónico, puede estar funcionando bien fisiológicamente, pero no ser capaz de realizar los cambios necesarios en su conducta social, o puede estar psicológicamente equilibrado, pero fisiológicamente desequilibrado.

d) La adaptación es evaluada desde muchas perspectivas y por muchas personas (familia, amigos, profesionales, etc.), cada una de las cuales puede tener diferentes criterios o incluso diferentes expectativas.

El proceso de adaptación, además de estar determinado por los factores que condicionan el ajuste a las situaciones estresantes, también implica los siguientes cuatro factores que tienen que ver con la enfermedad misma (Velasco y Sinibaldi, 2001; Rodríguez-Marin 1995) :

1. La naturaleza de la enfermedad depende de tres características de la enfermedad importantes para la emisión de respuestas adaptativas:

a) La forma de aparición (las enfermedades crónicas exigen la adaptación a la pérdida de funciones), curso esperado de la enfermedad (aquí la predictibilidad es el factor clave para la adaptación) y tratamiento que exige (requieren modificaciones importantes en el estilo de vida).

b) La naturaleza y extensión de las limitaciones que implica (capacidad de afrontamiento dependiendo si se ha producido afectación somática o no).

c) El tipo y extensión de los cambios en la apariencia física y funciones corporales que produce (desfiguraciones visibles).

2. El significado de la enfermedad depende de varios factores:

a) De la extensión del daño o anormalidad de la estructura biológica.

b) De la gravedad de la función dañada.

c) De la naturaleza y gravedad de los síntomas.

- d) De la capacidad para controlar esos síntomas.
- e) De la valoración, normas y expectativas de los otros.

La mayoría de estos factores están relacionados, de alguna manera, con los elementos socioculturales de la persona. El campo de la enfermedad crónica no solo atañe al enfermo, sino también a su familia, amigos a los profesionales de la salud y a los administradores del sistema.

3. El sistema ecológico, es decir el contexto o la circunstancia es muy importante para la adaptación a la enfermedad crónica. El contexto o la circunstancia de la persona enferma está constituida por el contexto físico, personal (familia, amigos, etc.) y el contexto sociocultural (normas, valores, recursos económicos y sociales). Estos factores ambientales pueden tener su impacto en todos los aspectos de la enfermedad como: aparición y características, el modo como es percibida y el significado que tiene para la persona, las posibles respuestas y las respuestas adaptativas.

4. Por último, las respuestas de afrontamiento de la enfermedad y su eficacia adaptativa se realiza mediante conductas de afrontamiento muy variadas como:

- Negación o minimización de la gravedad de la crisis.
- Respuesta de acción directa de escape-evitación del acontecimiento.
- Búsqueda de información.
- Conductas confrontativas.
- Mantenimiento regular de rutinas.
- Manejo de la autopresentación y pedir apoyo emocional de la familia, amigos y profesionales sanitarios, o por el contrario la supresión emocional, o represión para poder cumplir las funciones cotidianas.

- Ensayo de consecuencias alternativas.
- Instalación o mantenimiento del sentimiento de control.
- Acciones de control.
- Encontrar o dar un sentido a la enfermedad.
- Reinterpretación positiva de la enfermedad.
- Búsqueda y obtención de apoyo social.
- Comparación social positiva.
- Resignación o aceptación de la enfermedad.

Es así como la adaptación a la enfermedad en términos de resultado, se define como *una situación de la persona en la que ésta ha renunciado a falsas esperanzas, ha suprimido desesperanzas destructivas y ha reestructurado su circunstancia para desenvolverse en ella con la mayor eficacia posible*. El enfermo crónico debe afrontar los aspectos estresantes (demandantes desequilibradores) de la enfermedad, para conseguir restablecer una vida de la mejor calidad posible, que es una "buena situación de adaptación" (Rodríguez-Marín, 1995).

La adaptación a la enfermedad y el uso de estrategias para afrontarla no son procesos sinónimos. La adaptación incluye acciones rutinarias y automáticas que precisan de poca atención o esfuerzo para su realización, en cambio lo que caracteriza al concepto de afrontamiento es el proceso de búsqueda de recursos potenciales y movilización de esfuerzos. Los problemas de adaptación vienen planteados por las características específicas de las crisis de salud, que hacen difícil que una persona pueda elegir las estrategias apropiadas de afrontamiento para asimilar y acostumbrarse a cambios repentinos en su vida (Rodríguez-Marín, 1995).

Roa (1995) al igual que Rodríguez-Marín (1995) señalan que lo que hace la persona al afrontar su enfermedad es tratar de adaptarse a la nueva situación. Así pues, el resultado de la utilización de las distintas estrategias de afrontamiento será lo que se evaluará como más o menos adaptativo en las distintas áreas de la vida diaria del sujeto.

Varios autores (Rodríguez-Marín, 1995; Aldwin, 1994; Latorre y Beneit, 1994) han identificado las siguientes tareas adaptativas en el afrontamiento a una enfermedad física: 1) tratar con las consecuencias psicológicas de la enfermedad, incluyendo síntomas, dolor y discapacidad; 2) tratar con el tratamiento y ambiente hospitalario; 3) desarrollar y mantener buenas relaciones con el personal médico; 4) mantener un tipo de equilibrio emocional; 5) conservar la autoimagen y un sentido de control y competencia; 6) mantener buenas relaciones con la familia y amigos, y 7) prepararse para futuras exigencias.

La Diabetes es una enfermedad que permite a los pacientes controlar su bienestar a largo plazo y aunque pueden llegar a tener complicaciones (p. ej. enfermedades del corazón, ceguera o amputación), muchos pacientes se perciben capaces de manejar las demandas que implica la enfermedad como resultado de un afrontamiento activo (afrontamiento centrado en el problema); en cambio, quienes utilizan la evitación o afrontamiento pasivo, dentro de las tareas adaptativas mantienen un equilibrio emocional, pero el costo de dicho afrontamiento conlleva a futuras complicaciones (Maes, Leventhal y Ridder, 1996).

No obstante se ha observado que si bien la salud y la enfermedad tiene sus bases en el individuo, adquieren dimensión a través de los vínculos

interpersonales y muy en particular de su familia (Velasco y Sinibaldi, 2001). Para lograr una buena adaptación se necesitará que todos participen en programas educativos relacionados con el padecimiento (etiología, manejo y consecuencias de la enfermedad) (Velasco y Sinibaldi, 2001).

El curso y desenlace de la Diabetes Mellitus están influidas por variables sociales, emocionales y personales; estos factores pueden tener un factor decisivo en la manera en que la enfermedad se desarrolla, y el grado de impedimento y adaptación del individuo y la familia ante dicha enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001).

III. ESCALAS DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL A LA ENFERMEDAD FÍSICA

ESTADO ACTUAL DE LAS ESCALAS DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL

El primer intento formal en la medición de adaptación psicosocial fue en 1950 en la evaluación de la adaptación de pacientes psiquiátricos; sin embargo, el concepto de adaptación psicosocial ha tenido gran interés en una gran variedad de disciplinas médicas, siendo la psiquiatría el área donde tomó más relevancia para la reintegración social de pacientes psiquiátricos (Weissman, 1975). En otras áreas de la medicina el término de adaptación psicosocial ha adquirido mayor importancia para los tratamientos de varias enfermedades (cardiovascular, endocrinas, renales, neoplasias, etc.). La mejoría de tales enfermedades se refleja en las habilidades de afrontamiento, la integridad psicológica y el apoyo social de estos pacientes crónicos, por lo que el término de adaptación psicosocial tiene gran relevancia en el campo médico, como indicador en el resultado y curso de la enfermedad.

interpersonales y muy en particular de su familia (Velasco y Sinibaldi, 2001). Para lograr una buena adaptación se necesitará que todos participen en programas educativos relacionados con el padecimiento (etiología, manejo y consecuencias de la enfermedad) (Velasco y Sinibaldi, 2001).

El curso y desenlace de la Diabetes Mellitus están influidas por variables sociales, emocionales y personales; estos factores pueden tener un factor decisivo en la manera en que la enfermedad se desarrolla, y el grado de impedimento y adaptación del individuo y la familia ante dicha enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001).

III. ESCALAS DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL A LA ENFERMEDAD FÍSICA

ESTADO ACTUAL DE LAS ESCALAS DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL

El primer intento formal en la medición de adaptación psicosocial fue en 1950 en la evaluación de la adaptación de pacientes psiquiátricos; sin embargo, el concepto de adaptación psicosocial ha tenido gran interés en una gran variedad de disciplinas médicas, siendo la psiquiatría el área donde tomó más relevancia para la reintegración social de pacientes psiquiátricos (Weissman, 1975). En otras áreas de la medicina el término de adaptación psicosocial ha adquirido mayor importancia para los tratamientos de varias enfermedades (cardiovascular, endocrinas, renales, neoplasias, etc.). La mejoría de tales enfermedades se refleja en las habilidades de afrontamiento, la integridad psicológica y el apoyo social de estos pacientes crónicos, por lo que el término de adaptación psicosocial tiene gran relevancia en el campo médico, como indicador en el resultado y curso de la enfermedad.

En este trabajo se hizo una revisión de 754 artículos de 1980 al 2004 relacionados con instrumentos de adaptación psicosocial. Se encontró una gran variedad de instrumentos donde predominan aquellos relacionados con enfermedades psiquiátricas y oncológicas. En la tabla 1 se muestran los instrumentos encontrados.

Tabla 1. Revisión de pruebas de adaptación a la enfermedad física ó mental hasta el año 2004

INSTRUMENTO	CONTENIDO	UTILIZACIÓN
The Life Closure Scale	Prueba psicométrica para medir adaptación psicológica	En pacientes moribundos (Dobratz, 2004)
Adjustment Scales for Children and Adolescents Core Syndrome factor structure	Escala de ajuste psicológico	En niños y adolescentes con problemas de corazón (Canivez, 2004)
The Social Adjustment Scale-Self Report	Escala de ajuste social	En pacientes con problemas psiquiátricos (Susuki, Sakurai, Yasuda, Harai, Takahashi, Furukawa, 2003; Vittengl, Clark, Jarrett, 2003; Weissman, et al., 1978)
The Mental Adjustment to Cancer Scale	Escala de ajuste psicológico	En pacientes con cáncer (Ho, Fung, Wong, Chan, Watson, Tsui, 2003; Cayrou, Dickes, Gauvain-Piquard, Roge, 2003; Akechi, Fukue-Saeki, Kugaya, Okamura, Nishiwaki, Yamawaki, Uchitomi, 2000; Nordin, Berglund, Terie, Glimelius, 1999; Schnoll, Harlow, Brandt, Stolbach, 1998; Schwartz, Daltroy, Brandt, Friedman, et al., 1992; Greer, Moorey, Watson, 1989; Watson, Greer, Young, Inayat, et al., 1988) también se modificó la escala para pacientes con VIH (Kelly, Raphael, Burrows, Judd, Kernutt, Burnett, Perdices, Dunne, 2000)
The Social Adjustment Scale	Escala de ajuste social	En pacientes psiquiátricos (Gorenstein, Moreno, Bernik, Carvalho, Nicastrri, Cordas, Camargo, Artes, Andrade, 2002; Toupin, Cyr, Lesage, Valiquette, 1993; Tadaharu, Kitamura, 1986) y pacientes con depresión (Bobes, Gonzalez, Bascaran, Corominas, Adan, Sánchez, Such, 1999)
The Work and Social Adjustment Scale	Escala para medir ajuste social	En pacientes psiquiátricos (Mundt, Marks, Shear, Greist, 2002)
Living with a Chronic Illness	Cuestionario para medir ajuste social	En niños y adolescentes con condiciones crónicas (Adams, Streisand, Zawacki, Joseph, 2002)
Illness Scale	Escala que mide el nivel en que una enfermedad es percibida para restringir el	En pacientes con problemas psiquiátricos (Klimidis, Minas, Yamamoto, 2001)

INSTRUMENTO	CONTENIDO	UTILIZACIÓN
	funcionamiento psicosocial	
Post-hospital Ajustment	Cuestionario de la adaptación social y psicológica post hospitalaria	En pacientes con problemas psiquiátricos (Dornelas, Botticello, Goethe, Fischer, 2001)
Coping with Multiple Sclerosis Scale	Inventario que mide tipos de afrontamiento y la relación con una buena o pobre adaptación psicológica	En pacientes con esclerosis múltiple (Pakenham, 2001)
The Social Functioning Scale	Escala que mide funcionamiento social	En pacientes con esquizofrenia (Vázquez Morejon, G-Boveda, 2000; Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton, et al., 1990)
LIFE-RIFT	Escala que mide funcionamiento psicosocial	En pacientes bipolares I. (Leon, Salomón, Mueller, Endicott, Posternak, Judd, Schettler, Akiskal, Séller, 2000)
Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales	Escala que mide adaptación psicosocial	En paciente con prótesis (Gallagher, MacLachlan, 2000)
The Social Adjustment Scale for the Severely Mentally Ill	Escala que mide adaptación social	En enfermos con enfermedad mental severa (Wieduwilt, Jerell, 1999)
The Katz Adjustment Scale	Escala que mide ajuste social	En pacientes psiquiátricos (Katz, Warren, 1998; Clopton, Greene, 1994), en pacientes con daño cerebral (Baker, Schmidt, Heinemann, Mirant, 1998; Vickrey, Hays, Brook, Rausch, 1992; Fabiano, Goran, 1992)
The Adaptation to Age-Related Vision Loss Scale	Escala que mide adaptación psicosocial al deterioro visual	En personas mayores con deterioro visual (Horowitz, Reinardt, 1998)
Psychological Adjustment	Escala que mide adaptación psicológica	En pacientes con cáncer (Dunn, Welch, Butow, Coates, 1997)
Self-reported social functioning	Autorreporte del funcionamiento social	En pacientes con esquizofrenia (Patterson, Semple, Shaw, Halpain, Moscona, Grant, Jeste, 1997)
The Psychosocial Adjustment to Illness Scale	Escala de adaptación psicosocial a la enfermedad física,	En pacientes con enfermedades físicas (Merluzzi, Martinez, 1997; Murphy, 1995; Hervas, Navarrete, 1992; Derogatis, 1986; Morrow, Chiarello, Derogatis, 1978)
The Washington Psychological Seizure Inventory	Instrumento para evaluar las dificultades psicológicas y sociales	En pacientes con epilepsia (Curral, Palha, 1996)
The Revised Global Assessment of Functioning Scale	Escala para medir funcionamiento y síntomas	En pacientes con problemas psiquiátricos (Roy-Byrne, Dagadakis, Unutzer, Ries, 1996)
Scale of Functioning	Escala para medir funcionamiento psicosocial	En pacientes con esquizofrenia (Rapaport, Bazzetta, McAdams, Patterson, et al., 1996)
The Washington Psychological Seizure Inventory	Instrumento para evaluar dificultades psicológicas y sociales	En pacientes con epilepsia (Tella, Fonseca, Lineu, Bertuqui, 1995)

