



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

Percepción de calidad de vida en mujeres
con alteraciones tiroideas

Reporte de investigación empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Susana San Juan Salazar



Director: Mtra. Laura Edith Pérez Laborde

Vocal: Mtra. Ligia Esther Torres Burgos

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, febrero de 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de consumir mis estudios profesionales.

A mis padres por su inagotable amor y apoyo incondicional.

A mis hijos por su comprensión y colaboración, y por ser mi motivación día con día.

A toda mi familia por creer en mí.

A la Mtra. Laura Edith Pérez Laborde, por su acertada orientación y confianza depositada en mí.

A todas y todos mis profesores por los conocimientos transmitidos a lo largo de la carrera.

A María Luisa por acompañarme en este sueño y no soltarme.

Y a todas aquellas personas, quienes de manera desinteresada me brindaron su tiempo, contribuyendo así a mi formación profesional.

¡¡¡ Gracias infinitas!!

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	1
1. Marco teórico	
1.1 Sistema neuroendócrino	3
1.2 Glándula tiroides.....	5
1.3 Disfunciones tiroideas.....	7
1.4 Disfunciones tiroideas en mujeres.....	8
1.5 Hipotiroidismo.....	11
1.5.1 Etiología.....	12
1.5.2 Prevalencia.....	14
1.5.3 Manifestaciones clínicas.....	14
1.5.4 Diagnóstico.....	17
1.5.5 Tratamiento.....	18
1.6 Percepción de salud y enfermedad.....	19
1.7 Importancia de la calidad de vida.....	24
1.8 Calidad de vida y bienestar.....	26
1.8.1 Bienestar subjetivo.....	26
1.8.2 Bienestar psicológico.....	30
1.9 Calidad de vida relacionada con la salud.....	36
1.10 Calidad de vida y enfermedades tiroideas.....	43

2. Método	
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	50
2.2 Muestra.....	50
2.3 Método de obtención de la información.....	51
3. Procedimiento	
3.1 Acuerdo para establecer el consentimiento informado y la protección de la confidencialidad.....	52
3.2 Descripción y justificación del lugar de la entrevista.....	52
3.3 Contenido y duración de la entrevista.....	53
3.4 Transcripción de la entrevista.....	53
3.5 Método para el análisis de la información	54
4. Descripción y análisis de resultados	
4.1 Definición de categorías y subcategorías.....	57
4.2 Conocimientos sobre la enfermedad.....	60
4.3 Adherencia al tratamiento.....	67
4.4 Vida cotidiana.....	70
4.5 Bienestar subjetivo.....	72
4.6 Bienestar psicológico.....	77
4.7 Calidad de vida.....	83
5. Discusión.....	85
Conclusiones.....	102
Referencias.....	106
Apéndices.....	119

Introducción

La disfunción de la tiroides es uno de los trastornos más comunes que afectan al ser humano, entre los cuales, el hipotiroidismo es el más frecuente. Debido a que la glándula tiroides regula la producción de energía y el metabolismo en todo el organismo, el exceso o la escasez de sus hormonas puede tener un impacto importante en la salud y el bienestar.

Tomando en cuenta que la tiroides es una glándula endócrina, los trastornos tiroideos pueden derivarse de un problema en la propia glándula o de que haya un exceso o un defecto de estimulación en la interacción de señales hormonales entre el hipotálamo y la hipófisis. Es decir, estos trastornos resultan de la alteración en la secreción hormonal debido al exceso o a la deficiencia de ésta dando origen a patologías complejas capaces de afectar de forma multiorgánica al paciente.

En el caso de las mujeres, merece especial atención, dado que la prevalencia es más alta que en los hombres y va incrementando conforme la edad va aumentando. De acuerdo a información proporcionada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, entre el setenta y ochenta por ciento de los derechohabientes que se atienden anualmente por este padecimiento en esa institución, son mujeres. Lo anterior se debe a que los estrógenos afectan el sistema inmunitario, especialmente a los linfocitos B que producen los anticuerpos, y a que los cambios producidos en el nivel de estrógenos pueden contribuir al desarrollo de las enfermedades tiroideas en la menopausia, cuando los niveles de estrógenos descienden. Entre los síntomas que este padecimiento conlleva, destacan la fatiga excesiva, depresión, pérdida del cabello, aumento inexplicable de peso, estreñimiento, problemas del sueño, confusión mental y ansiedad que por sí solos no parecen ser tan graves, pero que cuando surgen complicaciones debido a la falta o deficiencia en el tratamiento, pueden derivar en problemas del sistema

cardiovascular, sistema respiratorio, aparato gastrointestinal, función renal, función reproductora y sistema nervioso central.

En las enfermedades, sobre todo en las crónicas, cada persona exterioriza estados emocionales, comportamientos y apreciaciones acerca de su condición de enfermo, así como las limitaciones y/o cambios que el padecimiento le impone, los tratamientos a los que tiene que someterse, la percepción de su pronóstico y el impacto que la enfermedad conlleva para su vida actual y futura. Por ello, resulta de gran importancia conocer y evaluar la calidad de vida de los sujetos que presentan alguna enfermedad, dado que este concepto se relaciona con el bienestar de la persona y depende de la satisfacción de sus necesidades, lo cual es indispensable para su funcionamiento y desarrollo personal.

En este sentido, la presente investigación está dirigida precisamente a hallar las respuestas, por lo que, a través de la metodología de enfoque cualitativo, se recurrió a la técnica de la entrevista en profundidad realizada a una mujer, con el fin de comprender las percepciones que ella tiene respecto a su disfunción tiroidea y al cómo ha afectado a su calidad de vida. Para este efecto, se elaboraron una serie de categorías para identificar de qué manera se ha dado esta interacción.

1. Marco teórico

1.1 Sistema Neuroendócrino

El cuerpo humano es un organismo complejo conformado por diversos sistemas de órganos, tejidos y fluidos que permiten el buen funcionamiento del mismo a través de determinadas funciones biológicas. Para lograr esto, se requiere que dichos sistemas interactúen gestionando y coordinando tales funciones, siendo el más relevante el sistema nervioso que tiene precisamente la función de regular y coordinar las funciones y actividades del cuerpo. Las células fundamentales del sistema nervioso son las neuronas, que son las encargadas de conducir el impulso nervioso. El sistema nervioso se compone de dos partes: el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico (SNP); el primero de estos está formado a su vez por el encéfalo que es donde se originan las órdenes y por la médula espinal que es la que conecta al encéfalo con el resto de los nervios del cuerpo. El sistema nervioso periférico también consta de dos partes: el sistema nervioso somático y el sistema nervioso autónomo. El primero de ellos es la parte que se relaciona con el medio ambiente externo y está constituido por los nervios aferentes que son los encargados de transmitir las señales sensitivas desde la piel, los músculos esqueléticos, las articulaciones, los ojos, etc. hacia el cerebro, así como por los nervios eferentes que “conducen las señales motoras desde el sistema nervioso central hasta los músculos esqueléticos” (Pinel, 2007, p. 57). El sistema nervioso autónomo se encarga de regular el ambiente interno del organismo y se conforma por nervios aferentes que trasladan las señales sensitivas desde los órganos internos hacia el sistema nervioso central, y por los nervios eferentes que conducen las señales motoras desde el sistema nervioso central hacia los órganos internos.

Al igual que el sistema nervioso, el sistema endócrino es un sistema regulador que se constituye por el conjunto de glándulas que se encargan de la secreción de diversas sustancias llamadas hormonas, las cuales son liberadas en la sangre para cumplir funciones específicas.

La misión de este sistema es la de intervenir en el control y regulación de diferentes procesos que se llevan a cabo en el organismo mediante señales químicas que llegan a través del torrente sanguíneo donde actúan sobre ciertos órganos o tejidos produciendo efectos sólo en aquellas células que disponen de receptores a los que las hormonas se unen de forma específica para realizar su función.

Los dos sistemas están coordinados entre sí y se relacionan con la forma en que manifestamos nuestra conducta, siendo la diferencia entre ambos la forma en que se envían los mensajes. Mientras que el sistema nervioso lo hace a través de impulsos nerviosos de un tejido a otro, el sistema endócrino envía sustancias químicas llamadas hormonas a los órganos del cuerpo, controlando las acciones de las células y órganos con el fin de regular el metabolismo, el crecimiento y las emociones. Esta interacción entre ambos sistemas da origen a un supersistema de control denominado sistema neuroendócrino, el cual se considera como el conjunto de estructuras que constituyen el sistema endócrino y la parte del encéfalo que tiene como función emitir, controlar y transmitir las sustancias que se generan “para dar una respuesta adaptativa a las variaciones del medio interno y a los estímulos del entorno” (Del Abril et al., 2009, p. 551).