INSTRUMENTO	CONTENIDO	UTILIZACIÓN
Inventory of Complicated Grief	Escala para medir síntomas maladaptativos y distres emocional	En pacientes con problemas psiquiátricos (Prigerson, Maciejewski, Reynolds, Bierhals, Newsom, Fasiczka, Frank, Doman, Miller, 1995)
The Diabetes Emotional Adjustment Scale	Escala que mide ajuste emocional	En pacientes con diabetes (De León, 1995)
The Life Assessment Scale for the Mentally II	Cuestionario que mide la calidad de vida nivel de ajuste social y rehab.	En pacientes con enfermedad mental (I wasaki, Fujii, Miyauchi, Oshima, et al,1994)
The Ostomy Adjustment Scale	Escala para medir adaptación física, psicológica y social	En pacientes con ostomia (Brydolf, Berndtsson, Lindholm, Berglund, 1994; Burckhardt,1990)
Meaning of Illness Questionnaire	Cuestionario que evalúa el ajuste personal	En pacientes con dolor crónico (Weir, Browne, Roberts, Tunks, et al., 1994)
The ATT39	Autoreporte para medir adaptación psicológica	En pacientes con diabetes (Welch, Dunn, Beeney, 1994; Welch, Garry, Smith, Walkey, 1992)
Axis V in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III and Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III -Revised	Mediciones de funcionamiento social	En pacientes psiquiátricos (Goldman, Skodol, Lave, 1992)
The Personal Adjustment and Role Skills Scale	Escala que mide ajuste psicosocial	En niños con enfermedad crónica y sin daños cognitivos (Walker, Stein, Perrin, Jessop, 1990)
Dysfunctional Analysis Questionnaire	Instrumento para medir la	En pacientes con disfunción psicosocial a la enfermedad y la intervención terapéutica (Pershad, Verma, 1989)
The Dutch Arthritis Impact Measurement Scales	Escala que mide aspectos físicos y psicosociales	En pacientes con artritis reumatoide (Taal, Seydel, Jacobs, Wiegman, et al., 1989)
Disability Assessment Schedule	Entrevista para evaluar ajuste social	En pacientes con esquizofrenia (Montero, Bonet, Puche, Gomez, 1988)
General Health Questionnaire	Cuestionario que mide funcionamiento social y estado de animo	En pacientes con cáncer de mama (Hughson, Cooper, McArdle, Smith, 1988)
The Adaptative Behavior Scale	Escala que mide conductas maladaptativas	En adultos con problemas mentales (Clinger, Fine, Johnson, Shwartzman, et al., 1988; Staik,1983)
The Diabetes Educational Profile	Evalúa ajuste psicosocial	En pacientes con diabetes (Davis, Hess, Van, Hiss, 1987)
Normative Social Adjustment Scale, Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment and Social Adjustment Scale	Escalas que miden ajuste social	En pacientes con problemas psiquiátricos (Platt, 1981)
Psychological Distress scale, National Center for Health Statistics General Well-Being Scale,	Escalas que miden ajuste psicológico y social.	En pacientes con problemas psiquiátricos (Edwards, et al., 1978)

INSTRUMENTO	CONTENIDO	UTILIZACIÓN
Symptom Checklist-90, Langner Screening Scale of Psychopathology, and Social Adjustment Self-Report Scale		
The Crawford Psychological Adjustment Scale	Escala que mide ajuste psicológico	En pacientes con problemas psiquiátricos (Crawford, 1973)

La mayoría de estos instrumentos tienen alguna medida de validez, pero sólo miden una parte de la estructura psicosocial de la enfermedad y requieren de otros instrumentos para complementar su información. Sólo 15 instrumentos miden adaptación psicosocial (entre ellos el PAIS-SR) y son específicos para enfermedades psiquiátricas, oncológicas, artríticas, visuales, neurológicas, rehabilitación y diabetes, a diferencia del PAIS que es una medida para cualquier enfermedad física. Las preguntas de este último están diseñadas para obtener información general que se adapta a varios tipos de enfermedades crónicas, integrando aspectos psicológicos, físicos y sociales. Además del PAIS-SR, el único instrumento que dice medir adaptación psicosocial en pacientes con diabetes es el *Diabetes Educational Profile* (DEP); dicha prueba fue validada en una muestra de 426 norteamericanos con Diabetes Mellitus. Sin embargo este instrumento sólo se limita a medir el régimen de tratamiento y algunas variables de adherencia relacionadas a la diabetes, haciendo énfasis en la adaptación en términos del tratamiento farmacológico y médico, y no tanto a los aspectos físicos, psicológicos y sociales que presentan las personas con diabetes -aún sin estar en un tratamiento médico-. Ninguno de estos instrumentos ha sido validado en población mexicana.

Resultado de esta revisión surge el interés por validar un instrumento que pueda integrar todas las áreas que conlleva el concepto de adaptación

psicosocial en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, y el PAIS-SR es el instrumento que considera estos aspectos.

CARACTERÍSTICAS DE LA ESCALA DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL A LA ENFERMEDAD FÍSICA

La Escala de Adaptación Psicosocial a la Enfermedad Física (*PAIS-SR: Psychosocial Adjustment to Illness Scale, self reporting*) es una escala multidimensional diseñada para evaluar la adaptación psicológica y social de los pacientes (y los miembros de su familia) ante la enfermedad física, es autoaplicable y se conforma de 46 ítems referentes a un período temporal de los últimos 30 días. El PAIS-SR está diseñado para contestarse en un tiempo de 15 a 20 minutos.

Dicha escala ha sido validada en Estados Unidos en varios grupos de pacientes con enfermedad crónica, para los cuales se obtuvieron normas específicas. De importancia para este trabajo son las normas establecidas para los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1, para comparar dichos valores con la muestra de pacientes con DM2. Existen dos adaptaciones del PAIS-SR al español, una realizada por Hervas y Navarrete (1992) en España y la otra por Cruz y colaboradores en Puerto Rico (Cruz, Cruz, y Ríos, 1991).

El PAIS-SR aborda 7 dominios primarios que definen la adaptación psicosocial a la enfermedad física:

- I. Conciencia del cuidado de su propia salud.
- II. Ámbito profesional.
- III. Ámbito doméstico.

- IV. Relaciones Sexuales.
- V. Relaciones familiares más allá de la familia nuclear.
- VI. Entorno social.
- VII. Malestar psicológico.

Las instrucciones para contestar la escala están impresas en la hoja principal del mismo. Sin embargo, es importante preguntar al entrevistado si las instrucciones fueron claras, y enfatizar el tiempo en el cual tiene que pensar (30 días antes) al contestar el instrumento (sobre todo cuando se está hospitalizado); además de asegurar una adecuada comprensión de la escala por parte del paciente (Derogatis y Derogatis, 1990).

Las ventajas de la versión auto-aplicable son: 1) economía de esfuerzo profesional, ya que cualquier persona puede ser fácilmente entrenada para su aplicación, 2) flexibilidad, debido a que puede ser aplicada en una amplia gama de contextos, 3) brevedad y 4) los datos básicos son obtenidos de una única fuente.

ESTRUCTURA DEL PAIS-SR

De acuerdo con Derogatis y Derogatis (1990), los siete dominios de la escala se han desarrollado a través de una combinación de procedimientos racional-deductivos y empírico-analíticos. Los siete dominios representan constructos que han sido repetidamente identificados como poseedores de una alta relevancia predictiva para la adaptación a la enfermedad. Cada dominio está definido operacionalmente por una serie de preguntas o ítems que son relativamente homogéneos en la medida de cada constructo o dominio. Sin embargo, aunque todas las medidas del dominio correlacionan bien con los puntajes totales de la escala, el instrumento ha sido diseñado para minimizar las intercorrelaciones entre los dominios. Tal estrategia reduce la redundancia en

las medidas y mejora la sensibilidad a través de la contribución de cada dominio a la varianza de la medida total. A continuación se describen los dominios contenidos en la escala:

I. Conciencia del cuidado de su propia salud

Se refiere a la actitud que toma el entrevistado ante el cuidado de su salud, y si su postura será positiva o negativa en el afrontamiento de la enfermedad y su tratamiento. Son valoradas las actitudes del paciente ante la salud en general, cómo percibe el trato de los profesionales, la calidad de la información que recibe de su enfermedad y las expectativas acerca de la evolución de su trastorno y su tratamiento.

Ítemes:

1. Orientación del cuidado de la salud en general
2. Cuidado de la salud en el desorden que presenta
3. Actitud general hacia la medicina y los médicos
4. Actitud hacia el tratamiento presente y los médicos
5. Expectativas del paciente acerca de su enfermedad
6. Información del paciente acerca de su enfermedad
7. Expectativas del paciente hacia su tratamiento
8. Información del paciente acerca de su tratamiento

El objetivo principal de esta sección es conocer la postura del paciente acerca del cuidado de la salud y si ésta facilitará o impedirá la adaptación a la enfermedad y/o a sus secuelas.

II. Ámbito profesional

Esta sección se refiere a las repercusiones que tiene la enfermedad sobre el ámbito ocupacional del paciente, entendiendo por "ocupación" lo relacionado al trabajo, las labores domésticas o los estudios, según el caso. Se trata de evaluar la realización de la actividad laboral, la satisfacción profesional, el tiempo que ha perdido a causa de la enfermedad, expectativas en el trabajo, objetivos y relaciones interpersonales en el medio laboral.

Ítemes:

1. Deterioro vocacional
2. Evaluación del desempeño personal
3. Tiempo perdido en el trabajo
4. Intereses profesionales
5. Metas vocacionales
6. Conflictos interpersonales

Esta sección está diseñada para observar alteraciones en el desempeño, satisfacción y/o ajuste en el trabajo, atribuibles a la enfermedad presente. Es importante notar que los estudiantes o amas de casa son evaluados en términos de sus funciones específicas, a sus circunstancias y roles.

III. Ámbito doméstico

Este dominio abarca las dificultades que a causa de la enfermedad han aparecido en el ambiente familiar, centrado en el propio hogar y en cómo se ha adaptado el núcleo familiar a las repercusiones de la enfermedad. Se evalúa la convivencia familiar, el impacto económico de la enfermedad, la

comunicación familiar y los efectos de las discapacidades físicas del paciente.

Ítemes:

1. Calidad de las relaciones con los cohabitantes principales
2. Calidad de las relaciones con los cohabitantes adicionales
3. Deterioro doméstico
4. Adaptación familiar
5. Comunicación con la familia
6. Postura de dependencia
7. Discapacidades físicas
8. Recursos financieros

Esta sección está orientada hacia las dificultades inducidas por la enfermedad que se desencadenan principalmente en la casa o ambiente familiar. Esta diseñada para evaluar problemas en la adaptación experimentados por el paciente y la unidad familiar.

IV. Relaciones sexuales

Intenta valorar la calidad del funcionamiento sexual desde que la enfermedad y sus secuelas aparecieron. Concretamente se valora el interés sexual, la actividad, la frecuencia y el nivel de satisfacción, es decir, cambios en la calidad de la actividad sexual.

Ítemes:

1. Calidad de la relación sexual a nivel interpersonal
2. Interés sexual

3. Frecuencia de la actividad sexual
4. Satisfacción sexual
5. Disfunción sexual
6. Conflictos interpersonales por la sexualidad

Cuando el paciente no tiene vida sexual activa se califica con cero y se asigna un puntaje T apropiado a su grupo normativo.

V. Relaciones familiares más allá de la familia nuclear

Este apartado está dedicado a la medición de la alteración o deterioro de las relaciones familiares en un entorno más amplio que la familia nuclear. En este marco se pueden observar consecuencias de la enfermedad en la comunicación, en el interés en contactar con los familiares, etc.

Ítemes:

1. Comunicación
2. Interés por la interacción
3. Dependencia física con la familia extensa
4. Dependencia social hacia la familia extensa
5. Calidad de la relación

Hay una gran variabilidad en cuanto a la interacción con miembros de la familia extensa debido a consideraciones geográficas u otras. Algunos individuos tienen normalmente pocas relaciones con estos miembros de la familia, mientras que otros tienen frecuentes interacciones con un gran número de familiares. La evaluación debe ser hecha en términos de los patrones típicos de interacción más que en un sentido absoluto.

VI. Entorno social

Se encarga de evaluar cómo se desempeña el paciente en las actividades sociales y en el tiempo de ocio. El grado en que estos aspectos se han visto afectados como consecuencia de la enfermedad se evalúa dividiéndolo en categoría individual, familiar y social.

Ítemes:

1. Interés en actividades de tiempo libre individuales
2. Participación en actividades de tiempo libre individuales
3. Interés en actividades de tiempo libre con la familia
4. Participación en actividades de tiempo libre con la familia
5. Interés en actividades sociales
6. Participación en actividades sociales

VII. Malestar psicológico

En este apartado se evalúan los pensamientos y sentimientos disfóricos asociados con la enfermedad o sus secuelas. Se evalúa la ansiedad, hostilidad, depresión, autoestima, problemas de imagen corporal y sentimientos inapropiados de culpa.

Ítemes:

1. Ansiedad
2. Depresión
3. Hostilidad Culpa
4. Preocupación

5. Auto-devaluación
6. Distorsión de la imagen corporal

CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

La calificación del PAIS-SR consiste en la suma total de los dominios, para buscar su equivalente en puntuación T; y/o la suma de cada uno de los 7 dominios para después convertirla en puntajes T. La calificación se facilita al utilizar uno de los varios *Perfiles* disponibles para el PAIS y para el PAIS-SR (para este caso el perfil de pacientes con Diabetes tipo 1) (Derogatis y Derogatis, 1990).

El PAIS y PAIS-SR son igualmente aplicables como medidas en un punto en el tiempo o en evaluaciones secuenciales del curso continuo de ajuste del paciente y están diseñados para ser interpretados en tres niveles distintos pero relacionados: el global, el nivel de dominio y el nivel de ítem específico. Los datos de cada uno de los 3 niveles de interpretación deberán integrarse para informar sobre un cuadro completo de la adaptación del respondiente hacia su enfermedad. Los ítems que no son aplicables o irrelevantes para el respondiente se les asigna una puntuación de cero.

Las preguntas están diseñadas para evaluar la calidad del ajuste en cada uno de los dominios primarios. Cada dominio se compone de varios ítems (de 5 a 8), cada ítem se califica de acuerdo con una escala Likert de 4 opciones de respuesta (a, b, c, y d). El valor de cada respuesta va de 0 a 3 puntos. Con el fin de aumentar la confiabilidad de la escala el orden de las opciones de respuesta se va alternado en cada pregunta (los impares tienen un valor de a=0, b=1, c=2, d=3 y los pares 0=3, b=2, c=1 y d=0). Los puntajes altos indican dificultades en

la adaptación. De acuerdo con Derogatis y Derogatis (1990), una puntuación T mayor a 62 indica desadaptación.

ESTANDARIZACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL PAIS

La mayoría de los instrumentos psicológicos de medición tienen grupos de referencia con los cuales se desarrollan las normas de la prueba. En el caso del PAIS, no existen normas generales sino específicas para cada grupo de enfermos. Para salvar esta situación Derogatis y Derogatis (1990) proponen utilizar el sistema de *baremos* o *archivo sistemático* mediante el cual se desarrollan las normas del PAIS y el PAIS-SR. Ellos proponen datos normativos para grupos de pacientes Cáncer de Pulmón, Diálisis Renal, Quemados Agudos, Hipertensión Esencial, *Bypass* Cardíaco, Diabetes Mellitus tipo 1 y Oncológicos.

Hervas y Navarrete (1992) calcularon en población española la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa, para el PAIS y el PAIS-SR, en tres grupos de pacientes: Diálisis Renal, Cáncer de Pulmón y Cardíacos (los resultados se muestran en la Tabla 2). Además reportaron otras medidas de confiabilidad del instrumento, realizadas en dos grupos de pacientes: enfermos de Hodgkin y Cáncer de Mama, obteniendo un aceptable índice de confiabilidad (ver Tabla 3).

Tabla 2. Coeficientes de confiabilidad (α 's) para el PAIS y PAIS-SR en pacientes con Diálisis Renal, Cáncer Pulmonar y Cardiopatías.

DOMINIO DEL PAIS	COEFICIENTES		
	Diálisis Renal	Cáncer Pulmonar	Cardiopatías
I. Conciencia del cuidado de su salud.	.63	.83	.47
II. Ámbito Profesional.	.81	.87	.76
III. Ámbito Doméstico.	.67	.68	.77

IV. Relaciones Sexuales.	.80	.93	.83
V. Relac. Fam. más allá de la Fam. Nuclear	.66	.12	.62
VI. Entorno Social.	.78	.93	.80
VII. Malestar Psicológico	.80	.81	.85

Tabla 3. Dos estimaciones de intercofiabilidad para el PAIS en pacientes con Cáncer de mama y Enfermedad de Hodkin

<i>DOMINIO DEL PAIS</i>	<i>r Intraclase Cáncer de Seno (N=17)</i>	<i>R Intraclase Enfermedad de Hodkin (N=37)</i>
I. Conciencia del Cuidado de su Propia Salud	.74	.70
II. Ámbito Profesional	.68	.62
III. Ámbito Doméstico	.61	.52
IV. Relaciones Sexuales	.86	.81
V. Relaciones Fam. más allá de la Fam. Nuclear	.56	.33
VI. Entorno social	.82	.72
VII. Malestar Psicológico	.84	.82
Puntaje total	.86	.83

Hervas y Navarrete (1992) también evaluaron la validez de constructo a través de un análisis factorial en una muestra de 120 pacientes españoles con Cáncer de Pulmón, encontraron que cada uno de los factores medía claramente los constructos hipotetizados.

La validez concurrente para el PAIS fue evaluada por Derogatis, Abeloff y Melisaratos (1979) en pacientes con Cáncer de Mama, aplicando la escala al mismo tiempo que otros instrumentos de medida que abarcaban síntomas psicológicos, estado de ánimo, expectativas, actitudes y adaptación global

(*Global Adjustment to Illness Scale, GAIS*). Estos autores encontraron una correlación muy alta entre los puntajes totales del GAIS con los del PAIS, y en concreto, en las áreas de cuidado de la propia salud y en la de malestar psicológico. La correlación del PAIS con el SCL-90 (medida de malestar psicológico sintomático) mostró que si bien tenía una substancial correlación, no la tenía tanto como con el GAIS, esto debido al hecho de que la adaptación a la enfermedad abarca mucho más que la simple ausencia de síntomas psicológicos.

Por su parte, Rodrigue, Kanasky, Jackson y Perri (2000) evaluaron la estructura factorial y la estabilidad de los ítems del PAIS-SR en 280 pacientes candidatos a trasplante de Riñón, Hígado y Pulmón encontrando que el PAIS-SR es un instrumento con una buena validez convergente y consistencia interna para medir el ajuste a la enfermedad.

Stubbing, Haalboom y Barr (1998) evaluaron la capacidad del PAIS-SR para determinar el impacto psicosocial del deterioro y la enfermedad, comparado con el juicio del personal de salud, en pacientes con limitación respiratoria irreversible. Estos autores encontraron un adecuado grado de acuerdo entre la escala y el juicio del personal, concluyendo que esta escala puede identificar individuos con dificultades en su adaptación incluso cuando éstas no son reconocidas por el personal médico.

En suma, se ha demostrado que el PAIS o EAPE es instrumento válido y confiable en estas poblaciones, lo cual es alentador para ser aplicado en población mexicana.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estimar los valores de confiabilidad y validez de constructo del PAI S- SR en pacientes mexicanos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

OBJETIVO PARTICULAR

Obtener la consistencia interna a través del alpha de Cronbach

Establecer la validez de constructo del PAI S-SR mediante correlaciones con el CPCE.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Adaptación Psicosocial

Conceptual: Equilibrio pleno de asimilación y acomodación entre la persona y su medio interno (estabilidad emocional) así como hacia su ambiente social (familia, comunidad, estado político, orden social, etc.) (Dorsch, 1985).

Operacional: Puntaje total de la Escala de Adaptación Psicosocial a la Enfermedad Física (PAI S-SR).

Estrés

Conceptual: Es el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1991).

Operacional: Puntaje del cuestionario de Percepción de Control del Estrés (CPCE).

MÉTODO

SUJETOS

Participaron pacientes con diagnóstico de DM2 del Hospital Central Norte (HCN) de PEMEX. De acuerdo al criterio de tener al menos 5 sujetos por reactivo (Reidel, s/f), se aplicaron 332 cuestionarios, los cuales fueron elegidos con un muestreo propositivo (Kerlinger y Lee, 2002) hasta completar el tamaño de la muestra, de acuerdo con los siguientes criterios:

Inclusión

Pacientes con diagnóstico de DM2.

Pacientes que escribieran y leyeran con fluidez.

Pacientes que formaron parte del grupo psicoeducativo del HCN.

Exclusión

Pacientes cuyo estado de la enfermedad les impidiera contestar las escalas.

Pacientes con alguna otra enfermedad crónico-degenerativa como causa primaria.

Debido a que no se tuvo acceso a todos los expedientes de la muestra (N= 332), sólo se obtuvieron los cuestionarios de *Percepción de Control del Estrés* (CPCE), datos de evolución y antecedentes hereditarios de 252 sujetos, por tanto de 80 sujetos no se aplicó el CPCE, ni se obtuvieron datos de evolución y antecedentes hereditarios.

INSTRUMENTOS

PAIS-SR o ESCALA DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL A LA ENFERMEDAD FÍSICA (Derogatis y Derogatis, 1990. Ver anexo 1).

Es una escala a nivel intervalar, multidimensional, auto aplicable, diseñada para evaluar la adaptación psicológica y social de los pacientes (y los miembros de su familia) ante la enfermedad física. Comprende 46 ítemes referentes a un período temporal de los últimos 30 días, que evalúan los 7 dominios siguientes:

- I. Conciencia del cuidado de su propia salud.
- II. Ámbito profesional.
- III. Ámbito doméstico.
- IV. Relaciones Sexuales.
- V. Relaciones familiares más allá de la familia nuclear.
- VI. Entorno social.
- VII. Malestar psicológico.

La calificación del PAIS consiste en la suma total de los dominios, para buscar su equivalente en puntuación T; y/o la suma de cada uno de los 7

dominios para después convertirla en puntajes T (una puntuación T mayor a 62 indica problemas en la adaptación).

PERCEPCIÓN DE CONTROL DEL ESTRÉS (Rojas, 2001. Ver anexo 2).

Es un instrumento para medir estrés basado en la percepción de control. Este cuestionario consiste en 10 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta: donde 0 es igual a nunca, 1 es casi nunca, 2 algunas veces, 3 frecuentemente y 4 siempre. El cuestionario se califica realizando una sumatoria de los 10 reactivos, y el total se ubica en los siguientes rangos - tomando en cuenta que a mayor percepción de control, menor estrés; y a menor percepción de control, mayor estrés- :

- 0- 13 Poco estresado
- 14- 26 Moderadamente estresado
- 19 o más Muy estresado

Se han reportado valores de confiabilidad ($\alpha=0.83$) de este instrumento así como un adecuado poder discriminante (Rojas, 2000). El cuestionario de *Percepción de Control del Estrés* (CPCE) se esperaba correlacionara con el *PAIS-SR* de manera positiva para conseguir la validez de constructo, es decir a mayor estrés, mayor desadaptación psicosocial.

ESCENARIO

Las aplicaciones se llevaron a cabo en una aula del hospital, con un cupo alrededor de 45 pacientes, el lugar contó con ventilación adecuada y sillas cómodas con paleta para escribir. Cuando el grupo fue mayor a 45 personas se utilizó el auditorio del hospital, el cual era un espacio con las mismas condiciones de comodidad para el paciente pero más amplio y con mejores medios audiovisuales.

PROCEDIMIENTO

Se asistió al HCN de PEMEX y se obtuvo una muestra propositiva de 332 pacientes con DM2. La muestra consistió de los grupos ya formados de pacientes con diagnóstico de DM2 de la clínica de Factores de Riesgo de este Hospital. Dichos pacientes eran referidos de urgencias y/o medicina familiar donde recibían un primer diagnóstico, después pasaban a la clínica de Factores de Riesgo donde eran nuevamente valorados por un médico internista, el cual solicitaba al paciente exámenes de laboratorio y monitoreo de las cifras de glucosa para confirmar el diagnóstico de DM2 y seguir su manejo en dicha área e invitarlos a participar en un programa psicoeducativo.

Dentro del programa psicoeducativo del Hospital y en la primera sesión del curso se les solicitaba a los pacientes su colaboración voluntaria para contestar el PAIS- SR y el CPCE, explicando brevemente en qué consistían y la importancia de su aplicación. El tiempo otorgado a los sujetos para contestar los instrumentos fue de 40 minutos, después del cual se daba inicio al programa planeado por el Hospital. El programa psicoeducativo para pacientes con DM2 consistió en pláticas impartidas por diferentes profesionales en salud (médico gral, nutrióloga, trabajadora social,

educadoras en diabetes, enfermera, etc.) referentes al conocimiento de su enfermedad, la importancia de una alimentación adecuada, ejercicio, monitoreo, etc.

DI SEÑO

Diseño no experimental, transversal- correlacional.

RESULTADOS

Para obtener los valores de confiabilidad y validez de constructo del PAIS-SR se llevó a cabo una descripción sociodemográfica de los sujetos, un análisis para conocer la distribución de la muestra, una evaluación de la consistencia interna de las subescalas del PAIS-SR, un análisis de correlación entre el CPCE y el PAIS-SR, y algunos análisis para conocer información específica que arroja el PAIS-SR.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total se compuso de 332 sujetos con diagnóstico de DM2, a los cuales se les aplicó el *PAIS-SR*. Debido a que sólo de 252 se obtuvieron datos de evolución de la enfermedad, antecedentes hereditarios y el cuestionario de *Percepción de Control del Estrés*, se compararon a estos con los 80 restantes para conocer si las dos muestras obtenidas eran homogéneas. Se observó que únicamente la variable edad presentó diferencias significativas ($t= 2.87$, $p<0.001$), la edad promedio del grupo con datos completos fue más grande (61 años) que la del otro grupo (57 años).

Las características sociodemográficas de la muestra total (N=332) se observan en la Tabla 4. El promedio de edad fue de 59.89 años, la mayoría se dedicaban al hogar y el número de mujeres fue mayor al de hombres. Una parte importante de los sujetos contaban con estudios y eran personas casadas.

TABLA 4. Características de la población (N = 332)

VARIABLE		N (%)
Edad		59.89 ^o
Sexo	Mujeres	223 (67.2)
	Hombres	109 (32.8)
Escolaridad	Sin estudios	7 (2.2)
	Primaria	142(44.8)
	Secundaria	63 (19.9)
	Técnico	42 (13.2)
	Bachillerato	31 (9.8)
	Licenciatura	32 (10.1)
Ocupación	Hogar	194 (58.8)
	Jubilados	92 (27.9)
	Trabajan	43 (13)
	Estudio	1 (.3)
Estado Civil	Casados	236 (71.1)
	Viudos	56 (16.9)
	Solteros	22 (6.6)
	Divorciados	8 (2.4)
	Otro	10 (3.0)

^o Promedio

De los sujetos con datos completos, el 57.4% reportó tener antecedentes hereditarios y el resto señaló desconocer o no tener parientes con diabetes. Dichos pacientes tuvieron un promedio de evolución de la enfermedad de 86.75 meses, con un mínimo de 2 meses y un máximo de 360 meses de diagnóstico.

ANÁLISIS PSICOMÉTRICO

Con el propósito de determinar cómo se distribuyen los datos, se obtuvieron los valores de asimetría y curtosis para cada uno de los 46 ítems que comprende el PAIS-SR (Tabla 5). Los valores de curtosis tendieron a elevarse (leptocurtica), debido a que hubo mas valores positivos. En cuanto a la asimetría, esta fue positiva, lo cual indica que los sujetos tendieron a distribuirse por debajo de su media; es decir los sujetos en general se mostraron adaptados. Tales valores de asimetría y curtosis mostraron que los datos no se distribuyen normalmente (Cohen y Swerdlik, 2001, Hernández, et al., 1998). Dicha información se

corroboró al realizar la prueba de Kolmogorov Smirnov, donde se obtuvieron los mismos resultados ($p < 0.01$) para el total de la prueba.

TABLA 5. Asimetría y curtosis para cada ítem del PAIS- SR.

ITEM	Asimetría	Curtosis	ITEM	Asimetría	Curtosis
P.1.1	-.249	-1.043	P.4.2	.825	-.556
P.1.2	.034	-1.449	P.4.3	.621	-.798
P.1.3	1.408	1.712	P.4.4	.877	-.587
P.1.4	1.054	.015	P.4.5	.983	-.170
P.1.5	-.016	-1.084	P.4.6	1.935	3.019
P.1.6	.165	-1.280	P.5.1	2.221	4.273
P.1.7	1.444	1.883	P.5.2	2.032	3.279
P.1.8	.424	-1.082	P.5.3	1.216	.321
P.2.1	1.115	.811	P.5.4	2.250	4.589
P.2.2	.262	-.429	P.5.5	2.098	5.023
P.2.3	2.722	6.032	P.6.1	1.539	1.521
P.2.4	1.628	1.450	P.6.2	.738	-1.122
P.2.5	1.239	.527	P.6.3	1.479	.926
P.2.6	1.668	1.931	P.6.4	.958	-.547
P.3.1	1.854	2.629	P.6.5	1.353	.683
P.3.2	1.792	3.327	P.6.6	.819	-.877
P.3.3	.749	-.163	P.7.1	.450	-.090
P.3.4	.771	-.645	P.7.2	.664	.014
P.3.5	1.702	1.938	P.7.3	.591	.100
P.3.6	1.372	.611	P.7.4	.987	.560
P.3.7	1.096	.260	P.7.5	.005	-.589
P.3.8	.903	-.411	P.7.6	1.081	.385
P.4.1	2.319	4.652	P.7.7	.928	.040

Se obtuvo la confiabilidad para cada uno de los 7 dominios de la estructura factorial propuesta por Derogatis y Derogatis (1990) del PAIS-SR y del total de éste (Tabla 6). En general, los valores de confiabilidad de las escalas originales fueron adecuados ($\geq .70$).

TABLA 6. Coeficientes de confiabilidad de las escalas originales del PAIS-SR.

ESCALA	No ITEMS	ALPHA
Conciencia Del Cuidado De Su Propia Salud	8	.73
Ámbito Profesional	6	.73
Ámbito Domestico	8	.79
Relaciones Sexuales	6	.88
Relaciones Familiares	5	.76
Entorno Social	6	.87
Malestar Psicológico	7	.88
TOTAL	46	.93

La confiabilidad del CPCE en este trabajo fue de $\alpha=.80$. Se hicieron correlaciones parciales de Kendall ajustadas por la variable edad, entre las escalas originales del PAIS- SR y el CPCE (Tabla 7). Como se observa en dicha tabla, la correlación más alta fue con el dominio de Malestar Psicológico.

TABLA 7. Coeficientes de Correlación Parcial de Kendall ajustadas por edad de las escalas de Derogatis y Derogatis (1990) y el cuestionario de Percepción de Control del Estrés.

ESCALA	C.C.P.S	A.P	A.D	R.S	R.F	E.S	M.P	CPCE
C.C.P.S	1.000							.21*
A.P	.28*	1.000						.28*
A.D	.34*	.52*	1.000					.33*
R.S	.19*	.20*	.31*	1.000				.16*
R.F	.27*	.33*	.48*	.27*	1.000			.23*
E.S	.34*	.38*	.44*	.25*	.45*	1.000		.24*
M.P	.32*	.41*	.50*	.23*	.37*	.43*	1.000	.41*

*p < 0.001, C.C.P.S= Conciencia del Cuidado de su Propia Salud, A.P= Ámbito Profesional, A.D= Ámbito Dómetico, R.S= Relaciones Sexuales, R.F= Relaciones Familiares, E.S= Entorno Social, M.P= Malestar Psicológico.

Cuando se observó el contenido del instrumento, de manera aparente parecía que algunos reactivos podían ubicarse en más de una escala o definitivamente en otra (p. ej. el ítem 3.5 -"Ha disminuido la comunicación entre usted y lo miembros de su familia" - está en *Ámbito Domestico*, sin embargo también puede incluirse en *Relaciones Familiares*. Por lo cual se llevó acabo un análisis factorial exploratorio para apreciar estadísticamente esta posibilidad. Las cargas factoriales obtenidas se muestran en la tabla 8.

TABLA 8. Matriz de Cargas Factoriales del PAIS-SR con la Estructura Factorial Econtrada.

PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7
7.2 Recientemente, ¿se ha sentido triste, deprimido, con falta de interés o se ha sentido desesperado?	.758						
7.1 Recientemente, ¿se ha sentido temeroso, tenso, nervioso o ansioso?	.754						
7.3 Recientemente, ¿se ha sentido enojado, irritable, o ha tenido dificultad para controlar su temperamento?	.706						
7.5 Recientemente, ¿se ha preocupado mucho por su enfermedad o por otros asuntos?	.684						
7.6 Recientemente, ¿se ha sentido mal consigo mismo, o como una persona menos valiosa?	.669						
7.4 Recientemente ¿se ha echado la culpa por las cosas que suceden, se ha sentido culpable, o ha sentido que le ha fallado a alguien?	.645						
7.7 Recientemente ¿ha estado preocupado de que su enfermedad haya causado cambios en su apariencia que lo hagan menos atractivo?	.580						
1.5 Durante una enfermedad, cada persona espera y asume una actitud diferente con respecto al hecho de estar enferma. Por favor, señale la alternativa que mejor describa sus sentimientos.	.403						
5.1 Desde que está enfermo, ¿ha tenido el contacto usual (sea personalmente o por teléfono) con los miembros de su familia que no viven en su casa?		.632					
5.2 ¿Ha permanecido tan interesado por reunirse con estos miembros de su familia desde su enfermedad?		.626					
3.2 ¿Cómo describiría sus relaciones con las otras personas con quienes vive (hijos, padres, tías, etc.)?		.616					
3.5 ¿Ha ocasionado su enfermedad una disminución en la comunicación entre usted y los miembros de su familia?		.607					
5.3 A veces, cuando las personas están enfermas, se ven obligadas a depender de miembros de su familia que no viven en su casa para que los ayuden físicamente ¿Le brindan ellos la ayuda que necesita?		.546					
3.6 Algunas personas con una enfermedad como la suya sienten que necesitan ayuda de otras personas (amigos, vecinos, familiares, etc.) para hacer las cosas día a día. ¿Siente usted la necesidad de tal ayuda? ¿Hay alguien que le ayude o atienda?		.526					
5.4 Algunas personas socializan mucho con los miembros de su familia que no viven en		.510					

PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7
su casa ¿socializa usted mucho con estos miembros? ¿Ha reducido su socialización?							
3.1 ¿Cómo describiría su relación con su esposo o compañero, desde su enfermedad?		.509					
5.5 En general, ¿cómo ha estado relacionándose con estos miembros de su familia recientemente?		.480					
3.4 En esas áreas donde su enfermedad ha causado problemas con respecto a su trabajo en el hogar, ¿cómo ha distribuido la familia las tareas para ayudarle?		.422					
2.6 ¿Ha notado que los problemas con sus compañeros de trabajo han aumentado desde su enfermedad?							
3.8 Una enfermedad como la suya a veces puede representar un problema económico para la familia ¿tiene alguna dificultad para sufragar los gastos de su enfermedad?							
6.5 ¿Se ha mantenido interesado (a) por las actividades sociales desde su enfermedad (ej. Reuniones sociales, grupos de la iglesia, ir al cine, etc.)?			.710				
6.3 ¿Esta usted tan interesado por las actividades de tiempo libre con su familia (ej. jugar cartas y juegos, viajar, nadar, etc.) como lo estaba antes de su enfermedad?			.705				
6.4 ¿Participa todavía en esas actividades con la misma frecuencia que antes?			.691				
6.1 ¿Continúa usted tan interesado por sus actividades de tiempo libre y sus pasatiempos como lo estaba antes de su enfermedad?			.671				
6.6 ¿Qué hay con respecto a su participación? ¿Todavía sale con sus amigos y realiza esas actividades?			.655				
6.2 ¿Actualmente que tan frecuente realiza actividades de tiempo libre?			.599				
4.3 Una enfermedad a veces causa disminución en la actividad sexual ¿ha experimentado alguna disminución en la frecuencia de su actividad sexual?				.835			
4.5 A veces, una enfermedad interfiere con la capacidad de una persona en su actividad sexual, aunque todavía se interese por el sexo ¿le ha sucedido esto? si es así, ¿hasta qué punto?				.832			
4.2 A veces, cuando las personas se enferman manifiestan una pérdida de interés en su actividad sexual ¿ha experimentado menos interés sexual desde su enfermedad?				.826			
4.4 ¿Ha habido algún cambio en el placer o satisfacción que normalmente experimenta en el sexo?				.825			
4.6 A veces, una enfermedad interfiere con la relación sexual normal de una pareja y es causa de discusiones o problemas entre ellos ¿han tenido usted y su pareja alguna discusión como ésta? si la ha tenido, ¿a qué grado?				.556			

PREGUNTA	1	2	3	4	5	6	7
4.1 A veces, tener una enfermedad puede causar problemas en una relación, ¿le ha ocasionado su enfermedad problemas con su esposo, o con su compañero?				.545			
2.1 ¿Ha interferido su enfermedad con su habilidad para realizar su trabajo?					.675		
2.5 ¿Ha tenido que cambiar las metas relacionadas con su trabajo como resultado de su enfermedad?					.673		
2.2 Físicamente, ¿cómo realiza su trabajo ahora?					.672		
3.3 ¿Cuánto ha interferido su enfermedad con el trabajo y las tareas del hogar?					.590		
3.7 ¿Ha experimentado algún impedimento físico por su enfermedad?					.588		
2.3 Durante los pasados 30 días, ¿ha perdido tiempo de su trabajo debido a su enfermedad?					.536		
2.4 ¿Es su trabajo tan importante para usted ahora como lo era antes de su enfermedad?					.468		
1.3 Actualmente, ¿cómo se siente acerca de la calidad del cuidado médico disponible y de la atención que recibe de los doctores?						.703	
1.6 Estar enfermo puede ser una experiencia confusa y algunos pacientes sienten que no reciben suficiente información y detalles del personal de salud acerca de su enfermedad. Por favor, seleccione la alternativa que mejor describa sus sentimientos al respecto.						.698	
1.8 Durante una enfermedad como la suya, los pacientes reciben diferente cantidad de información sobre su tratamiento. Por favor, seleccione la alternativa que mejor describa la información que ha recibido de su tratamiento.						.694	
1.4 Durante su actual enfermedad, ha recibido tratamiento tanto de los doctores como del personal médico? ¿cómo se siente acerca de ellos y del tratamiento que ha recibido?						.686	
1.7 Durante una enfermedad como la suya, las personas tienen diferentes ideas acerca de su tratamiento y qué esperar de éste. Por favor, seleccione una de las alternativas que mejor describa lo que espera de su tratamiento.						.656	
1.1 ¿Cuál de las siguientes alternativas describe mejor su actitud con respecto al cuidado de su salud?							.799
1.2 Su enfermedad actual probablemente requiere alguna atención especial y cuidado de su parte. Por favor seleccione la alternativa que mejor describa su reacción.							.790

TABLA 9. Comparación de la Estructura Factorial de Derogatis y Derogatis (1990) y la Estructura Factorial Encontrada

ESTRUCTURA FACTORIAL ORIGINAL		ESTRUCTURA FACTORIAL ENCONTRADA	
<i>Conciencia del Cuidado de su Propia Salud</i>	1.1	→	1.1
	1.2	→	2.2
	1.3	→	3.3
	1.4	→	4.4
	1.6	→	1.6
	1.7	→	1.7
	1.8	→	1.8
	1.5	→	5.5
<i>Malestar Psicológico</i>	7.1	→	7.1
	7.2	→	7.2
	7.3	→	7.3
	7.4	→	7.4
	7.5	→	7.5
	7.6	→	7.6
	7.7	→	7.7
<i>Ámbito Profesional</i>	2.1	→	2.1
	2.2	→	2.2
	2.3	→	2.3
	2.4	→	2.4
	2.5	→	2.5
	2.6 Eliminado		
<i>Ámbito Domestico</i>	3.1	→	3.1
	3.2	→	3.2
	3.3	→	3.4
	3.4	→	3.5
	3.5	→	3.6
	3.6	→	3.7
	3.7	→	3.8
	3.8 Eliminado		
<i>Relaciones Familiares</i>	5.1	→	5.1
	5.2	→	5.2
	5.3	→	5.3
	5.4	→	5.4
	5.5	→	5.5
<i>Relaciones Sexuales</i>	4.1	→	4.1
	4.2	→	4.2
	4.3	→	4.3
	4.4	→	4.4
	4.5	→	4.5
	4.6	→	4.6
<i>Entorno Social</i>	6.1	→	6.1
	6.2	→	6.2
	6.3	→	6.3
	6.4	→	6.4
	6.5	→	6.5
	6.6	→	6.6
		<i>Actitud hacia el Cuidado Personal</i>	
		<i>Percepción de la Atención</i>	
		<i>Estado Emocional</i>	
		<i>Trabajo</i>	
		<i>Relaciones Familiares</i>	
		<i>Relaciones Sexuales</i>	
		<i>Tiempo Libre</i>	

La tabla 9 muestra los cambios entre la estructura factorial original y la estructura factorial encontrada en este estudio, los factores obtenidos

fueron distintos a los propuestos originalmente y por tanto se les renombró de acuerdo al contenido del dominio. Sólo dos escalas quedaron intactas (*Relaciones Sexuales* y *Entorno Social*) y los ítems 2.6 y 3.8 no cargaron en ningún factor por lo que fueron eliminados.

Después del análisis factorial exploratorio, se realizó el análisis de confiabilidad para las nuevas cargas factoriales obtenidas (Tabla 10). El nivel de confiabilidad total fue de .93, el nivel de confiabilidad más bajo por escala fue en *Actitud Hacia el Cuidado Personal*.

TABLA 10. Coeficientes de Confiabilidad de las Estructura Factorial Encontrada en este estudio del PAIS-SR.

ESCALA	No DE ITEMS	ALPHA
Actitud hacia el Cuidado Personal	2	.63
Percepción de la Atención	5	.77
Relaciones Familiares	10	.84
Trabajo	7	.79
Relaciones Sexuales	6	.88
Tiempo Libre	6	.87
Estado Emocional	8	.87
TOTAL	44	.93

Las normas propuestas por Derogatis y Derogatis (1990) se realizaron en términos de puntuaciones T. El área T tiene una media de 50 y una desviación estándar de 10, donde una puntuación T de 60 se sitúa en el percentil 84 y una puntuación T de 70 es igual al percentil 94; para estos autores una puntuación T arriba de 62 indica dificultades en la adaptación. Las equivalencias de percentiles a puntuaciones T para la muestra obtenida (estructura factorial encontrada y original) no mostraron diferencias muy marcadas con la estructura del Manual del instrumento. Sin embargo, las primeras fueron más bajas (Tabla 11).

TABLA 11. Equivalencia de Percentiles a Puntuaciones T del Manual de Calificación y de la Muestra del Estudio (estructura original y encontrada).

PERCENTILES	PUNTUACIONES T		
	Manual de Calificación	Estructura Original	Estructura Encontrada
84	60	60.72	61.10
86	62	61.40	61.75
94	70	67.55	67.82

Las equivalencias percentilares de ambas estructuras factoriales (encontrada y original), no parecen tener mayor diferencia (Tabla 12).

TABLA 12. Comparación de Percentiles y Puntajes Brutos para el PAIS-SR.

PERCENTILES	PUNTAJES BRUTOS	
	Estructura Original	Estructura Encontrada
P ₂₅	16	16
P ₅₀	31	30
P ₇₅	47	45
P ₉₀	63	61
P ₉₅	75	71

Se obtuvo la media y la desviación estándar para cada una de las escalas obtenidas del análisis factorial exploratorio (Tabla 13).

TABLA 13. Media y Desviación Estandar para el Total y cada una de las Escalas del PAIS-SR de la Nueva Estructura Factorial.

ESCALA	ξ	s
Actitud Cuidado Personal	2.58	1.69
Percepción de la Atención	3.77	3.07
Relaciones Familiares	4.86	5.17
Trabajo	5.02	4.05
Relaciones Sexuales	4.47	4.55
Tiempo Libre	4.67	4.97
Estado Emocional	7.40	4.67
TOTAL	32.77	19.77

Se llevaron a cabo correlaciones (ajustadas a la variable edad) entre la estructura factorial encontrada del PAIS-SR y el cuestionario de *Percepción de Control de Estrés* (Tabla 14). La correlación entre el CPCE y la suma de la nueva estructura factorial encontrada es de $T_{xy,z}=.36$, $p=.001$, es decir una correlación positiva donde a mayor estrés, mayor desadaptación psicosocial. Es de notar que las escalas de *Malestar*

Psicológico (estructura original) y *Estado Emocional* (estructura encontrada) correlacionan significativamente más alto con el CPCE, que el resto de las escalas del PAIS-SR (Tabla 7 y 14).

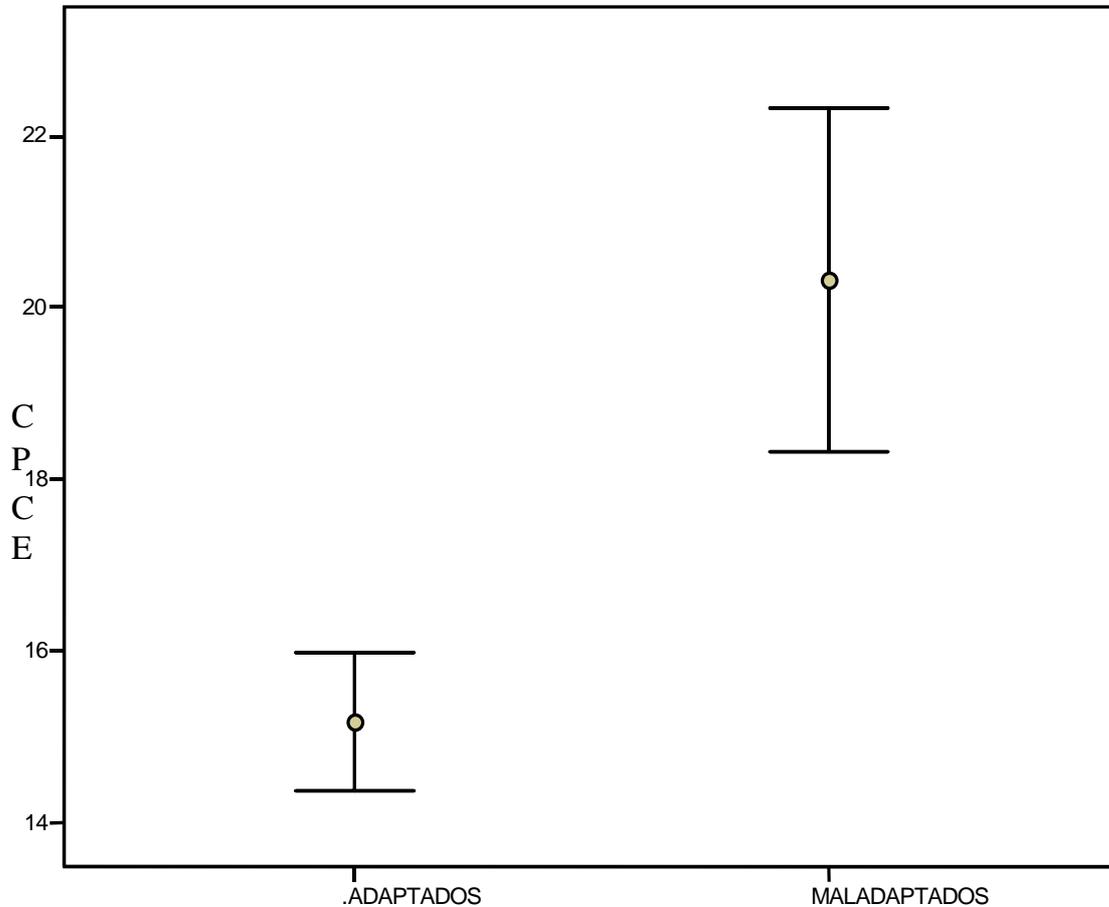
TABLA 14. Coeficientes de Correlación Parcial de Kendall entre la Estructura Factorial Encontrada y el Cuestionario de Percepción de Control de Estrés.