La estrecha relación existente entre el sistema nervioso y el sistema endócrino obedece a que en el encéfalo se aloja la principal glándula endócrina que es la hipófisis y se relaciona de manera directa con el hipotálamo constituyendo el eje hipotalámico-hipofisario, el cual se encarga de controlar procesos vitales como el crecimiento y la regulación de la temperatura corporal, asimismo se involucra en el control de comportamientos que tienen que ver con la conducta sexual, el miedo y la huida. Si bien hay diferencias entre la transmisión neuronal y la comunicación hormonal, también comparten características, dado que “las mismas neuronas pueden actuar como células endócrinas que secretan sustancias que llegan hasta las células receptoras a través de la circulación sanguínea y algunas hormonas del sistema endócrino

actúan en el SN como neurotransmisores o como neuromoduladores” (Del Abril et al., 2009, p. 551).

1.2 Glándula Tiroides

La glándula tiroides es un órgano del sistema endócrino de consistencia suave y altamente vascularizada, tiene forma de mariposa y se localiza en la parte anterior e inferior del cuello por delante de la tráquea cervical y por debajo de la piel. De acuerdo con Gil, De las Heras, Herrero, Fernández y Vallejo (2019), esta glándula tiene un peso promedio de 25 gramos y es mayor en las mujeres, especialmente durante la menstruación y el embarazo. Al lado del tiroides pasa el nervio recurrente que inerva (transmite los estímulos nerviosos) la laringe y permite su movilización en la fonación. La glándula tiroides debe su nombre a la “similitud que presenta con un escudo (del griego thyreos: escudo) ya que se pensaba que constituía un auténtico escudo para la laringe” (Cian, Demarchi, Gay y Pérez, 2004, p. 1). Su función consiste en concentrar yodo y sintetizar, almacenar y segregar hormonas tiroideas.

García (2016) señala que la importancia de este órgano radica en que la glándula tiroides y las hormonas secretadas por ésta son consideradas esenciales para regular el crecimiento y desarrollo del ser humano. Es decir, son imprescindibles en el desarrollo cognitivo y su participación funcional es muy importante en la producción de energía, tienen efectos en la fisiología cardiovascular y contribuyen a mantener la función del sistema músculo-esquelético, así como el metabolismo óseo, al ayudar al crecimiento armónico. En palabras de Lozano, Lozada y Millán (2014) estas secreciones poseen dos funciones principales:

- “Son determinantes cruciales del desarrollo normal, especialmente del sistema nervioso central (SNC), en animales y seres humanos en desarrollo.
- Conservan la homeostasia metabólica, en adultos, al afectar la función de casi todos los sistemas” (p. 522).

La producción hormonal de la glándula tiroides se distingue por ser única en cuanto a la composición química, solo estas secreciones llevan yodo en su estructura, el cual es imprescindible para un adecuado funcionamiento del tiroides, toda vez que “al no poder ser sintetizado por nuestro cuerpo, hemos de tomarlo del exterior a través de la alimentación” (Martín, 2016, p. 7). De acuerdo a lo enfatizado por Ballesteros (2020), el yodo se encuentra en el agua de mar, las algas y en los vegetales, por lo que una dieta variada y rica en frutas y verduras suele incluir la cantidad necesaria de yodo para un correcto funcionamiento de la glándula tiroidea. En este mismo contexto, Martín (2016) señala que este mineral está presente en los animales procedentes del medio marino, en verduras como espinacas y berros, pero principalmente es incorporado a la dieta a través del consumo de los cultivos vegetales que lo obtienen directamente de la tierra y de las rocas. Los requerimientos de este micronutriente a lo largo de la vida varían, por lo que en condiciones normales se requiere tomar entre 80 a 150 microgramos para un correcto funcionamiento hormonal.

Son dos las hormonas producidas por la tiroides, la T4 (tiroxina) y la T3 (triyodotironina), que se encargan de regular aspectos de crecimiento, desarrollo y funciones de las células y órganos de nuestro cuerpo incluyendo el cerebro, durante toda la vida. Dichas hormonas son controladas por otra hormona (tirotrópica o TSH cuyo nombre hace referencia al acrónimo inglés Thyrotropin Stimulating Hormone), la cual es segregada por la glándula hipófisis (o pituitaria) que está situada en la base del cráneo, y que está a cargo de estimular la función y secreción del tiroides. Este control se ejerce como “una retroalimentación negativa: cuando la secreción de tiroides (T4 y T3) disminuye, se estimula compensatoriamente la secreción de TSH; y viceversa, cuando la secreción de T4 y T3 aumenta, la secreción de TSH disminuye” (Ares, Quero y Morreale, 2009, p. 175), por lo que es la TSH la que activa o inhibe a la tiroides.

La American Thyroid Association (2020) explica y ejemplifica lo antes descrito de la siguiente manera:

La cantidad de TSH que la glándula pituitaria envía al torrente sanguíneo, depende de la cantidad de T4 que ve la pituitaria. Si la pituitaria ve poca T4, entonces produce más TSH para indicarle a la glándula tiroides que debe producir más T4. Una vez que la T4 en la sangre sube por encima de cierto nivel, se suspende la producción de TSH por parte de la pituitaria. De hecho, la tiroides y la pituitaria actúan en cierto modo como un calentador y un termostato. Cuando el calentador está apagado y hace frío, el termostato lee la temperatura y enciende el calentador. Cuando la temperatura sube al nivel apropiado, el termostato siente esto y apaga el calentador. De esta manera la tiroides y la pituitaria, al igual que un calentador y un termostato, se encienden y se apagan.

De lo anterior se desprende que cuando la glándula tiroides no produce la cantidad adecuada de hormonas, se presentan las disfunciones tiroideas, las cuales se describen a grosso modo en los siguientes párrafos.

1.3 Disfunciones tiroideas

La disfunción de la tiroides es uno de los trastornos más comunes que afectan al ser humano. En las últimas décadas se ha venido observando un aumento en la prevalencia e incidencia de este tipo de trastornos, aunque a nivel mundial no haya mucha información al respecto. En el boletín publicado por el IMSS (2020), el médico Ángel Tamariz Landa, Coordinador de Programas Médicos de dicho instituto, afirma que los principales padecimientos de la tiroides son el hipotiroidismo y el hipertiroidismo, siendo el primero el más frecuente tanto en la población nacional como a nivel internacional. Destaca también que, en los últimos tres años, han sido atendidos tan solo en esta institución un promedio de 150 mil derechohabientes

anualmente por padecimientos relacionados con la tiroides, aclarando que estas enfermedades no obedecen a factores de riesgo específicos, sin embargo, contar con antecedentes familiares con tales padecimientos, la ingesta de alimentos disminuidos de yodo y el avance en la edad, son elementos que pueden incidir en la prevalencia.

Chaves, Amador y Tovar (2018), subrayan que en Latinoamérica la prevalencia de la disfunción tiroidea varía según la edad, la raza y el sexo, pero que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres apuntando a cifras de 10% para hipotiroidismo y 2.2% para hipertiroidismo. Por su parte Rodríguez, Boffill y Rodríguez (2016) refieren que en Estados Unidos la prevalencia de hipertiroidismo en la población es el 1.3%, mientras que la incidencia es de 0.38% por cada 1000 mujeres. En cuanto al hipotiroidismo, se maneja una incidencia de 0.3-0.4%, mientras que en Ecuador este trastorno se presenta en un 8% de la población adulta y a nivel mundial más del 5% de la población sufre algún tipo de alteración tiroidea. Estos mismos autores refieren que los factores de riesgo para la aparición de estos trastornos pueden ser diversos: una edad avanzada, sexo femenino, raza blanca, fumar, stress, baja o alta ingesta de yodo, historia familiar de enfermedad tiroidea o autoinmune, antecedentes de radiaciones y de cirugía de tiroides, periodo postparto, ingestión de medicamentos anti tiroideos, déficit de hierro, nivel basal de TSH, presencia de anticuerpos anti tiroideos, etc.

1.4 Disfunciones tiroideas en mujeres

La disfunción tiroidea es un padecimiento que surge cuando la glándula tiroides deja de funcionar de manera adecuada y ocurre con mayor frecuencia en mujeres, especialmente después del embarazo y de la menopausia. De acuerdo con Zárate, Hernández, Basurto y Saucedo (2010) “los trastornos más frecuentes son el hipotiroidismo, la tiroiditis y el bocio difuso tóxico (enfermedad de Graves-Basedow), los cuales se encuentran asociados con procesos autoinmunes y generalmente se inician en la edad reproductiva” (p. 84). Entre los de menor

frecuencia se encuentran el bocio multinodular sin disfunción tiroidea, el hipertiroidismo por un nódulo hiperfuncionante y el cáncer de tiroides.