ESCALA	E.E.	R.F.	T.L.	R.S.	T.	P. A.	A.C.P.	CPCE
E.E.	1.000							.41*
R.F.	.43*	1.000						.30*
T.L.	.43*	.46*	1.000					.24*
R.S.	.25*	.32*	.26*	1.000				.17*
T.	.45*	.41*	.39*	.20*	1.000			.30*
P.A.	.22*	.25*	.24*	.13*	.21*	1.000		.14*
A.C.P.	.19*	.20*	.24*	.14*	.16*	.19*	1.000	.15*

*p < 0.001, E.E= Estado Emocional, R.F= Relaciones Familiares, T.L= Tiempo Libre, R.S= Relaciones Sexuales, T.= Trabajo, P.A= Percepción de la Atención, A.C.P= Actitud hacia el Cuidado Personal.

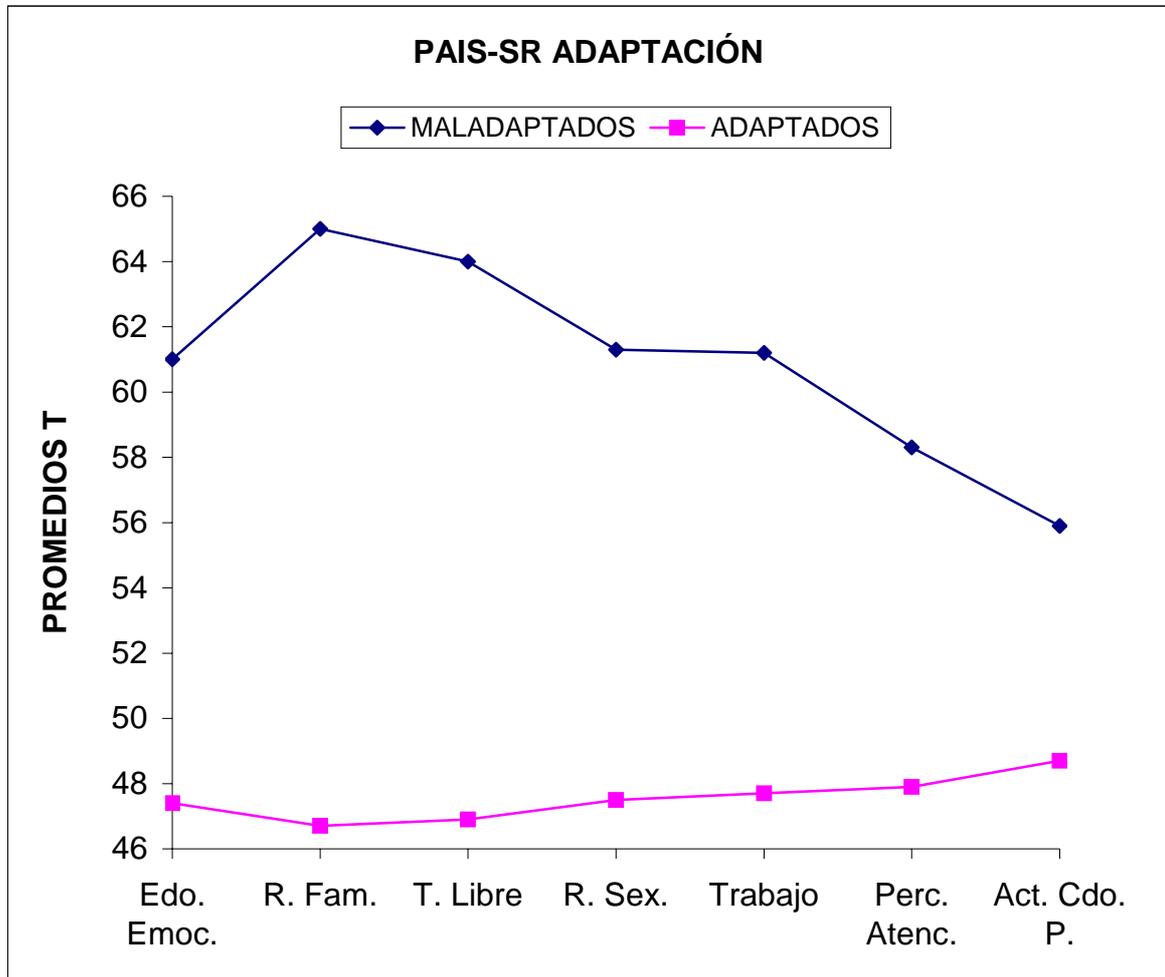
Se compararon los puntajes del CPCE de acuerdo al criterio de adaptados y maladaptados (puntaje T PAIS-SR \geq 61), se encontró una diferencia significativa ($t = -4.93$, $p < 0.001$) entre estos dos grupos como se muestra en la Figura 1, donde los sujetos maladaptados son los más estresados, dicho resultado explica la correlación existente entre el CPCE y el PAIS-SR.

FIGURA 1. Comparación de los puntuaciones CPCE de acuerdo al criterio de adaptados y maladaptados.



Se realizó un análisis de frecuencias, se encontró que 269 (85.5%) sujetos de la muestra están adaptados y 53 (16.5%) maladaptados. A pesar de que la muestra del PAIS-SR no se distribuye normalmente, se tomaron los promedios en puntuaciones T de cada dominio para comparar las puntuaciones en cada área de acuerdo al criterio de adaptados o maladaptados y estimar las principales áreas problemas de la muestra obtenida. Como se muestra en la Figura 2, las principales áreas problemas para los sujetos adaptados son *Actitud hacia el Cuidado Personal*, *Percepción de la Atención Recibida y Trabajo*, en cambio para los participantes maladaptados son: *Relaciones Familiares*, *Tiempo Libre* y *Relaciones Sexuales*.

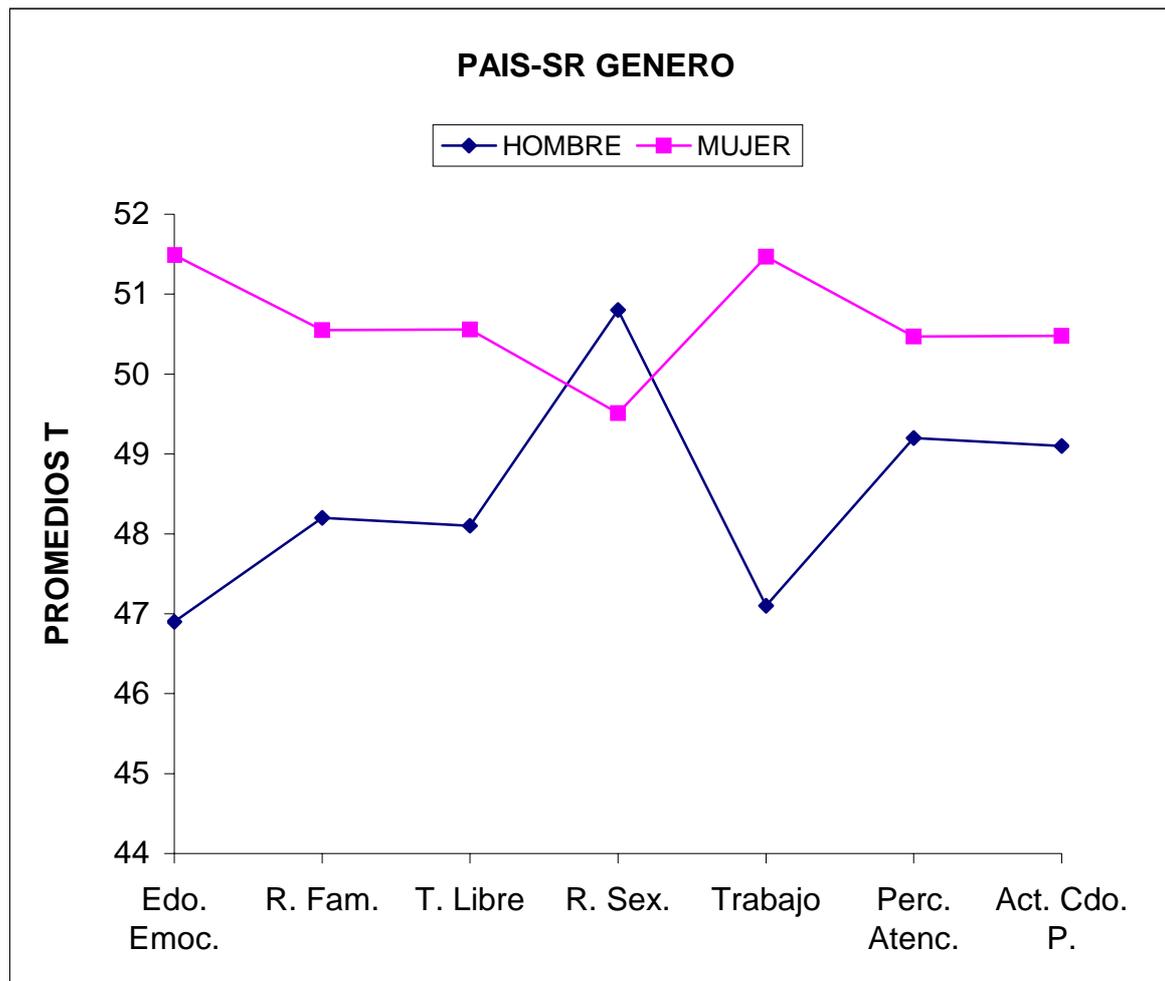
Figura 2. Promedios en Puntuaciones T de los dominios del PAIS-SR de los sujetos adaptados y maladaptados.



Se hizo un análisis de comparación de medias de puntuaciones T a través de la U de Mann-Whitney de cada uno de las escalas encontradas de acuerdo al criterio de adaptados y maladaptados, los resultados señalaron que existen diferencias significativas ($p < 0.001$) en cada uno de los dominios de la nueva estructura encontrada. A través del mismo análisis se compararon las medias de cada una de las escalas pero con el criterio de diferencia de genero, se encontraron diferencias significativas ($p = .001$) en los dominios de

Estado Emocional, Relaciones Familiares, Relaciones Sexuales y Trabajo (Figura 3).

Figura 3. Comparación de medias de puntuaciones T de cada uno de las escalas de la estructura encontrada de acuerdo al genero masculino y femenino.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las condiciones crónicas y en particular la Diabetes Mellitus, son problemas de salud prioritarios, por lo que es importante buscar las mejores estrategias para enfrentarlos. El estudio de la adaptación psicosocial implica el conocimiento de las áreas que pueden entorpecer o favorecer el curso de la enfermedad. Al identificar realmente cuál es el problema en la adaptación se puede lograr un nivel satisfactorio de funcionamiento en el paciente, dentro de las limitaciones de su trastorno. Desde esta visión, la psicometría contribuye al tratamiento de la Diabetes Mellitus, al proporcionar instrumentos confiables y validos que puedan ser utilizados en ambientes clínicos y de investigación. El propósito de este estudio fue estimar los valores de confiabilidad y validez de constructo del PAIS-SR en pacientes con DM2.

La confiabilidad de la estructura factorial encontrada en este estudio se obtuvo a través del Alpha de Cronbach. Para cada uno de los dominios se obtuvo dicho valor, lo que resultó en un buen nivel de confiabilidad, es decir, valores mayores de .70 (Kerlinger y Lee, 2002), por lo tanto los resultados son acordes a los encontrados por Hervas y Navarrete (1992). Tanto en la versión de Derogatis y Derogatis (1990) como en la de este estudio, se obtienen buenos niveles de confiabilidad, sin embargo la nueva estructura factorial obtuvo mejores niveles, a excepción de la escala de *Actitud Hacia el Cuidado Personal*, quizá a consecuencia del número de ítems que conformaron el factor.

Los datos encontrados en este estudio con respecto a la organización de la estructura factorial difieren a los presentados por Derogatis, Abeloff y

Melisaratos (1979), Rodrigue, Kanasky, Jackson y Perry (2000). Aunque la organización del contenido es diferente, en esencia siguen midiendo los mismos conceptos.

Las diferencias entre la estructura factorial de Derogatis et al. (1990) y la encontrada en este estudio se basan en la combinación de algunos ítems de las escalas *Ámbito Doméstico* y *Relaciones Familiares Más Allá de la Familia Nuclear*, tal unión se explica debido a que en la cultura mexicana los límites entre la familia nuclear y la colateral no son muy marcados, esto es, hay una cohesión y cercanía de los miembros de la familia mexicana, dicha relación es más extensa, al contrario de la cultura norteamericana donde los límites familiares están mejor establecidos (Díaz-Guerrero, 1990). También se integraron algunos ítems de la escala de *Ámbito Profesional* y *Ámbito Doméstico*, la razón para dicha integración puede deberse a que la mayoría de los sujetos de la muestra eran jubilados ó amas de casa, por lo tanto para dichos sujetos el ámbito profesional es el trabajo que desempeñan en su casa (*Ámbito Doméstico*). Por último, la escala de *Conciencia del Cuidado de su Propia Salud* cambió como consecuencia de que no sólo medía la actitud del paciente hacía su enfermedad, sino también la percepción de la atención médica recibida, así dicha escala define más claramente la idea buscada. El contenido sigue siendo el mismo, lo cual se observa al obtener la confiabilidad esperada tanto de la estructura factorial original y la encontrada.

Por otro lado al comparar las normas establecidas en el Manual del instrumento, con las normas obtenidas en este estudio siguiendo los dominios originales y los nuevos, se aprecia globalmente puntuaciones más altas, es decir mayor desadaptación en las muestra obtenida por Derogatis

y Derogatis (1990) en población norteamericana que la obtenida en la población mexicana. Esto podría explicarse al considerar que la muestra obtenida por Derogatis y Derogatis (1990) era de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1, los cuales desde el inicio de la enfermedad manifiestan síntomas clásicos (aumento de sed, debilidad, incremento del apetito, etc.) y utilizan insulina, con los efectos secundarios propios de la misma (American Diabetes Association, 2005; Islas y Lifshitz, 1993); y a pesar del tratamiento, dicha enfermedad es más difícil de controlar llegando más rápidamente a complicaciones (Islas y Lifshitz, 1993; National Kidney and Urologic Disease Information Clearinghouse, 2002); lo cual además puede implicar más estresores a los cuales hacer frente. Al contrario de la DM1, los pacientes con DM2 pueden ser asintomáticos y con una mejor respuesta a los hipoglucemiantes orales ó a tratamientos exclusivamente dietéticos (Islas y Lifshitz, 1993), de este último tipo de Diabetes es la muestra estudiada en este trabajo.

La validez de constructo se obtuvo al correlacionar al PAIS-SR con otro constructo, en este caso fue el CPCE con el cual obtuvo una correlación significativa. Es importante señalar que tanto la estructura factorial encontrada como la estructura factorial original, correlacionaron más alto con el CPCE en el área de estado emocional del PAIS-SR, esto probablemente se explica debido a que el CPCE está en términos del aspecto emocional del sujeto. Como señala Roa (1995), Velasco y Sinibaldi (2001) el estrés tiene un impacto negativo sobre el nivel de adaptación en su totalidad; esto supone que a mayor estrés mayor desadaptación psicosocial, lo cual fue confirmado al hacer la comparación entre el CPCE y la adaptación de los sujetos, donde se observó que los sujetos maladaptados tuvieron

mayor estrés. Todo lo anterior mostro al PAIS-SR como un instrumento confiable y valido.