En un estudio realizado en España, Maldonado (2017) refiere que los resultados obtenidos apuntan a una prevalencia de disfunción tiroidea (sumando tanto hiper como hipotiroidismo) de 9.9%, frente al 90.1% de la población que no padecía ningún tipo de disfunción, presentándose una prevalencia total de 14.4% en mujeres y de 5.3% en hombres, concluyendo la existencia de un claro predominio de la disfunción tiroidea en mujeres. Específicamente, las mujeres fueron 2.5 veces más propensas a tener hipotiroidismo de cualquier clase, que los hombres). En el caso de México, los datos encontrados provienen de información proporcionada por el doctor Tamariz Landa, quien afirmó que entre el setenta y ochenta por ciento de los derechohabientes que se atienden anualmente por este padecimiento en el IMSS, son mujeres (IMSS, 2020).

Por otra parte, según lo dicho por el académico de posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, Sergio Alberto Mendoza Álvarez, en México, los problemas de tiroides afectan a tres de cada mil mujeres mayores de cincuenta años lo que representa el 2% de mujeres en edad madura. Estos padecimientos se presentan en una proporción de tres mujeres por cada varón, y la probabilidad aumenta conforme va incrementando la edad hasta llegar a catorce por cada mil mujeres en un rango de edad de setenta y cinco a ochenta años, en comparación con los hombres donde la proporción es de 0.6 por cada mil. En el caso de las mujeres, el grupo de riesgo se ubica en un rango de edad de entre cuarenta y cincuenta años (Lugo, 2019).

Lo anterior se debe, de acuerdo a lo planteado por Tanda et al. (2009), a que es característico de la mujer presentar variaciones hormonales en las concentraciones de estrógenos durante toda su vida y que éstas la hacen más susceptible a modificaciones en su respuesta inmunológica; además existe un contribuyente de vulnerabilidad genética a patología tiroidea (como se citó en Zárate, et al. 2010). Rodríguez, et al. (2016), señalan que algunos

autores indican que los estrógenos afectan el sistema inmunitario, especialmente a los linfocitos B que producen los anticuerpos, y que los cambios producidos en el nivel de estrógenos pueden contribuir al desarrollo de las enfermedades tiroideas en la menopausia, cuando los niveles de estrógenos descienden.

Según la Oficina para la Salud de la Mujer de los Estados Unidos (2019), una de cada ocho mujeres desarrolla problemas de tiroides a lo largo de su vida, siendo los más recurrentes:

- *Hipotiroidismo*. Surge cuando la glándula tiroides no produce suficientes hormonas tiroideas, provocando un enlentecimiento en el metabolismo.
- *Hipertiroidismo*. Ocurre cuando la tiroides produce más hormona tiroidea de la que el cuerpo necesita, acelerando el metabolismo y el ritmo cardíaco.
- *Tiroiditis*. La tiroiditis es la inflamación de la tiroides. Sucede cuando el sistema inmunitario ataca la tiroides y es muy frecuente que ocurra después del parto. Puede producir síntomas de hipertiroidismo o hipotiroidismo.
- *Bocio*. Es el aumento anormal del tamaño de la glándula tiroidea. Por lo general, el único síntoma del bocio es la inflamación del cuello. Sin embargo, el crecimiento excesivo puede generar sensación de rigidez en la garganta, tos o problemas para tragar o respirar.
- *Nódulos tiroideos*. Se presentan como una inflamación en una sección de la glándula tiroidea. La mayoría de los nódulos tiroideos no presentan síntomas y no son cancerosos. En algunas ocasiones pueden ocasionar hipertiroidismo debido a la producción hormonal excesiva, y en otras pueden llegar a ocasionar problemas para tragar o respirar debido a su gran crecimiento.
- *Cáncer de tiroides*. Los síntomas se reducen a un nódulo tiroideo y posible inflamación o bulto en el cuello, problemas para tragar o voz ronca.

Las enfermedades tiroideas son cada día más comunes en la edad reproductiva de la mujer, constituyendo en frecuencia la segunda patología endocrinológica después de la diabetes mellitus. En este trabajo, nos enfocaremos sólo en la disfunción que tiene mayor prevalencia: el hipotiroidismo, toda vez que las alteraciones tiroideas abarcan un amplio espectro que sería difícil abordar en este documento.

1.5 Hipotiroidismo

Entre los trastornos de la función tiroidea, el hipotiroidismo es el más común. Esta disfunción se define como “el cuadro clínico que se produce como consecuencia de una reducción en la actividad de la glándula tiroides” (Martín, 2016, p. 37). Por su parte, Lozano (2006) lo conceptualiza como el síndrome clínico y bioquímico consecuencia de una disminución de la producción hormonal de la glándula tiroides.

En la Guía de Práctica Clínica emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (2016), se precisa como una enfermedad endocrina común, causada por una inadecuada acción de las hormonas tiroideas, principalmente por disminución en la síntesis y secreción de éstas y ocasionalmente por resistencia periférica a las hormonas tiroideas, mientras que Chamoux y Hernández (2017) proporcionan un concepto más amplio al referirse a dicha disfunción como el “síndrome clínico resultante de la deficiencia de hormona tiroidea libre circulante y en tejidos periféricos, que lleva a la disminución generalizada de procesos metabólicos, con repercusiones graves en el desarrollo físico y mental” (p. 66).

De las definiciones aquí proporcionadas, se puede concluir que el hipotiroidismo o también llamado tiroides hipoactiva surge cuando los niveles de hormonas tiroideas son bajos. Es decir, que la glándula tiroides no es capaz de producir suficiente hormona para que sea liberada en el torrente sanguíneo y de esa forma mantener al cuerpo funcionando de manera normal.

1.5.1 Etiología

Las causas del hipotiroidismo pueden ser diversas. Gómez et al. (2010), las enumeran de la siguiente manera:

- Hipotiroidismo central. Puede deberse a una disfunción en la hipófisis (hipotiroidismo secundario) o a una alteración hipotalámica (hipotiroidismo terciario), y generalmente es sugerido por concentraciones bajas de hormonas tiroideas con TSH inapropiadamente baja o normal. Dicho de otra manera, se refiere a una disminución de la liberación de TSH biológicamente activa.
- Resistencia a hormonas tiroideas. Se caracteriza por la disminución de la sensibilidad tisular a las hormonas tiroideas debido a mutaciones en el receptor de hormonas tiroideas.
- Hipotiroidismo primario. La tiroiditis de Hashimoto es la primera causa de hipotiroidismo primario en las zonas del mundo donde el aporte dietético de yodo es suficiente como en el caso de México. Ocurre cuando el sistema inmunitario ataca y daña la tiroides de manera que no puede producir suficiente hormona tiroidea.
- Yodo. La deficiencia en la ingesta de yodo es la causa más común de hipotiroidismo. El déficit de este mineral deteriora la síntesis de hormonas tiroideas.
- Fármacos. Medicamentos como la amiodarona, el interferón alfa, el metimazol, el propiltiouracilo, el litio, la etionamida, la interleucina 2 y el perclorato son utilizados para algunos otros trastornos de la tiroides, pero la sobrecarga de yodo puede ser contraproducente e inducir a un hipertiroidismo y posteriormente hipotiroidismo.
- Causas infecciosas. Los procesos infecciosos de la tiroides pueden ser causantes de hipotiroidismo primario. Las tiroiditis infecciosas se dividen en: supurativa o aguda, subaguda y crónica. Los agentes causantes de la tiroiditis subaguda son: virus del sarampión, la influenza, adenovirus, ecovirus, la parotiditis, virus Epstein-Barr, micobacterias, y Pneumocystis jiroveci, en pacientes con infección por VIH.

Otro criterio sobre las causas del hipotiroidismo, es el aludido por Chamoux y Hernández (2017):

- Hipotiroidismo primario (compromiso de la glándula tiroides):

– Congénito:

Disgenesias: es la causa más común (95%) y se debe a una malformación o mal descenso de los esbozos tiroideos. Intervienen factores genéticos.

Anticuerpos bloqueadores maternos por pasaje de la madre al niño. Desaparecen con el tiempo (vida media 60-70 días). Producen hipotiroidismo transitorio.

Drogas antitiroideas: metimazol y propiltiouracilo. Inhiben la síntesis de hormonas tiroideas. El yodo inhibe la liberación de las hormonas tiroideas.

Dishormonogénesis: defecto genético en la síntesis de hormonas tiroideas. Es responsable de 5%-10% de los casos congénitos.

Cretinismo: forma grave que se debe a la carencia de yodo durante la vida intrauterina.

– Adquirido:

Tiroiditis autoinmune: con mayor incidencia a los 10 años, cursa con bocio pequeño.