El obtener los valores psicométricos planteados permite considerar la información obtenida a través del PAIS-SR para detectar las áreas que entorpecen la adaptación psicosocial del enfermo con DM2. Empleando el criterio de descripción de una puntuación $T \geq 61$, los sujetos por arriba de este criterio (maladaptados, $n=53$) fueron estadísticamente diferentes en todos los dominios de la escala. Llama especialmente la atención la subescala de *Relaciones Familiares* que fue la que registro los puntajes más altos en el grupo de pacientes maladaptados y por el contrario, la subescala con menor puntaje en el grupo de pacientes mejor adaptados. Esto parece confirmar el papel protector que juega la familia en el proceso de adaptación a una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus, lo que confirma que el bajo nivel de conflicto entre el grupo familiar y la mejor organización del mismo, crean una atmósfera más relajada, es decir con mayor flexibilidad y menor ansiedad, lo cual favorece un mejor control metabólico del paciente con Diabetes (Velasco y Sinibaldi, 2001). Otro dominio problema para los pacientes maladaptados -al contrario de los adaptados-, es la escala de Tiempo Libre, las dificultades en esta área señalan a pacientes que viven relativamente aislados de la sociedad o que son estructuralmente inflexibles, no cuentan con apoyo social, lo cual se traduce en una mayor dificultad para adaptarse a la enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001). El tercer dominio problema para los sujetos maladaptados fue la escala de Relaciones Sexuales, a consecuencia de un pobre control de la enfermedad los pacientes llegan a complicaciones médicas como la neuropatía, la cual puede provocar disfunción sexual (Velasco y Sinibaldi, 2001).

También se hicieron comparaciones de los dominios que obstaculizan el proceso de adaptación a los pacientes con DM2 de acuerdo a diferencias de género. La escala de *Relaciones Sexuales* obtuvo el puntaje más alto en hombres, al contrario de las mujeres. De acuerdo a Yela (1998) dicha desigualdad es un hecho psicobiológico y cultural, es decir el hombre genéticamente es más promiscuo que la mujer, y ésta más selectiva (dicha estrategia tiene más valor adaptativo para una transmisión genética más eficaz); por la parte cultural, los hombres y las mujeres son tratados de forma distinta y enseñados a comportarse de acuerdo a un rol social, por lo que el hombre aprende que su conducta sexual es un signo del que pueden jactarse, mientras que para la mujer es un signo del que avergonzarse; por ello la mayor dificultad del hombre para adaptarse a los cambios físicos que ocurren en el área sexual a consecuencia de la DM2. Por otro lado, el género femenino puntuó más alto en el dominio de *Estado Emocional*, contrario a lo obtenido en los hombres, la explicación física a esta situación es debido a los síntomas propios de la Diabetes Mellitus (reducción en la cantidad de energía producida por el cuerpo, fatiga creciente, irritabilidad, baja autoestima y depresión) (Velasco y Sinibaldi, 2001), pero en términos culturales, la mujer tiene permitido expresar sus emociones mientras que el hombre debe procurar no mostrarse sensible en público, ni cariñoso, ni llorando, ni emocionado, pues desde niño se le ha enseñado que esas expresiones son para mujeres (Yela, 1998).

Las limitaciones del estudio en términos de la validez interna fueron el tipo de muestreo utilizado, el cual fue de tipo propositivo es decir pacientes con DM2 de grupos ya conformados por el Hospital. Además no se contó con algún grupo comparativo (p.ej. personas sanas vs personas enfermas). Otra limitante en la aplicación del instrumento fue no obtener el CPCE, ni los

datos de evolución de la enfermedad y antecedentes hereditarios para toda la muestra. Sin embargo se obtuvo la aplicación del PAIS-SR a todos los sujetos, y se pudo tratar la muestra completa como a una sola.

Con relación a la validez externa del instrumento, es decir la posibilidad de generalización, el hospital donde se obtuvo la muestra es una dependencia que recibe pacientes exclusivos de PEMEX, que cuenta con condiciones diferentes -en cuanto a demanda, atención recibida, disponibilidad de recursos humanos y materiales, etc. - en comparación con otros hospitales (IMSS o ISSSTE) del país. Este punto puede reflejarse en el control o manejo de la enfermedad entre pacientes del Hospital de PEMEX y otro hospital. Por tanto el PAIS-SR es un instrumento válido y confiable únicamente para esta población .

Entre las desventajas del instrumento están el que al ser autoaplicable, los respondientes deben ser capaces de saber leer y entender las preguntas, descartando a los sujetos sin escolaridad o pobre capacidad de comprensión, lo cual puede comprometer la validez y confiabilidad de las respuestas al permitir distorsiones conscientes o inconscientes.

Otra limitante del instrumento es que a pesar de ser aplicado para la medida genérica de adaptación psicosocial, no considera síntomas específicos o particulares de la enfermedad, ni cuáles son las enfermedades asociadas a ésta. Esta situación conlleva a problemas más concretos, ya que pueden no tomarse en cuenta problemas particulares de los pacientes con diabetes (p. ej. problemas de adherencia al tratamiento), que pueden resultar subestimados y hasta inexplorados y de gran importancia para el ajuste psicosocial del individuo. Sin embargo es capaz de detectar en

términos generales a pacientes con alguna dificultad adaptativa para después proceder a una evaluación más minuciosa respecto al problema encontrado.

Para el seguimiento de este trabajo es importante obtener datos que nos ayuden a profundizar o delimitar mucho más la muestra en cuestión como: el conocimiento de la comorbilidad de los pacientes, antecedentes hereditarios, tiempo de evolución, si hay diferencias en el tratamiento farmacológico, si es un paciente con cifras de glucosa controladas o no, además de estudiar su validez predictiva.

El PAIS-SR a pesar de ser un instrumento largo, está escrito en un lenguaje claro para los sujetos, ya que no mostraron dificultad para contestarlo. Otra de sus ventajas es que al ser autoaplicable, hay una economía de esfuerzo y puede ser aplicado por un no profesional, entrenado en la aplicación del mismo. Además, en comparación con otros instrumentos demasiado especializados que no resultan adecuados para la enfermedad crónica, el PAIS-SR ha sido diseñado para utilizarse con enfermedades físicas en general, en este caso se adapta a la DM2.

Los resultados presentados señalan al PAIS- SR como un instrumento confiable y válido, esto se sustenta al obtener altos valores de confiabilidad, por correlacionar como se esperaba con el CPCE , por el análisis factorial que se ajusta a la teoría y a las condiciones culturales de la muestra.

Finalmente el PAIS-SR se considera como un instrumento de gran utilidad y alcance en el campo clínico, ya que permite detectar las áreas problemas, así como discriminar diferencias entre género. La información arrojada por el

instrumento permite la posibilidad de implementar programas de intervención, p. ej. en el dominio de *Relaciones Familiares* los objetivos de intervención estarán orientados a ayudar a las familias a detectar y resolver áreas de conflicto; por otro lado a mejorar el autoconcepto y la auto-imagen del paciente diabético; manejar el estrés, enseñar la técnica de solución de problemas, a ser asertivo, habilidades de comunicación, etc. Esto puede incorporarse en hospitales como parte de programas psicoeducativos para pacientes con problemas en su adaptación a la Diabetes Mellitus tipo 2.

REFERENCIAS

Adams, D; Streisand, M; Zawacki, T y Joseph, E. (2002). Living with a chronic illness: A measure of social functioning for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol 27(7) Oct, 593-605.

Aguilar, S., C.; Velazquez, M. O.; Gómez., P., F.; Gonzalez, C., A. et al. (2003). Characteristics of Patients whit Type 2 Diabetes in Mexico: Results from a large population-based nationwide survey. *Diabetes Care*. 26:2021-2026.

Akechi, T.; Fukue-Saeki, M.; Kugaya, A.; Okamura, H.; Nishiwaki, Y.; Yamawaki, S. y Uchitomi, Y. (2000) Psychometric properties of the Japanese version of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. *Psycho-Oncology*. Vol 9(5) Sep-Oct, 395-401.

Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development*. Nueva York: Guilford.

Alpizar, S., M. (2001) *Guía para el manejo integral de paciente diabético*. México: El Manual Moderno.

American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Position statements. *Diabetes Care* 2002; 25(1):113-229.

American Diabetes Association. Standards of medical care in Diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28:S4-36S.

Baker, A; Schmidt, F; Heinemann, W; Langley, M. y Miranti, S. (1998). The validity of the Katz Adjustment Scale among people with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*. Vol 43(1) Spr , 30-40.

Birchwood, M.; Smith, J.; Cochrane, R.; Wetton, S. et al.(1990) The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*. Vol 157 Dec, 853-859.

Bobes, J.; Gonzalez, MP; Bascaran, MT; Corominas, A; Adan, A; Sanchez, J y Such, P.(1999) Adaptation of the Spanish version of the Social Adaptation Scale in depressive patients. Validacion de la version espanola de la Escala de Adaptacion Social en pacientes depresivos. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. Vol 27(2) Mar-Apr, 71-80.

Bohachick, P.; Reeder, S.; Taylor, M. y Anton B. (2001). Psychosocial Impact of Heart Transplantation on Spouses. *Clin Nurs Res*, Feb; 10 (01): 6-25.

Bradley, C. (1996). *Handbook of psychology and diabetes*. Amsterdam:Harwood academic publishers.

Brydolf, M.; Berndtsson, I.; Lindholm, E. y Berglund, B. (1994). Evaluation of a Swedish version of the Ostomy Adjustment Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol 8(3) 179-183.

Burckhardt, S. (1990) The Ostomy Adjustment Scale: Further evidence of reliability and validity. *Rehabilitation Psychology*. Vol 35(3) 149-155.

Cayrou, S.; Dickes, P.; Gauvain-Piquard, A. y Roge, B. (2003). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psycho-Oncology*. Vol 12(1) Jan-Feb, 8-23.

Canivez, G., L. (2004). Replication of the Adjustment Scales for Children and Adolescents core syndrome factor structure. *Psychology in the Schools*. Vol 41(2) Feb, 191-199.

Clinger, MD; Fine, MA; Johnson, J.; Schwartzman, J.; et al.(1988). Assessment of the psychometric properties of the Adaptive Behavior Scale with psychiatric patients. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. Vol 56(4) Aug, 542-548.

Clopton, R y Greene, L.(1994). Katz Adjustment Scales en: Maruish, Mark E. *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. (pp. 352-370).

Cohen, R., J. y Swerdlik, M., E. (2001). *Pruebas y Evaluación Psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición*. México: McGraw-Hill.

Costa P.; Zonderman A. y MacCrae, R. (1991). Personality, Defense, Coping, and Adaptation in Older Adulthood. En: M.E. Cummings, A.L. Greebe, K.H. Karraker (Eds.). *Life-Span Developmental Psychology. Perspectives on Stress and Coping*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Crawford, P., L.(1973). The Crawford Psychological Adjustment Scale. *Psychological Service Center Journal*. Vol. 13 1973, 47-54.

Crespo MD; Ferre, F. (1992). The Spanish version of the Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS--SR): An instrument to measure psychosocial adaptation to physical illness. *Psiquis: Revista de Psiquiatria, Psicologia y Psicomatica*. Vol 13(6-7)Jul-Aug, 38-44.

Curral, R. y Palha, A. (1996). A validation study of the Portuguese version of the Washington Psychological Seizure Inventory (WPSI). Um estudo para validacao duma versao portuguesa do WPSI. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol 45(11) Nov, 625-632.

Davis, K; Hess, E; Van R y Hiss, G. (1987). Psychosocial adjustment to and control of diabetes mellitus: Differences by disease type and treatment. *Health Psychology*. Vol 6(1) , 1-14.

De León, A. (1995). Development, reliability and validation of the Diabetes Emotional Adjustment Scale in Spanish: Preliminary findings. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. Vol 25(1), 81-92.

Derogatis, L., R. (1986). The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*. Vol 30(1) 77-91.

Derogatis, L.R.; Abeloff, M., D. y Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA*, 242, 1504-1508.

Derogatis, L., R., Derogatis, M., F. (1990). *Psychosocial to Illness Scale PAIS-SR, Administration, Scoring and Procedures Manual*. Clinical Psychometric Research: Baltimore.

Diaz-Guerrero, R. (1990). *Psicología del Mexicano*. México: Trillas.

Dornelas, A; Botticello, L; Goethe, W. y Fischer, H. (2001). Validity of a brief measure of post-hospital adjustment for psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*. Vol 42(5) Sep-Oct, 410-415.

Dorsch, F. (1985). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Herder.

Dobratz, M., C. (2004). The Life Closure Scale: Additional Psychometric Testing of a Tool to Measure Psychological Adaptation in Death and Dying. *Research in Nursing & Health*. Vol 27(1) Feb , 52-62.

Dunn, M; Welch, W; Butow, N. y Coates, S. (1997). Refining the measurement of psychological adjustment in cancer. *Australian Journal of Psychology*. Vol 49(3) Dec, 144-151.

Edwards, D., W. et al. (1978). Test-taking and the stability of adjustment scales: Can we assess patient deterioration?. *Evaluation Quarterly*. Vol 2(2) May 1978, 275-291.

Fabiano, J. y Goran, A. (1992). A principal component analysis of the Katz Adjustment Scale in a traumatic brain injury rehabilitation sample. *Rehabilitation Psychology*. Vol 37(2), 75-85.

Folkman, S. (1991). Coping Across the Life Span: Theoretical Issues En: M.E. Cummings, A.L. Greebe, K.H. Karraker (Eds.). *Life-Span Developmental Psychology. Perspectives on Stress and Coping*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Gallagher, P. y MacLachlan, M. (2000). Development and psychometric evaluation of the Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES). *Rehabilitation Psychology*. Vol. 45(2) May, 130-154.

Greer, S; Moorey, S. y Watson, M.(1989)Patients' adjustment to cancer: The mental adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 33(3) 1989, 373-377.

Gilbar, O. y De-Nour, K. (1989). Adjustment to Illness and Dropout and Chemoterapy. *J Psychosom Res*, 33 (1), 1-5.

Goldman, H; Skodol, E. y Lave, R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*. Vol 149(9) Sep, 1148-1156.

González, M. M. (2000). *Cuando la Tercera Edad nos Alcanza*. México: Trillas.

Gorenstein, C.; Moreno, R; Bernik, M; Carvalho, S; Nicastri, S; Cordas,T; Camargo, A; Artes, R y Andrade, L. (2002). Validation of the Portuguese

version of the Social Adjustment Scale on Brazilian samples. *Journal of Affective Disorders*. Vol 69(1-3) May, 167-175.

Hernández, S., R., Fernández, C., C. y Baptista, L., P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Hervas, C. y Navarrete, F. (1992). Versión española del PAIS-SR: Un instrumento de medida para la adaptación psicosocial a la enfermedad física. *Psiquis Rev Psiq Psic y Psicosom*. 13 (6-7), 260-267.

Hewitt, P., L. y Flett, G. L. (1996). Personality traits and the coping process. En: M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.) *Handbook of coping: Theory, research, applications*. Nueva York: Wiley (pp. 410-433).

Ho, S.; Fung, W.; Chan, C.; Watson, M. y Tsui, Y. (2003). Psychometric properties of the Chinese version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale. *Psycho-Oncology*. Vol 12(6) Sep, 547-556.

Horowitz y Reinardt, P. (1998). Development of the Adaptation to age-related Vision Loss Scale. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. Vol 92(1) Jan, 30-41.

Hughson, AV; Cooper, AF; McArdle, CS y Smith, DC. (1988). Validity of the General Health Questionnaire and its subscales in patients receiving chemotherapy for early breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol 32(4-5) 1988, 393-402.

Islas, A., S. y Lifshitz, G., A. (1993) *Diabetes Mellitus*. México: Interamericana.

Iwasaki, S.; Fujii, K.; Miyauchi, M.; Oshima, I.; et al. (1994). The development of the Life Assessment Scale for the Mentally Ill: An assessment of reliability. *Seishin Igaku* (Clinical Psychiatry). Vol 36(11) Nov, 1139-1151.

Kaplan De-Nour A. (1982). Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS): a Study of Chronic Hemodialysis Patients. *J Psychosom Res*, 26 (1): 11-22.