Iatrogénico: debido a cirugía, drogas antitiroideas o yodo.

- Hipotiroidismo secundario (compromiso de la hipófisis)

Tumores o lesiones de hipófisis.

Deficiencia aislada de TSH.

Mutaciones del receptor de la TSH.

- Hipotiroidismo terciario (compromiso del hipotálamo)

Tumores o lesiones del hipotálamo.

1.5.2 Prevalencia

La procedencia de hipotiroidismo primario que con más frecuencia se da en el mundo, es la deficiencia de yodo. Sin embargo, en áreas donde no existe deficiencia de este mineral, la tiroiditis crónica autoinmune, también conocida como tiroiditis de Hashimoto, es la causa más común de hipotiroidismo. Ésta es entre cinco y diez veces más común en mujeres que en hombres (Espinosa de Ycaza, 2018). A nivel mundial la prevalencia de hipotiroidismo primario varía entre 0.1 a 2%, es 10 veces más frecuente en mujeres que en hombres y aumenta a un 7-10% en mayores de 60 años. De acuerdo a los datos reportados, México tiene una prevalencia de hipotiroidismo primario del 1 % (Guía de Práctica Clínica, 2016).

1.5.3 Manifestaciones clínicas

En la mayoría de los pacientes, las señales pueden aparecer lentamente, además de ser poco específicas, por lo que es posible creer que los síntomas podrían deberse a los hábitos y a las presiones cotidianas, confundándose incluso con otras patologías como menopausia, depresión o fatiga crónica, tomando en consideración de que estas señales varían de persona a persona.

Según lo dicho por Lozano (2006), el espectro clínico es amplio y está condicionado por tres factores fundamentales: las acciones de las hormonas tiroideas (consumo de oxígeno y efectos termogénicos), la intensidad del déficit hormonal y la edad del individuo en el momento de instaurarse el déficit. De tal manera que los pacientes presentarán un grado variable de decaimiento y de disminución del consumo de oxígeno, de intolerancia al frío y retraso en el crecimiento y desarrollo psicomotor en la infancia y adolescencia.

Con relación a lo anterior, Gómez, et al. (2010) describen las manifestaciones clínicas del hipotiroidismo según los órganos y sistemas afectados de la siguiente manera:

- *Piel y anexos.* Se presenta un descenso de la temperatura, lo que ocasiona piel fría y pálida, además de resequedad. Puede observarse también una coloración naranja-amarillenta en el estrato córneo, rasgos faciales característicos, como nariz ancha, labios abultados, párpados edematizados y macroglosia. El cabello también experimenta cambios, se torna grueso, seco, quebradizo y crece más lento, y la pérdida de cabello puede ser difusa o en parches. En cuanto a las uñas, éstas también presentan crecimiento lento, son delgadas y quebradizas.
- *Sistema cardiovascular.* Las más comunes en el hipotiroidismo son: disminución de la contractilidad cardíaca, reducción del gasto cardíaco, disminución de la frecuencia cardíaca, disfunción diastólica ventricular que reduce la precarga y contribuye a insuficiencia cardíaca.
- *Sistema respiratorio.* Una manifestación respiratoria es el síndrome de apnea obstructiva del sueño donde puede observarse una prevalencia de 25 a 35%. Otras manifestaciones se presentan como hipoventilación, obstrucción de la vía aérea y disminución de la respuesta ventilatoria frente a la hipoxia (estado de deficiencia de oxígeno en la sangre) e hipercapnia (aumento de la presión parcial del dióxido de carbono en la sangre).
- *Aparato gastrointestinal.* El hipotiroidismo grave puede provocar disfagia, esofagitis por reflujo y hernia hiatal. Otras manifestaciones recurrentes suelen ser la dispepsia (náuseas, pesadez y dolor de estómago, ardor y flatulencia) y el estreñimiento. Así mismo, el 50% de los pacientes con hipotiroidismo tienen alteraciones leves en las pruebas de funcionamiento hepático, sin alteraciones histológicas.
- *Sistema nervioso central.* En general, la deficiencia de hormonas tiroideas origina que las funciones vitales se ralenticen, y esto incluye también síntomas psiquiátricos. Valera, Soria, Piédrola e Hidalgo (2002) indican que esta sintomatología se ve reflejada en enlentecimiento psicomotor difuso, deterioro de las funciones cognitivas y alteraciones de humor como pérdida de interés y de iniciativa y entre los trastornos

mentales más frecuentes que pueden llegar a presentarse están: delirium, demencia, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo (apatía, astenia, inhibición, ideas suicidas, labilidad emocional, lentitud psicomotora, disminución de la libido) y trastorno de ansiedad, enfatizando en que en los casos de larga evolución pueden persistir dificultades con el intelecto y la memoria.

- *Función renal.* El hipotiroidismo se asocia con deterioro de la función renal, en razón de que la creatinina sérica se eleva en aproximadamente 50% de los adultos hipotiroideos.
- *Metabolismo energético.* Ocurre un enlentecimiento y disminución del metabolismo corporal. Hay incremento en el peso debido a la retención de agua, sal y acumulación de grasa, pese a que tanto el apetito como la ingesta de alimento disminuyen. También puede presentarse resistencia a la insulina con disminución en la captación de glucosa por el músculo y el tejido adiposo.
- *Función reproductora.* En mujeres con hipotiroidismo se presentan alteraciones en el ciclo menstrual en cuanto a la duración y cantidad de sangrado menstrual. En casos de hipotiroidismo grave, puede haber pérdida de la libido y falla en la ovulación, lo que ocasiona problemas para quedar embarazada y, en caso de lograr un embarazo, pueden presentarse problemas durante el embarazo tanto para la madre (parto prematuro, preeclampsia o aborto espontáneo) como para el bebé (insuficiencia cardíaca, problemas de crecimiento y desarrollo cerebral).
- *Sistema músculo-esquelético.* En los adultos, el hipotiroidismo se asocia con aumento en el riesgo de fracturas. Los músculos se debilitan y hay dolor que aumenta con las temperaturas bajas. Las masas musculares pueden estar ligeramente crecidas y palparse firmes. A veces puede observarse aumento importante en el volumen de las masas musculares y enlentecimiento en los movimientos.

Cuando el hipotiroidismo (independientemente de la causa que lo origine) es tratado oportunamente, no hay complicaciones. En caso contrario, se pueden presentar casos severos de hipotiroidismo (coma hipotiroideo o coma mixedematoso), que es una condición de riesgo mortal que se manifiesta con hipotermia (descenso de la temperatura corporal por bajo 35°C), bradicardia (latido cardiaco muy lento), bradipnea (frecuencia respiratoria muy lenta), hipercapnia (exceso de CO₂ en sangre) hipoxia (privación de oxígeno en una parte del cuerpo), hipotensión (descenso de la presión arterial por bajo 90/60), oliguria (disminución notable de orina) y somnolencia, y cuando se asocia a otras enfermedades, puede ser mortal. Por lo tanto, la adherencia terapéutica resulta fundamental para la recuperación de la salud y preservación de la vida.

1.5.4 Diagnóstico

De acuerdo a lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica (2016), el diagnóstico se realiza por un profesional de la salud sobre la base de los síntomas (manifestaciones clínicas anteriormente descritas) mediante un interrogatorio y exploración física buscando signos o síntomas que sugieran el padecimiento, tales como historia de tratamiento con yodo radioactivo o tiroidectomía, fármacos que afectan la síntesis o función de hormonas tiroideas, antecedentes de deficiencia o exceso de yodo, cicatriz en cuello por tiroidectomía y crecimiento tiroideo, además de considerar los factores de riesgo (sexo, edad, factor genético). Tomando en consideración que el hipotiroidismo no posee ningún síntoma característico y que todas las personas experimentan de diferente manera estos síntomas, fácilmente pueden confundirse con otras enfermedades. Por ello, además del interrogatorio y la exploración física, en caso de sospecha de disfunción tiroidea, se sugiere el diagnóstico por laboratorio y gabinete para la obtención del reporte bioquímico. La American Thyroid Association (2020) indica que este tipo

de estudios consisten en pruebas que incluyen la determinación en sangre de hormona estimulante de tiroides (TSH) y tiroxina (T4).

Prueba de TSH. Es la más importante y sensible para el hipotiroidismo. Esta prueba mide la cantidad de tiroxina (T4) que se le pide producir a la tiroides. Una TSH anormalmente alta significa hipotiroidismo: Se le pide a la tiroides producir más T4 porque no hay suficiente T4 en la sangre.

Prueba de T4. La mayoría de la T4 en la sangre se encuentra unida a una proteína llamada globulina ligadora de tiroxina. La T4 “ligada” no puede penetrar en las células del cuerpo. Solamente un 1% a 2% de la T4 en la sangre se encuentra sin ligar (“libre”) y puede entrar en las células. La T4 libre y el índice de T4 libre son pruebas simples que miden la cantidad de T4 sin ligar que se encuentra en la sangre disponible para entrar en las células.

1.5.5 Tratamiento

El tratamiento para el hipotiroidismo es farmacológico con sustitución de hormonas tiroideas (levotiroxina), para toda la vida y tiene como objetivos resolver los síntomas de hipotiroidismo, normalizar los niveles de TSH y las concentraciones de hormonas tiroideas. La dosis es suministrada considerando el peso del paciente y masa corporal, edad, comorbilidades (en especial la enfermedad cardíaca), si existe embarazo, la etiología del hipotiroidismo y la concentración sérica de TSH. Arroyo, Gil, Llauradó y Caixás (2011) indican que después de iniciado el tratamiento sustitutivo del hipotiroidismo primario, se requiere controlar la función tiroidea a los dos o tres meses. Si la concentración de la TSH sigue alta, es recomendable mantener controles periódicos cada dos a tres meses. Una vez identificada la dosis necesaria (ajuste de la dosis) y estabilizada la concentración de la TSH, los controles pueden realizarse anualmente.

1.6 Percepción de salud y enfermedad

La salud y enfermedad son conceptos que forman parte integral de la vida como producto de las interacciones del ser humano con los factores ambientales. La palabra salud “proviene del latín *salus*, es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser considerado a nivel subjetivo u objetivo” (Razo, Díaz y López, 2018, p. 59). La Organización Mundial de la Salud (2020) define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, concepto que ha estado vigente desde 1948. De esta acepción se desprende que el bienestar físico se da cuando el cuerpo funciona de manera eficiente, cuando no hay deterioro en los órganos y existe capacidad física apropiada para responder a las actividades vitales. El bienestar mental hace referencia a capacidades intelectuales como procesar información, discernir sobre valores y creencias y la toma de decisiones y en general a la capacidad para mantener relaciones armoniosas con los demás. Por cuanto hace al bienestar social, éste se refiere al orden social para promover la satisfacción de las necesidades individuales que son compartidas, así como a las necesidades pluripersonales, es decir, a la habilidad para interactuar con las personas y el ambiente, habiendo satisfecho las relaciones interpersonales.

Una definición más completa del término salud, es la aportada por San Martín y Pastor (1998) quienes manifiestan que la salud “es un momento relativo, es decir, un período de salud-enfermedad cambiante, variable, individual y colectivo, producto de todos los determinantes sociales genéticos, biológicos y ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se enuncian en nuestra biología” (como se citó en Valenzuela, 2016, p. 55). Esto significa que la salud es un fenómeno dinámico derivado de la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el individuo, quien se siente vulnerable cuando percibe amenazado su bienestar. A este respecto, Valenzuela (2016) hace notar que, de acuerdo a la definición dada por Martín y Pastor, existen al menos tres componentes relevantes: uno

subjetivo (bienestar); otro objetivo (capacidad para la función); y, por último, el ecológico (adaptación biológica, mental y social del individuo). Para Razo, et al. (2018) el concepto de salud está integrado por cuatro áreas: el área física, entendida como el funcionamiento fisiológico óptimo del organismo; el área mental, que hace referencia a la manera en que manejamos nuestra cotidianidad y la forma en que interactuamos con los demás en el ambiente escolar, familiar, de amistad, etc., así como la forma en que equilibramos nuestros deseos, habilidades, ideales y valores; el área emocional que se relaciona con el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos y por último, el área espiritual que involucra nuestras creencias.

Con base en lo anterior, es en el aspecto subjetivo donde se incluyen las creencias de bienestar y la percepción individual de la salud, entendiendo la percepción como un proceso cognitivo que nos permite, mediante los sentidos, extraer información del medio y conformar una representación más o menos real del mismo, que nos ayuda a relacionarnos mejor con el contexto en el que nos encontramos. Razo et al. (2018) plantean que la percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal. Se dice que es subjetiva dado que las reacciones ante un mismo estímulo varían de un sujeto a otro, selectiva porque es el resultado de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir; y se dice que es temporal, puesto que es un fenómeno a corto plazo. De esta manera, la salud solo preocupa al individuo cuando los síntomas se hacen presentes de manera súbita o progresiva y principalmente, cuando tal alteración en el organismo presenta un efecto emocional y comportamental difícil de controlar. Así entonces, la percepción de la salud implica una sensación de bienestar individual y en ella influyen factores como el estado fisiológico del individuo, la personalidad, el apoyo social con el que cuenta, los factores sociodemográficos y el bienestar psicológico. De esta manera, las

personas van construyendo su concepción de salud y enfermedad que incide en el cómo reaccionan a los síntomas percibidos.

Por otro lado, la percepción de enfermedad es un constructo edificado a partir del modelo de sentido común y de autorregulación de la enfermedad (MSC) desarrollado por Howard Leventhal en Norteamérica en la década de los ochenta, en el que el ser humano es concebido como un ente activo que desarrolla sus propias teorías en torno a su estado de salud (González, 2017). De acuerdo con este modelo, “cada paciente organiza, explica y describe información perceptiva (síntomas) o conceptual (diagnóstico) de manera variable y dependiendo de experiencias y por medio de la retroalimentación constante” (Lugo, Reynoso y Fernández, 2014, p. 115), generando una representación cognitiva/emocional del problema (síntomas o enfermedad), la cual da origen a la puesta en marcha de acciones (búsqueda o no de atención médica, uso o no de medicamentos) y finalizada por la evaluación de las acciones llevadas a cabo.

En palabras de Quiceno y Vinaccia (2010) “la propuesta de este modelo consiste en que un estímulo (síntoma) genera tanto una representación cognitiva como una representación emocional de la enfermedad y una amenaza para la salud” (p. 60) que originan una definición de objetivos y acciones que conllevan la adopción de comportamientos o estrategias de afrontamiento. De acuerdo a lo anterior, estos mismos autores señalan que la percepción de la realidad de la enfermedad es resultado de dos procesos o componentes paralelos: uno cognitivo y uno emocional. Desde el punto de vista de Lugo et. al. (2014) el componente cognitivo se relaciona con el conjunto de creencias sobre la enfermedad (causas, síntomas, tratamiento, consecuencias, temporalidad, control) y el componente emocional (enojo, miedo, depresión, ansiedad) surge como resultado de padecer la enfermedad o llevar el tratamiento. Así entonces, la percepción de la enfermedad es subjetiva y tiene que ver con el conjunto de creencias sobre el padecimiento, sus síntomas y el tratamiento, tomando en consideración la

información previa que se tenga acerca de la enfermedad, la información proporcionada por el médico u otras fuentes, así como las experiencias significativas durante el proceso de enfermedad o previas a ella.

Diversos estudios han mostrado que las creencias y representaciones que un individuo tiene sobre su enfermedad influyen en cómo tales personas afrontan y se adhieren a su tratamiento. Como ejemplo de lo anterior, podemos mencionar el estudio realizado por Sadat, Salesi & Mohammadi (2018) en pacientes con enfermedades cardiovasculares, el cual arrojó como resultado que las personas que tienen una mayor comprensión de la enfermedad poseen un mayor control personal. Además, se evidenció que las personas que poseen mayores creencias sobre el control de su tratamiento observaron mejor salud física y mental frente a su enfermedad, de lo que se pudo deducir la existencia de una relación de la percepción de la enfermedad y la calidad de vida de las personas.

La OMS define la adherencia al tratamiento como “el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (como se citó en Ramos, 2015, p. 177).

Esta adherencia exige la conformidad del paciente en relación con las recomendaciones participando en conjunto con el profesional de la salud en su propia atención de forma responsable. Entre los comportamientos terapéuticos que esta adherencia implica están que el paciente busque la atención médica, consiga los medicamentos prescritos, tome el medicamento de forma apropiada, cumpla con las consultas de seguimiento y lleve a cabo las modificaciones necesarias para lograr recuperar y/o mantener su salud.

Como proceso, la adherencia terapéutica conlleva la interacción de diversos factores que pueden facilitarla u obstaculizarla. Entre estos factores están: los relacionados con el equipo de

asistencia sanitaria, los factores relacionados con el paciente y los factores relacionados con la familia de éste.

De acuerdo a lo señalado por Soria, Vega, Nava y Zaavedra (2011), entre los factores del paciente se pueden mencionar el conocimiento que tenga de la enfermedad y del tratamiento, las creencias asociadas a la percepción de amenaza a la salud ocasionada por la enfermedad, la estimación del riesgo a enfermarse, la percepción o no de síntomas, la representación mental acerca de la enfermedad, las creencias sobre los beneficios del tratamiento, la valoración de las fortalezas personales y competencias del paciente, así como los recursos económicos y culturales.