Katz, M y Warren, W.(1998). *Katz Adjustment Scales: Relative Report Form (KAS-R): Manual*. Los Angeles, CA, US: Western Psychological Services. viii, 79 pp.

Kelly; Raphael, B; Burrows, G; Judd, F; Kernutt, G; Burnett, P; Perdices, M y Dunne, M. (2000). Measuring psychological adjustment to HIV infection. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. Vol 30(1), 41-59.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento*. México: Mc Graw- Hill.

Klimidis, S.; Minas, I., H. y Yamamoto, K. (2001). Impact of Illness Scale: Reliability, validity, and cross-cultural utility. *Comprehensive Psychiatry*. Vol 42(5) Sep-Oct, 416-423.

Latorre, P. y Beneit, M. (1994). *Psicología de la Salud*. Argentina: Lumen.

Lazarus, R., S. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Roca

León, C; Solomon, A; Mueller, I; Endicott, J; Posternak, M; Judd, L; Schettler, J; Akiskal, S. y Keller, B. (2000). A brief assessment of psychosocial functioning of subjects with bipolar I disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*. Vol 188(12) Dec, 805-812.

Lewis, D. y Bell, S. (1995). Pulmonary Rehabilitation, Psychosocial Adjustment, and use of Health Care services. *Rehabil Nurs*, Mar-Apr, 20 (2), 102-7.

Lifshitz, G., A. (1999). El estrés y las enfermedades invisibles. En: M. Ramiro-H. O. Saita (Eds.) *Temas de Medicina Interna: Estrés y Manifestaciones Clínicas*. México: McGraw-Hill Interamericana, Vol. V, Núm.3.

Maes, S., Leventhal, H. & de Ridder, D.T.D (1996). Coping with chronic diseases. En: M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.) *Handbook of coping: Theory, research, applications*. Nueva York: Wiley.

Merluzzi, V y Martinez S. (1997). Factor structure of the Psychosocial Adjustment to Illness Scale (Self-Report) for persons with cancer. *Psychological Assessment*. Vol 9(3) Sep, 269-276.

Montero, I; Bonet, A; Puche, E; Gomez Beneyto, M. (1988). Spanish version of the Disability Assessment Schedule (DAS II). *Psiquis: Revista de Psiquiatria, Psicología y Psicomatica*. Vol 9(5) 1988, 17-22.

Morrow, G., R; Chiarello, R., J. y Derogatis, L., R. (1978). A new scale for assessing patients' psychosocial adjustment to medical illness. *Psychological Medicine*. Vol 8(4) Nov, 605-610.

Mundt, C; Marks, M; Shear, M y Greist, M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*. Vol 180(5) May, 461-464.

Murphy, G., A. (1995). Psychosocial adjustment to illness: An examination of measures. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences*. Vol 55(9-A), Mar, 2724.

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC). NIH Publication No. 02-392SS, Abril (2002) en: <http://www.niddk.nih.gov/health/health.htm>.

Nordin, K.; Berglund, G.; Terje, I. y Glimelius, B. (1999). The mental adjustment to cancer scale--a psychometric analysis and the concept of coping. *Psycho-Oncology*. Vol 8(3) May-Jun, 250-259.

Nunnally, J. (1987). *Teoría Psicométrica*. México: Trillas.

Nunnally, J. y Bernstein, I. (1995). *Teoría Psicométrica*. México: Mc Graw-Hill.

Pakenham, I. (2001). Coping with multiple sclerosis: Development of a measure. *Psychology, Health & Medicine*. Vol 6(4) Nov, 411-428.

Patterson, T., L.; Semple, S., J.; Shaw, W., S.; Halpain, M.; Moscona, S.; Grant, I. y Jeste, D. V. (1997). Self-reported social functioning among older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. Vol 27(2-3) Oct, 199-210.

Peleg-Oren, N.; Sherer, M. y Soskolne, V. (2003). Effect of Gender on the Social and Psychological Adjustment of Cancer Patients. *Soc Work Health Care*, 37 (3), 17-34.

Pershad, D. y Verma, SK.(1989). Measurement of change in psychosocial functioning following illness and therapeutic intervention. *Indian Journal of Clinical Psychology*. Vol 16(2) Sep 1989, 64-67.

Platt, S., D. (1981). Social adjustment as a criterion of treatment success: Just what are we measuring? *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*. Vol 44(2) May, 95-112.

Prigerson, H., G.; Maciejewski, P., K.; Reynolds, C. F III; Bierhals, A., J.; Newsom, J., T.; Fasiczka, A.; Frank, E.; Doman, J. y Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*. Vol 59(1-2) Nov , 65-79.

Rapaport, M., H.; Bazzetta, J.; McAdams, L. A. y Patterson, T.; et al.(1996). Validation of the Scale of Functioning in older outpatients with schizophrenia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol 4(3), 218-228.

Reidel, L., M. (s/f). *Médeción en Ciencias Sociales*. Mecanograma. UNAM.

Roa, A. (1995). Modelos, Técnicas y Áreas de Evaluación en Psicología de la Salud. En: A. Roa (comp.) *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: CEPE.

Rodrigue JR; Kanasky Jr, WF.; Jackson, SI. y Perri, MG. (2000). The Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report: Factor Structure and Item Stability. *Psychological Assesment*. 12,4, 409-413.

Rodríguez- Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

Rojas, M. E. (2001). Inventario para medir el estrés basado en la percepción de control. Trabajo presentado en el I Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud. Veracruz, Ver.

Roy-Byrne; Dagadakis, C.; Unutzer, J. y Ries, R. (1996). Evidence for limited validity of the Revised Global Assessment of Functioning Scale. *Psychiatric Services*. Vol 47(8) Aug, 864-866.

Saita, K., O. (1999). Psicobiología del estrés. En: M. Ramiro-H. O. Saita (Eds.) *Temas de Medicina Interna: Estrés y Manifestaciones Clínicas*. México: McGraw-Hill Interamericana, Vol. V, Núm.3.

Ibarra, M., S. (1999). Estrés y alteraciones endocrinas. En: M. Ramiro-H. O. Saita (Eds.) *Temas de Medicina Interna: Estrés y Manifestaciones Clínicas*. México: McGraw-Hill Interamericana, Vol. V, Núm.3.

Sapolski R. (1995). *Why zebras don't get ulcers : a guide to stress, stress-related, diseases and coping*. United States of America: Freeman and Company.

Schnoll, R., A; Harlow, L. L.; Brandt, U. y Stolbach, L. L. (1998). Using two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psycho-Oncology*. Vol 7(5) Sep-Oct, 424-435.

Schwartz, C., E.; Daltroy, L., H.; Brandt, U.; Friedman, R. et al. (1992). A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psychological Medicine*. Vol 22(1) Feb, 203-210.

Staik, I., M. (1983). Concurrent validity of the Adaptive Behavior Scale (Part I) as assessed by the Vineland Social Maturity Scale. *Dissertation Abstracts International*. Vol 43(10-A), Apr 1983, 3275-3276.

Secretaría de Salud (2001) <http://www.salud.gob.mx>.

INEGI /SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (2000).

Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. México DF: Diario Oficial de la Federación, 7 de Abril de 2000.

Sistema Nacional de Información en Salud (2003) <http://www.sinais.salud.gob.mx>

Sotelo, A., CM. y Maupame, S., V. (1999). *Traducción y Estandarización del Cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés; de Lazarus y Folkman para una población de Adolescentes Mexicanos.*

Stroebe, W. (2000). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press.

Stubbing D.; Haalboom, P. y Barr P. (1998). Comparision of the Psychosocial Adjustment to Illness Scale. Self Report and Clinical Judgment in patients whit chronic lung disease. *Cardiopulmonar Rehabilitation*, 18,1, 32-36.

Suzuki, Y.; Sakurai, A.; Yasuda, T.; Harai, H.; Kitamura, T.; Takahashi, K. y Furukawa, T. (2003). Reliability, validity and standardization of the Japanese version of the Social Adjustment Scale-Self Report. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*. Vol 57(4) Aug, 441-446.

Taal, E.; Seydel, E.; Jacobs, J.; Wiegman, O. et al.(1989). The Dutch Arthritis Impact Measurement Scales (DUTCH-AIMS): Measuring physical and psychosocial aspects of health in rheumatoid arthritis. *Gedrag & Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie & Gezondheid*. Vol 17(2) Jul, 69-74.

Tadaharu, N. y Kitamura, T. (1986) The Social Adjustment Scale (SAS). *Journal of Mental Health*. No 33, 67-119.

Tella, MG.; Fonseca, C. y Bertuqui, M. (1995). Psychosocial evaluation in epilepsy: Application of the WPSI in Brazil. Avaliacao psico-social em epilepsia: experiencia com uma versao do WPSI. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. Vol 53(1) Mar, 16-22.

Toupin, J.; Cyr, M.; Lesage, A. y Valiquette, C. (1993). Validation of a questionnaire assessing social functioning among persons with chronic mental disorders. *Canadian Journal of Community Mental Health*. Vol 12(1) Spr 1993, 143-156.

Valdes M. y Flores T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martinez Roca

Vazquez Morejon, J. y G-Boveda, J. (2000). Social Functioning Scale: New contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research*. Vol 93(3) Apr, 247-256.

Velasco, C. y Sinibaldi, G. (2001). *Manejo del Enfermo Crónico y su Familia*. Bogotá: El Manual Moderno.

Vickrey, BG; Hays, RD; Brook, RH. y Rausch, R. (1992). Reliability and validity of the Katz Adjustment Scales in an epilepsy sample. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*. Vol 1(1) Feb, 63-72.

Vittengl, J.; Clark, L. y Jarrett, R. (2003). Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. *Psychological Assessment*. Vol 15(1) Mar, 29-40.

Walker, K; Stein, E; Perrin, C; Jessop, J. (1990). Assessing psychosocial adjustment of children with chronic illnesses: A review of the technical properties of PARS III. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. Vol 11(3) Jun, 116-121.

Watson, M; Greer, S; Young, J; Inayat, Q. et al. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*. Vol 18(1) Feb, 203-209.

Weir, R.; Browne, G; Roberts, J; Tunks, E. et al. (1994). The Meaning of Illness Questionnaire: Further evidence for its reliability and validity. *Pain*. Vol 58(3) Sep, 377-386.

Weir, R.; Browne, G.; Tunks, E.; Gafni, A. y Roberts, J. (1996). Gender Differences in Psychosocial Adjustment to Chronic Pain and Expenditures for Health Care Services used. *Clin J Pain*, Dec, 12(4), 277-90.

Weissman, M., M. (1975). The assessment of social adjustment: A review of techniques. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.

Weissman, M., M. et al. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous & Mental Disease*. Vol 166(5) May, 317-326.

Welch, G; Dunn, M. y Beeney, J. (1994). The ATT39: A measure of psychological adjustment to diabetes. En: Bradley, Clare (Ed). (1994). *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice*. pp. 223-245.

Welch, G. W; Smith, RB. y Walkey, FH. (1992). Styles of psychological adjustment in diabetes: A focus on key psychometric issues and the ATT39. *Journal of Clinical Psychology*. Vol 48(5) Sep, 648-658.

Wieduwilt, M. y Jerrell, M. (1999). The reliability and validity of the SAS-SMI. *Journal of Psychiatric Research*. Vol 33(2) Mar-Apr, 105-112.

Willoughby D.; Kee, C. y Parker, V. (2000) Coping and Psychosocial Adjustment of Women with Diabetes. *Diabetes Educ*. Feb, 26 (1), 105-12.

Yela, G., C. (1998). Diferencias entre sexos en los juicios verbales sobre su comportamiento amoroso y sexual. *Rev. De Psicol.. Gral y Aplic*. 51(1), 115-147.

ANEXOS

ESCALA DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL A LA ENFERMEDAD FÍSICA

INSTRUCCIONES

Responda a cada pregunta, señalando con una cruz (x) el inciso que mejor describa su experiencia con respecto a su enfermedad (DIABETES). Si algunas de las preguntas no se aplican a usted porque no está casado o porque no tiene familia o compañero por favor déjelas en blanco, sin embargo trate de contestar todas las preguntas.

Conteste cada pregunta en términos de lo que ha sido su experiencia durante los 30 días pasados, incluido el día de hoy.

Algunas de las preguntas hacen referencia sobre su desempeño en el trabajo. Si usted tiene un empleo de tiempo completo o medio tiempo, por favor, conteste en términos de su trabajo. Si usted es primordialmente un estudiante, conteste en términos de su trabajo escolar. Si usted es ama de casa, conteste como si los quehaceres del hogar, los vecinos, etc., fuesen su ambiente de trabajo.

Si tiene alguna duda sobre este cuestionario por favor pregunte.

GRACIAS

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____
 Teléfono: _____

SECCION I

1. **¿Cuál de las siguientes alternativas describe mejor su actitud habitual con respecto al cuidado de su salud?**
 - a) Me preocupo mucho y presto atención a mi salud personal.
 - b) La mayor parte del tiempo presto atención al cuidado de mi salud.
 - c) Usualmente trato de cuidar mi salud, pero a veces simplemente no me tomo el tiempo para hacerlo.
 - d) El cuidado de la salud es algo por lo que simplemente no me preocupo mucho.

2. **Su enfermedad actual probablemente requiere alguna atención especial y cuidado de su parte. Por favor, seleccione la alternativa que mejor describe su reacción.**
 - a) Hago las cosas bastante parecidas a como siempre las he hecho y no me preocupo o tomo ningún cuidado especial por mi enfermedad.
 - b) Trato de hacer todas las cosas que se supone que haga para cuidar de mí mismo, pero muchas veces se me olvida o estoy demasiado cansado u ocupado.
 - c) Me cuido bastante bien.
 - d) Presto minuciosa atención a mi enfermedad actual y hago todo lo que puedo para cuidarme.

3. **Actualmente, ¿cómo se siente acerca de la calidad del cuidado médico disponible y de la atención que recibe de los doctores?**
- a) El cuidado médico es de muy buena calidad y los doctores brindan un trato excelente.
 - b) La calidad del cuidado médico disponible es muy buena, pero hay algunas áreas que podrían mejorarse.
 - c) El cuidado médico y los doctores no son de la misma calidad de antes.
 - d) No tengo mucha fe en los doctores, ni en el cuidado médico que ofrecen.
4. **¿Durante su actual enfermedad, ha recibido tratamiento tanto de los doctores como del personal médico? ¿Cómo se siente acerca de ellos y del tratamiento que ha recibido?**
- a) Estoy muy disgustado con el tratamiento que he recibido y no creo que el personal haya hecho todo lo que podría hacer por mí.
 - b) No me ha causado gran impresión el tratamiento que he recibido, pero creo que probablemente es lo mejor que pueden hacer.
 - c) El tratamiento ha sido bastante bueno en general, aunque ha habido algunos problemas.
 - d) El tratamiento y el personal de salud han sido excelentes.
5. **Durante una enfermedad, cada persona espera y asume una actitud diferente con respecto al hecho de estar enferma. Por favor, señale la alternativa que mejor describa sus sentimientos.**
- a) Estoy seguro de que me sobrepondré rápidamente a los problemas ocasionados por la enfermedad y de que volveré a ser el mismo de antes.
 - b) Mi enfermedad me ha causado algunos problemas, pero siento que me sobrepondré pronto y que volveré a ser como era antes.
 - c) Mi enfermedad realmente ha provocado una gran tensión en mí, tanto física como mental, pero estoy tratando con todas mis fuerzas de sobreponerme y me siento seguro de que pronto volveré a ser el mismo de antes.
 - d) Me siento agotado y muy débil por mi enfermedad y hay ocasiones que no sé si realmente seré capaz de sobreponerme.
6. **Estar enfermo puede ser una experiencia confusa y algunos pacientes sienten que no reciben suficiente información y detalles del personal de salud acerca de su enfermedad. Por favor, seleccione la alternativa que mejor describa sus sentimientos al respecto.**
- a) Mi doctor y el personal médico me ha hablado muy poco acerca de mi enfermedad, aunque he preguntado más de una vez.
 - b) Tengo alguna información acerca de mi enfermedad, pero siento que me gustaría saber más.
 - c) Comprendo bastante bien mi enfermedad y siempre quiero saber más, además tengo la facilidad de obtener la información.
 - d) Se me ha dado una explicación muy completa de mi enfermedad y mi doctor y el personal médico me han dado todos los detalles que deseo.