Los factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria involucran el acceso a los servicios de salud y la relación médico-paciente, principalmente.

Respecto a los factores relacionados con la familia del paciente, resulta de suma importancia el apoyo social que ésta le puede brindar para afrontar el padecimiento ofreciendo protección ante situaciones estresantes de la enfermedad.

Modelo de Creencias en Salud

Para explicar la adherencia al tratamiento, se han descrito diversos modelos, entre ellos el modelo cognitivo conductual denominado *Modelo de Creencias en Salud* de Rosenstock (1974), el cual de, acuerdo a Ramos (2015) se basa en la motivación del paciente y la información de que dispone, percibirse en riesgo de enfermarse y ver la enfermedad como algo grave, reconocer la eficacia de la intervención a seguir a fin de evitar la enfermedad y percibir como sencillas las medidas a practicar. Los componentes básicos de este modelo se derivan de la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa en dos variables: "a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una

acción dada llegue a conseguir esa meta” (Moreno y Gil, 2003, p. 94). Dicho en otras palabras, lo anterior se refiere a el deseo de evitar la enfermedad o, si se está enfermo, el deseo de recuperar la salud y la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o aumentar la probabilidad de recuperar la salud (si es que ya se está enfermo).

Siguiendo a Moreno y Gil (2003), las dimensiones de las que consta este modelo son: la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas. La *susceptibilidad percibida* ante un problema de salud hace referencia a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de enfermar. La *severidad percibida* se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída, lo que traería como consecuencias, por un lado, la pérdida de la salud (muerte, incapacidad o dolor) y por el otro, consecuencias en las relaciones sociales, familiares o laborales. La dimensión de *beneficios percibidos* tiene que ver con las creencias que el sujeto tenga respecto a la efectividad de las acciones a emprender para evitar la enfermedad o recuperar su salud. Por último, la dimensión de *barreras percibidas* se refiere a aquellos aspectos que el sujeto considere como obstáculos para la ejecución de las conductas tendientes a la evitación de la enfermedad o a la recuperación de la salud.

1.7 Importancia de la calidad de vida

Actualmente el concepto de salud involucra aspectos biopsicológicos, socioeconómicos y culturales, tomando en consideración los factores positivos y negativos que afectan nuestra vida, la función social y la percepción, de ahí que dicho concepto se defina como dinámico y multidimensional y guíe la medición de la calidad de vida. El concepto de calidad de vida se relaciona con un estado de bienestar integral y éste último hace referencia a la satisfacción de las necesidades del ser humano que abarca aspectos físicos, psicológicos y emocionales y la manera en cómo se relacionan con el entorno, buscando siempre un equilibrio en todas las

áreas de la vida (física, material, educativa, emocional, social). En otras palabras, se puede concebir la calidad de vida incluyendo la descripción de las circunstancias de un individuo, así como sus percepciones y sentimientos considerados ambos como reacción ante dichas circunstancias.

El grupo WHOQL (1995) perteneciente a la OMS, definió la calidad de vida como la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (como se citó en Van, Den, Brenda & De Vries, 2011). Mientras que Ardila (2003), propone definir la calidad de vida como

un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida (p. 163).

En este contexto, la calidad de vida es subjetiva, dado que las personas evalúan de forma diferente las circunstancias y experiencias de su vida dependiendo en gran parte, de sus expectativas y bajo la influencia de su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

Ahora bien, la importancia del conocimiento y evaluación de la calidad de vida permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Así también, conlleva a mejorar el nivel de vida y a cambiar los estilos de vida en forma individual y, de la población para lograr un bienestar social general. Por otra parte, proporciona información

útil y necesaria para la planeación e implementación de políticas públicas y sociales en beneficio individual o colectivo.

1.8 Calidad de vida y bienestar

Uno de los elementos clave del concepto de calidad de vida relacionada con la salud, es el de bienestar. Este vocablo se relaciona con la experimentación de la salud, felicidad y prosperidad e incluye aspectos positivos como el gozar de buena salud mental y el sentirse satisfecho en todos los aspectos de la vida. Como ya se ha mencionado, el concepto de bienestar está íntimamente ligado al concepto de salud al ser introducido por la OMS en 1948 al definir la salud como el estado de completo bienestar en los aspectos sociales, físicos y psicológicos. Desde sus inicios, el concepto fue abordado desde dos corrientes filosóficas de gran fuerza a lo largo de la historia de la humanidad: la escuela Hedónica y la Eudaimónica. La perspectiva hedónica se centra en la experiencia de satisfacción con la propia vida, con un nivel elevado de afecto positivo y nivel bajo de afecto negativo, involucrando factores cognitivos y afectivos dando lugar al bienestar subjetivo. Por otro lado, según lo expresado por García (2014) la perspectiva eudaimónica se dirige al crecimiento personal, al propósito en la vida y la autorrealización, dando pie al bienestar psicológico. En otras palabras, el bienestar subjetivo hace referencia a un estado de felicidad, mientras que el bienestar psicológico está relacionado con crecimiento personal.

1.8.1 Bienestar subjetivo

Según Satorres (2013) “el bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia” (p. 89), y señala que se ha nombrado felicidad al bienestar subjetivo experimentado cuando las personas sienten más emociones agradables, cuando

están comprometidas en actividades interesantes y cuando están satisfechas con sus vidas. Tomando en cuenta lo anterior, podemos decir que el bienestar subjetivo se define como el grado en el que una persona está satisfecha en los diferentes aspectos considerando el emocional y cognitivo; es decir, que este concepto tiene que ver con una valoración positiva de las circunstancias y eventos ocurridos en la vida de la persona.

Determinantes del Bienestar Subjetivo

Ahora bien, de acuerdo a lo señalado por Satorres (2013), algunos factores psicológicos que han sido asociados con el bienestar subjetivo implican características de personalidad como la extraversión, el neuroticismo, la autoeficacia, la autoestima, la capacidad de adaptación, la orientación a las metas y las estrategias para afrontar el estrés. Por otra parte, también existe una relación con algunas variables sociodemográficas como la edad, el sexo, los ingresos, el status laboral, el status civil y el nivel educativo, pero aclara que, con base en resultados de investigaciones realizadas al respecto, son las variables psicológicas las que tienen mayor peso en la explicación de las diferencias individuales en los niveles de bienestar y el carácter subjetivo del concepto, tal como lo manifiesta en los siguientes párrafos.

- *Variables sociodemográficas:*
 - Edad. Después de realizar una revisión de diversos estudios, Satorres (2013) concluye que, a pesar de las variaciones en algunos componentes del bienestar subjetivo como el afecto positivo y negativo con el paso de los años, no hay un acuerdo unánime respecto a tales variaciones, pero que sí queda en evidencia que el bienestar subjetivo se mantiene estable con la edad.
 - Género. En este aspecto, Satorres (2013) sostiene que, de acuerdo a la revisión realizada en la literatura, son escasas o nulas las diferencias en la variable género para los índices de bienestar personal.

- Estado Civil. En cuanto a esta variable, el autor que nos ocupa concluye que la satisfacción con la familia y el matrimonio es uno de los predictores fundamentales del bienestar subjetivo y refuerza su postura citando el trabajo de Headey, Veenhoven y Wearing realizado en 1991, donde arroja como resultado que de los seis dominios analizados (matrimonio, trabajo, nivel de vida, ocio amigos y salud), sólo la satisfacción conyugal tenía influencia significativa sobre la satisfacción global.
- Nivel de estudios. Aunque en principio pueda parecer que la educación pueda repercutir en el bienestar subjetivo, esta asociación tiende a modificarse cuando se tiene control sobre otros factores vinculados como ingresos o status laboral.
- Ingresos. Respecto a este factor, se encontró una correlación positiva entre los ingresos económicos y el bienestar subjetivo, pero sólo en países pobres, no así en países desarrollados. Sin embargo, un estudio posterior sobre análisis de pobreza evidenció la existencia de una relación positiva entre ambos constructos; es decir, a medida que la población empobrece, el bienestar disminuye y, por otro, que esta relación es limitada ya que la varianza del bienestar no se explica directamente por variables económicas, sino por variables psicológicas y sociales (Palomar, Lanzagorta y Hernández, 2004, como se citó en Satorres, 2013).

- *Características individuales*

- Personalidad. Dentro de los determinantes del bienestar subjetivo, la personalidad y el temperamento es uno de los más influyentes. Satorres (2013) informa que, de acuerdo a investigaciones realizadas, los resultados muestran que la relación entre personalidad y bienestar subjetivo está mediada por otros aspectos psicológicos como el factor genético y señala que en el trabajo realizado por Lykken y Tellegen en 1996, se calculó que el bienestar subjetivo podía ser heredable hasta en un 80%.

- Autoestima y Autoeficacia. Estos rasgos muestran entre sí relaciones positivas, lo que se traduce en que, a mayor nivel de autoestima y autoeficacia, mayor será el bienestar subjetivo. Respecto a la autoestima, según lo expresado por Satorres (2013), diversos estudios han demostrado una vinculación entre ésta y el bienestar subjetivo. En cuanto a la autoeficacia, entendida como la capacidad que tienen las personas de lograr una meta o superar una situación estresante, existe evidencia que cuanto más confiada se siente una persona de lograr sus metas y objetivos en la vida, mayor nivel de bienestar subjetivo presentará.
- Salud percibida/subjetiva. La salud subjetiva se considera como una característica multidimensional del individuo, dado que cada persona evalúa su estado de salud en función de una serie de atributos relacionados con la salud, como pueden ser el dolor, el estado emocional, la fatiga, las capacidades visuales o auditivas, la movilidad, la capacidad de relacionarse socialmente, etc., y a partir de esta estimación, hará una valoración subjetiva de su estado de salud (Satorres, 2013). Es decir, que las personas perciben como un buen estado de salud el hecho de tener la posibilidad de poder realizar actividades gratificantes para ellas y en ese contexto, la relación entre salud percibida y bienestar personal se irá modificando conforme el paso de los años, por lo que la importancia que cada individuo le otorgue a su salud, determinará su bienestar personal.
- Orientación al logro de metas. Desde el punto de vista de Satorres (2013), las personas con alta orientación al logro de metas, poseen una fuerte motivación para el cumplimiento de sus objetivos y esto genera que el compromiso personal con las metas propuestas provoque un sentido de autoeficacia que genera a su vez una sensación de bienestar.
- Capacidad de adaptación y estrategias de afrontamiento. Satorres (2013) define la capacidad de adaptación como “el proceso por el cual un grupo o un individuo modifica

sus patrones de comportamiento para ajustarse a las normas imperantes en el medio social en el que se mueve” (p. 98). Lo anterior implica que los individuos renuncien a ciertos hábitos o prácticas y adquieran otros que les permitan el ajuste con las expectativas exigidas por su nuevo rol. Con relación a las estrategias de afrontamiento, este autor sostiene que el encontrar un significado positivo en medio de una situación negativa, el uso de habilidades dirigidas a resolver directamente los problemas, el encontrar un significado espiritual en medio de las dificultades, la búsqueda de ayuda, el apoyo social y la acción racional, entre otros, han sido asociados a altos niveles de bienestar subjetivo y, por el contrario, un afrontamiento neurótico o la negación correlacionan con un bajo nivel de bienestar subjetivo.

- *Variables comportamentales y acontecimientos vitales*

El poder llevar a cabo actividades cotidianas, tiene gran influencia en el bienestar de las personas debido a la satisfacción que les produce el hecho de realizarlas, sobre todo aquellas que se relacionan con el contacto social, actividades físicas, culturales, viajes, aficiones, participación en actos religiosos o en organizaciones formales. En cuanto a los acontecimientos vitales, se ha demostrado que aquellas personas que experimentan mayor cantidad de eventos positivos presentan un mayor nivel de bienestar subjetivo, mientras que aquellas que enfrentan más adversidades reflejan un menor nivel de bienestar.

1.8.2 Bienestar psicológico

El bienestar psicológico viene de la concepción eudaimónica, que se centra en el desarrollo y crecimiento personal y que tiene que ver con la manera en que las personas enfrentan los acontecimientos vitales, así como la forma en que logran sus objetivos a diferencia de la perspectiva hedónica (bienestar subjetivo) que enfatiza más en las actividades que nos

producen placer o nos alejan del dolor. Desde el punto de vista de Satorres (2013), el bienestar psicológico puede ser concebido como un potencial innato, adquirido y modificable, “resultante de una adecuada gestión de la propia experiencia, pero además como un indicador de la capacidad de auto-cuidarse y manejarse en la vida presente de la persona” (p. 101). En esta misma tesitura, este mismo autor señala que González-Méndez (2005) vincula el bienestar psicológico con el estado mental y emocional que determina el funcionamiento psíquico óptimo de una persona de acuerdo a su paradigma personal y al modo de adecuarse a las exigencias internas y externas del entorno físico y social, tomando en cuenta sus creencias y experiencias aceptadas y asimiladas cognitivamente y emocionalmente de manera satisfactoria y con la capacidad de rechazar aquellas consideradas como negativas (como se citó en Satorres, 2013).

Dimensiones del bienestar psicológico

En 1989 Carol Ryff desarrolló un modelo estructural, el cual concibe al bienestar psicológico a partir del funcionamiento humano óptimo, considerándolo como el productor de emociones positivas. Dicho modelo está basado en seis dimensiones:

- Autoaceptación. Siguiendo a Satorres (2013), puede decirse que la autoaceptación implica la necesidad de alcanzar una visión positiva de uno mismo, siendo conscientes de nuestras propias limitaciones. Es más que conocerse a sí mismo y tener una percepción precisa de las propias acciones, motivaciones y sentimientos.
- Relaciones positivas con los demás. Según el modelo de Ryff, un nivel óptimo de relaciones positivas con los demás implicaría obtener relaciones estrechas y cálidas con las demás personas, el preocuparse por el bien de los que nos rodean, ser empáticos y mostrar apertura, ser afectuosos e íntimos. Es decir, implica tener más capacidad de empatía y apertura hacia los demás.
- Dominio del ambiente. Esta dimensión se refiere a tener cierto control en el manejo del entorno en el que el individuo se encuentra inmerso. Es decir, alude al grado en que la

persona se siente responsable de los hechos que ocurren en su vida, y dicho con las palabras de Satorres (2013), lo anterior produce que las personas con un alto dominio del entorno posean una mayor sensación de control sobre el mundo y se sientan capaces de influir sobre el contexto que les rodea.

- Autonomía. El concepto de autonomía “está vinculado con las cualidades de autodeterminación y la capacidad para resistir la presión social y evaluarse a sí mismo y las situaciones en las que se está en función de criterios personales” (Satorres, 2013, p. 104). Esto es, que la autonomía tiene que ver con la capacidad de mantener la independencia y la individualidad en contextos diferentes para tolerar la presión social, apoyándose en sus propias convicciones.
- Propósito en la vida. Satorres (2013) sostiene que esta dimensión es definida como el sentido de que la vida tiene significado, y que éste es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente y lo que traerá el futuro, incluyendo la presencia de objetivos vitales definidos. Dicho de otra manera, el propósito en la vida viene a ser la definición de objetivos y el establecimiento de metas para dar dirección o sentido a la vida.
- Crecimiento personal. Esta dimensión tiene que ver con el sentido de crecimiento y desarrollo como persona sacando el mejor partido de las habilidades, talentos y virtudes que se poseen. Para Satorres (2013), esta dimensión hace referencia a la visión de uno mismo como abierto a nuevas experiencias que nos enriquezcan y permitan realizar todo nuestro potencial, y puntualiza lo anterior manifestando que, de todos los aspectos del bienestar, este es el más cercano al significado de la eudaimonía, relacionado explícitamente con la autorrealización del individuo.

Determinantes del Bienestar Psicológico

Al igual que en el bienestar subjetivo, en el bienestar psicológico también se da una serie de factores determinantes que inciden en él, los cuales, a groso modo, se mencionan a continuación.

- *Variables sociodemográficas*

- Edad. Como lo hace notar Satorres (2013), diversos estudios realizados, como el de Ryff en 1989, han examinado la influencia de la edad en el bienestar psicológico. Dichas investigaciones han incluido el análisis de esta dimensión en tres grupos de personas con edad variable: adultos jóvenes con promedio de edad de 20 años, adultos medios con promedio de 50 años y adultos mayores con promedio de 75 años. Los resultados evidenciaron que los adultos medios mostraron mayor puntuación en propósito en la vida y que los adultos jóvenes en autonomía. Así también, se halló que los adultos jóvenes presentaron menor puntuación que los adultos mayores en dominio del ambiente y que éstos últimos obtuvieron menor puntaje que los adultos jóvenes y medios en el rubro de crecimiento personal.
- Género. En esta variable, la evidencia no muestra grandes diferencias de género en adultos mayores respecto al bienestar psicológico. Sin embargo, según Satorres (2013), un estudio realizado por Lindfors, Berntsson y Lundberg en Suecia en 2006, mostró que además de la diferencia de género señalada en relaciones positivas con otros, las mujeres también presentaban mayor nivel en propósito en la vida y los hombres presentaban mayor nivel que las mujeres en dominio ambiental, es decir que el género si es un factor determinante del bienestar psicológico.
- Estado Civil. Respecto al estado civil de las personas, Satorres (2013) afirma que esta variable influye en el bienestar psicológico de las personas, sobre todo en los adultos mayores debido a lo que significa contar con un apoyo por parte de una pareja.