7. Durante una enfermedad como la suya, las personas tienen diferentes ideas acerca de su tratamiento y qué esperar de éste. Por favor, seleccione una de las alternativas que mejor describa lo que espera de su tratamiento.
- a) Creo que el personal de salud está muy capacitado para dirigir mi tratamiento y siento que es el mejor tratamiento que podría recibir.
 - b) Confío en mi doctor para dirigir mi tratamiento; sin embargo, a veces tengo dudas al respecto.
 - c) No me gustan ciertas partes de mi tratamiento que son muy desagradables, pero mis doctores me dicen que debo someterme a éstas de todas maneras.
 - d) Pienso que en muchas maneras mi tratamiento es peor que mi enfermedad y no estoy seguro de si vale la pena someterme a éste.
8. Durante una enfermedad como la suya, los pacientes reciben diferente cantidad de información sobre su tratamiento. Por favor, seleccione la alternativa que mejor describa la información que ha recibido de su tratamiento.
- a) No se me ha dicho casi nada acerca de mi tratamiento y siento que se me ha excluido del asunto.
 - b) Tengo alguna información sobre mi tratamiento, pero no tanta como quisiera.
 - c) Mi información sobre el tratamiento es bastante completa, pero hay una o dos cosas que aún quisiera saber.
 - d) Siento que la información que tengo sobre mi tratamiento es muy completa y que está al día.

SECCION II

1. ¿Ha interferido su enfermedad con su habilidad para realizar su trabajo?
- a) No ha habido problemas con mi trabajo.
 - b) Ha habido algunos problemas, pero sólo menores.
 - c) Ha habido problemas serios.
 - d) Mi enfermedad me ha impedido totalmente realizar mi trabajo.
2. Físicamente, ¿cómo realiza su trabajo ahora?
- a) Pobrementemente.
 - b) No muy bien.
 - c) Adecuadamente.
 - d) Muy bien.
3. Durante los pasados 30 días, ¿ha perdido tiempo de su trabajo debido a su enfermedad?
- a) 3 días o menos.
 - b) Una semana.
 - c) Dos semanas.
 - d) Más de dos semanas.
4. ¿Es su trabajo tan importante para usted ahora como lo era antes de su enfermedad?
- a) De poca o ninguna importancia para mí ahora.
 - b) Mucho menos importante.
 - c) Un poco menos importante.
 - d) De igual o mayor importancia que antes.

5. ¿Ha tenido que cambiar las metas relacionadas con su trabajo como resultado de su enfermedad?
- a) Mis metas no han cambiado.
 - b) Ha habido un ligero cambio en mis metas.
 - c) Mis metas han cambiado bastante.
 - d) He cambiado mis metas completamente.
6. ¿Ha notado que los problemas con sus compañeros de trabajo han aumentado desde su enfermedad?
- a) Los problemas han aumentado grandemente.
 - b) Los problemas han aumentado moderadamente.
 - c) Los problemas han aumentado ligeramente.
 - d) No ha habido problemas.

SECCIÓN III

1. ¿Cómo describiría su relación con su esposo o compañero, desde su enfermedad?
- a) Buena.
 - b) Regular.
 - c) Pobre.
 - d) Muy pobre.
2. ¿Cómo describiría sus relaciones con las otras personas con quienes vive (hijos, padres, tías, etc.)?
- a) Muy pobre.
 - b) Pobre.
 - c) Regular.
 - d) Buena.
3. ¿Cuánto ha interferido su enfermedad con el trabajo y las tareas del hogar?
- a) Nada en absoluto.
 - b) Problemas leves, fácilmente superados.
 - c) Problemas moderados, de los cuales no todos pueden ser superados.
 - d) Dificultades severas con las tareas del hogar.
4. En esas áreas donde su enfermedad ha causado problemas con respecto a su trabajo en el hogar, ¿cómo ha distribuido la familia las tareas para ayudarlo?
- a) La familia no ha sido capaz de ayudar en lo absoluto.
 - b) La familia ha tratado de ayudar, pero muchas cosas se quedan sin hacer.
 - c) La familia lo ha hecho bien, excepto por unas cuantas cosas sin importancia.
 - d) No ha habido problemas.

5. **¿Ha ocasionado su enfermedad una disminución en la comunicación entre usted y los miembros de su familia?**
- a) No ha habido ninguna disminución en la comunicación.
 - b) Ha habido una ligera disminución en la comunicación.
 - c) La comunicación ha disminuido, y me siento algo apartado de ellos.
 - d) La comunicación ha disminuido mucho, y me siento muy solo.
6. **Algunas personas con una enfermedad como la suya sienten que necesitan ayuda de otras personas (amigos, vecinos, familiares, etc.) para hacer las cosas día a día. ¿Siente usted la necesidad de tal ayuda? ¿Hay alguien que le ayude o atienda?**
- a) Realmente necesito ayuda, pero raras veces hay alguien cerca para ayudar.
 - b) Recibo alguna ayuda, pero no puedo contar con ella todo el tiempo.
 - c) No siempre tengo toda la ayuda que necesito, pero la mayor parte del tiempo consigo ayuda, cuando la necesito.
 - d) No siento necesitar tal ayuda; mi familia o mis amigos me dan la ayuda que necesito.
7. **¿Ha experimentado algún impedimento físico por su enfermedad?**
- a) Ningún impedimento físico.
 - b) Un impedimento físico ligero.
 - c) Un impedimento físico moderado.
 - d) Un impedimento físico severo.
8. **Una enfermedad como la suya a veces puede representar un problema económico para la familia ¿Tiene alguna dificultad para sufragar los gastos de su enfermedad?**
- a) Problemas económicos severos.
 - b) Problemas económicos moderados.
 - c) Gasto económico ligero.
 - d) Ningún problema económico.

SECCION IV

1. **A veces, tener una enfermedad puede causar problemas en una relación, ¿Le ha ocasionado su enfermedad problemas con su esposo, o con su compañero?**
- a) No ha habido ningún cambio en nuestra relación.
 - b) Estamos un poco menos unidos desde mi enfermedad.
 - c) Estamos definitivamente menos unidos desde mi enfermedad.
 - d) Hemos tenido problemas serios, o nuestra relación se ha visto interrumpida desde mi enfermedad.
2. **A veces, cuando las personas se enferman manifiestan una pérdida de interés en su actividad sexual. ¿Ha experimentado menos interés sexual desde su enfermedad?**
- a) Absolutamente ningún interés sexual desde mi enfermedad.
 - b) Una pérdida marcada del interés sexual.
 - c) Una ligera disminución del interés sexual.
 - d) Ninguna pérdida del interés sexual.

3. Una enfermedad a veces causa disminución en la actividad sexual. ¿Ha experimentado alguna disminución en la frecuencia de su actividad sexual?
- a) Ninguna disminución en la actividad sexual.
 - b) Una ligera disminución en la actividad sexual.
 - c) Una marcada disminución en la actividad sexual.
 - d) Ninguna actividad sexual.
4. ¿Ha habido algún cambio en el placer o satisfacción que normalmente experimenta en el sexo?
- a) No experimento ningún placer o satisfacción sexual.
 - b) Ha habido una marcada pérdida del placer o satisfacción sexual.
 - c) Ha habido una ligera pérdida de placer o satisfacción sexual.
 - d) No ha habido cambio en la satisfacción sexual.
5. A veces, una enfermedad interfiere con la capacidad de una persona en su actividad sexual, aunque todavía se interese por el sexo. ¿Le ha sucedido esto? Si es así, ¿hasta qué punto?
- a) Ningún cambio en mi capacidad para tener sexo.
 - b) Problemas ligeros en mi relación sexual.
 - c) Problemas constantes en mi relación sexual.
 - d) Totalmente incapaz de tener sexo.
6. A veces, una enfermedad interfiere con la relación sexual normal de una pareja y es causa de discusiones o problemas entre ellos ¿Han tenido usted y su pareja alguna discusión como ésta? Si la ha tenido, ¿a qué grado?
- a) Discusiones constantes.
 - b) Discusiones frecuentes.
 - c) Algunas discusiones.
 - d) Ninguna discusión.

SECCION V

1. Desde que está enfermo, ¿ha tenido el contacto usual (sea personalmente o por teléfono) con los miembros de su familia que no viven en su casa?
- a) El contacto es el mismo o mayor desde la enfermedad.
 - b) El contacto es ligeramente menor.
 - c) El contacto es marcadamente menor.
 - d) No he tenido ningún contacto desde la enfermedad.
2. ¿Ha permanecido tan interesado por reunirse con estos miembros de su familia desde su enfermedad?
- a) Tengo poco o ningún interés por reunirme con ellos.
 - b) El interés es mucho menor que antes.
 - c) El interés es ligeramente menor.
 - d) El interés es el mismo o mayor desde la enfermedad.

3. A veces, cuando las personas están enfermas, se ven obligadas a depender de miembros de su familia que no viven en su casa para que los ayuden físicamente ¿Le brindan ellos la ayuda que necesita?
- a) Ellos me dan toda la ayuda que necesito.
 - b) Su ayuda es suficiente, excepto por algunas cosas sin importancia.
 - c) Me dan alguna ayuda, pero no suficiente.
 - d) Me dan poca o ninguna ayuda, aunque necesito mucha.
4. Algunas personas socializan mucho con los miembros de su familia que no viven en su casa ¿Socializa usted mucho con estos miembros? ¿Ha reducido su enfermedad esa socialización?
- a) La socialización con ellos ha disminuido bastante.
 - b) La socialización con ellos se ha reducido significativamente.
 - c) La socialización con ellos se ha reducido algo.
 - d) No ha cambiado mi nivel de socialización
5. En general, ¿cómo ha estado relacionándose con estos miembros de su familia recientemente?
- a) Bien.
 - b) Regular.
 - c) Mal.
 - d) Muy mal.

SECCIÓN VI

1. ¿Continúa usted tan interesado por sus actividades de tiempo libre y sus pasatiempos como lo estaba antes de su enfermedad?
- a) El mismo nivel de interés que antes.
 - b) Ligeramente menos interés que antes.
 - c) Significativamente menos interés que antes.
 - d) Poco o ningún interés.
2. ¿Actualmente que tan frecuente realiza actividades de tiempo libre?
- a) Actualmente realizo poca o ninguna actividad de tiempo libre
 - b) Las actividades de tiempo libre se han reducido significativamente
 - c) La realización de estas actividades se ha reducido ligeramente
 - d) Sigo realizando las actividades de tiempo libre de siempre
3. ¿Está usted tan interesado por las actividades de tiempo libre con su familia (ej. Jugar cartas y juegos, viajar, nadar, etc.) como lo estaba antes de su enfermedad?
- a) Mismo nivel de interés que antes.
 - b) Ligeramente menos interés que antes.
 - c) Significativamente menos interés que antes.
 - d) Poco o ningún interés.

4. ¿Participa todavía en esas actividades con la misma frecuencia que antes?
- a) Tengo poca o ninguna participación al presente.
 - b) La participación se ha reducido significativamente.
 - c) La participación se ha reducido ligeramente.
 - d) La participación no ha cambiado.
5. ¿Se ha mantenido interesado (a) por las actividades sociales desde su enfermedad (ej. reuniones sociales, grupos de la iglesia, ir al cine, etc.)?
- a) Mismo nivel de interés que antes.
 - b) Ligeramente menos interés que antes.
 - c) Significativamente menos interés que antes.
 - d) Poco o ningún interés.
6. ¿Qué hay con respecto a su participación? ¿Todavía sale con sus amigos y realiza esas actividades?
- a) Tengo poca o ninguna participación al presente.
 - b) La participación se ha reducido significativamente.
 - c) La participación se ha reducido ligeramente.
 - d) La participación no ha cambiado.

SECCIÓN VII

1. Recientemente, ¿se ha sentido temeroso, tenso, nervioso o ansioso?
- a) Nada en absoluto.
 - b) Un poco.
 - c) Bastante.
 - d) Extremadamente.
2. Recientemente, ¿se ha sentido triste, deprimido, con falta de interés o se ha sentido desesperado?
- a) Extremadamente.
 - b) Bastante.
 - c) Un poco.
 - d) Nada en absoluto.
3. Recientemente, ¿se ha sentido enojado, irritable, o ha tenido dificultad para controlar su temperamento?
- a) Nada en absoluto.
 - b) Un poco.
 - c) Bastante.
 - d) Extremadamente.

4. Recientemente ¿se ha echado la culpa por las cosas que suceden, se ha sentido culpable, o ha sentido que le ha fallado a alguien?
- a) Extremadamente.
 - b) Bastante.
 - c) Un poco.
 - d) Nada en absoluto.
5. Recientemente, ¿se ha preocupado mucho por su enfermedad o por otros asuntos?
- a) Nada en absoluto.
 - b) Un poco.
 - c) Bastante.
 - d) Extremadamente.
6. Recientemente, ¿se ha sentido mal consigo mismo, o como una persona menos valiosa?
- a) Extremadamente.
 - b) Bastante.
 - c) Un poco.
 - d) Nada en absoluto.
7. Recientemente ¿ha estado preocupado de que su enfermedad haya causado cambios en su apariencia que lo hagan menos atractivo?
- a) Nada en absoluto.
 - b) Un poco.
 - c) Bastante.
 - d) Extremadamente.

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE CONTROL DEL ESTRÉS

INICIALES: _____ EDO. CIVIL: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____.

Instrucciones: Lea con atención cada una de las siguientes preguntas. Escriba en el recuadro a la izquierda de cada pregunta el número que mejor describa su situación actual de acuerdo a la escala que se presenta debajo de cada pregunta.

1. ¿Con qué frecuencia se sintió alterado (a) por la ocurrencia de eventos inesperados?
0= Nunca 1= Casi Nunca 2= Algunas veces 3= Frecuentemente 4= Siempre

2. ¿Con qué frecuencia sintió que era incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?
0= Nunca 1= Casi Nunca 2= Algunas veces 3= Frecuentemente 4= Siempre

3. ¿Con qué frecuencia se sintió nervioso (a) o estresado (a)?
0= Nunca 1= Casi Nunca 2= Algunas veces 3= Frecuentemente 4= Siempre

4. ¿Con qué frecuencia sintió confianza sobre su habilidad para manejar sus problemas personales?
4= Nunca 3= Casi Nunca 2= Algunas veces 1= Frecuentemente 0= Siempre

5. ¿Con qué frecuencia sintió que las cosas iban del modo que planeaba?
4= Nunca 3= Casi Nunca 2= Algunas veces 1= Frecuentemente 0= Siempre

6. ¿Con qué frecuencia se sintió capaz de controlar las irritaciones o enojos en su vida?
4= Nunca 3= Casi Nunca 2= Algunas veces 1= Frecuentemente 0= Siempre

7. ¿Con qué frecuencia se dio cuenta que no podía enfrentar todas las cosas que tenía que hacer?
0= Nunca 1= Casi Nunca 2= Algunas veces 3= Frecuentemente 4= Siempre

8. ¿Con qué frecuencia sintió que tenía las cosas bajo control?
4= Nunca 3= Casi Nunca 2= Algunas veces 1= Frecuentemente 0= Siempre

9. ¿Con qué frecuencia se enoja por cosas que estaban fuera de su control?
0= Nunca 1= Casi Nunca 2= Algunas veces 3= Frecuentemente 4= Siempre

10. ¿Con qué frecuencia sintió que las dificultades aumentaban al grado de no poder resolverlas?
0= Nunca 1= Casi Nunca 2= Algunas veces 3= Frecuentemente 4= Siempre