- Nivel de estudios. De acuerdo al estudio realizado por Ryff en 2002, el nivel de estudios se ha asociado positivamente con los componentes del bienestar (Satorres, 2013). Más aún, de acuerdo con el autor que nos ocupa, el trabajo de Oliver, Navarro, Meléndez y Molina (2009), demostró que las relaciones fueron positivas entre el nivel de estudios y dominio del ambiente (bienestar subjetivo) así como con el crecimiento personal y el propósito en la vida (bienestar psicológico).
- Contexto sociocultural. Además de los factores antes descritos, el bienestar está determinado por factores culturales que implican creencias y valores sobre “estar bien” y “sentirse bien” producto de la internalización a través de las relaciones sociales con su entorno cultural, social y afectivo inmediato.
- *Características individuales.*
 - Personalidad. Entre los rasgos de personalidad más influyentes en el bienestar psicológico, destacan la extroversión y la felicidad. Así también se consideran el poseer un nivel adecuado de autoestima y autoeficacia, tener la habilidad para adaptarse a las exigencias de una situación imprevista, ser tolerante a la frustración, poder manejar adecuadamente el estrés, demostrar capacidad afiliativa y de iniciativa, ser optimista, poseer objetivos vitales y proyecto de vida (García Viniegras y Lopez, 2005, como se citó en Satorres, 2013).
 - Autoestima. Entendida como una actitud o sentimiento positivo o negativo, así como la satisfacción consigo mismo y basado en la evaluación de características propias. La autoestima tiene que ver con la apreciación hacia uno mismo y la confianza en las capacidades propias.
 - Autoeficacia. Al igual que la autoestima, la autoeficacia se relaciona con las creencias y la confianza sobre las propias capacidades para realizar las acciones necesarias en la

búsqueda y obtención de logros y metas propuestas. Las personas que se perciben como autoeficaces, presentan un mayor nivel de bienestar psicológico.

- Salud subjetiva. La salud subjetiva viene a ser un estado de equilibrio entre salud física y mental que las personas asumen como aceptable. De acuerdo con Satorres (2013), la percepción que la propia persona tenga sobre su salud, tendrá importantes repercusiones sobre el nivel de bienestar psicológico. Así, la valoración que realizan las personas sanas sobre su salud, estará marcada por un sentimiento positivo de uno mismo, un sentimiento de control personal y una visión optimista del futuro, lo que permitirá a las personas afrontar las dificultades diarias, así como situaciones estresantes o amenazantes.

- *Variables comportamentales*

- Actividades de ocio. Según Satorres (2013), el ocio está estrechamente vinculado con la percepción de felicidad, la implicación en los procesos vitales y el ajuste a las circunstancias vitales. Tanto las actividades en términos generales y de manera particular la participación social, contribuyen positivamente al bienestar psicológico “ya que ofrecen medios para adquirir apoyos de roles que sustentan o benefician el autoconcepto” (p. 114).

Salazar, Pando, Arana y Heredia (2005) consideran que la relación existente entre calidad de vida y bienestar se da de acuerdo “a la percepción que se tenga por la persona de un estado mental o psicológico de satisfacción, es decir que la búsqueda de bienes o medios que faciliten cubrir las necesidades y deseos, generan una sensación mental de satisfacción” (p. 164). De tal manera que el bienestar anhelado desde la salud, se obtiene a través de hábitos saludables que resultan en una adecuada adaptación e integración de las dimensiones físicas, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de salud o enfermedad, de lo que se deduce que

se puede experimentar bienestar estando enfermo o saludable, dado que el bienestar es un concepto subjetivo que puede tener representaciones diferentes en la mente de cada individuo, surge de los pensamientos, acciones y experiencias sobre las cuales, en la mayoría de los casos, se tiene un control. Hay que destacar que “en el contexto de una enfermedad crónica, la evaluación subjetiva está basada primeramente en el funcionamiento psicológico y en el grado de daño del funcionamiento físico” (Urzúa, 2010, p. 363).

Esta integración óptima de las distintas dimensiones del ser humano (física, mental emocional, salud, social, espiritual) dan como resultado el constructo calidad de vida, que está sujeto a las variables culturales y del tiempo.

1.9 Calidad de vida relacionada con la salud

A lo largo del tiempo, se ha venido intentando plantear una definición adecuada del término calidad de vida, ya que confluyen aspectos objetivos y subjetivos, donde el punto de vista en común es el bienestar individual. Actualmente, el concepto más amplio de calidad de vida se ciñe a la suma entre las condiciones de vida, la satisfacción con la vida y el sistema de valores en el que se vive. Conforme a lo expresado por Higuera y Cardona (2015) esta acepción define a la calidad de vida como “un estado de bienestar general que comprende dimensiones objetivas y evaluaciones subjetivas de las condiciones económicas, la salud física, el estado emocional y las relaciones sociales; todas estas mediadas por los valores personales” (p. 156). Por lo tanto, al darse un cambio en los valores, en las condiciones de vida o en cualquier otra dimensión, pueden producirse variaciones en los demás componentes de la calidad de vida desequilibrando así el bienestar personal.

En el campo de la salud, surge el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) debido al interés en el bienestar del paciente, tanto con su tratamiento como en el sustento de vida. Dicho concepto deriva de la acepción de salud propuesta por la Organización

Mundial de la Salud desde 1948 que la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

En la opinión de Cáceres, Parra y Pico (2018), la CVRS “se centra en la percepción que tiene una persona de su propia salud y de sus capacidades” (p. 148), aunque a veces ésta pueda diferir de la opinión del profesional de la salud sobre lo que se considera una buena vida. Una de las primeras definiciones y más conocidas de la calidad de vida en el campo de la salud fue la propuesta por Calman (1984) en un estudio sobre pacientes con cáncer, que la concibe como “la diferencia, en un momento particular, entre las esperanzas y expectativas del individuo y las experiencias presentes en ese individuo” (p. 125). Lo planteado por Calman da cuenta de la incorporación del término CVRS con el objetivo de ser usado como medida de los cambios de salud que experimentan los individuos cuando padecen alguna enfermedad o cuando se someten a determinado tratamiento, y se refuerza con lo señalado por Urzúa (2010) cuando define la CVRS como “el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud” (p. 359).

El estudio de la CVRS ha sido de gran utilidad en la formulación de objetivos y políticas públicas para la atención de la salud, y ha sido especialmente beneficiosa en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos. El utilizar este concepto como medida de la percepción del paciente sobre su nivel de bienestar, nos permite comprender la evaluación sobre su estado de salud, así como sus capacidades y las estrategias con las que cuenta para convivir con la enfermedad y lograr mejoras en su estado de salud.

Dimensiones de la Calidad de vida relacionada con la salud

En términos generales, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) está asociada a conceptos como bienestar, satisfacción, felicidad y equilibrio. Se trata de un concepto multidimensional al estar construido a través de múltiples aspectos de la vida denominados dimensiones y que pueden ser evaluados, los cuales se encuentran relacionados entre sí. Con base a la literatura encontrada, específicamente en Ruiz y Pairdo (2005), se describen las dimensiones utilizadas más frecuentemente en la investigación sobre CVRS.

- Funcionamiento físico. Esta dimensión alude a los aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos, lo que implica la repercusión de los síntomas clínicos sobre la salud. Ruiz y Pairdo (2005) enfatizan en que no se debe confundir la presencia de sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la calidad de vida. Lo que se busca al evaluar esta dimensión es indagar sobre la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria.
- Bienestar psicológico. Hace referencia principalmente al funcionamiento cognitivo, así como a la capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo. También incluye la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.
- Estado emocional. Generalmente engloba evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de las preocupaciones.
- Dolor. Esta dimensión evalúa el nivel de dolor percibido asociado a la enfermedad o sintomatología y el cómo este dolor interfiere con la vida cotidiana. Debido a la variabilidad entre los individuos respecto a la percepción del dolor y a la tolerancia al mismo, la dimensión del dolor se evalúa independientemente de la dimensión funcionamiento físico.

- Funcionamiento social. Se relaciona con la manera en que el estado de salud repercute en el desempeño habitual de las relaciones sociales, por ejemplo, el aislamiento social debido a la incapacidad física o las modificaciones del desempeño de roles sociales en el ámbito familiar y laboral.
- Percepción general de la salud. Esta dimensión abarca evaluaciones subjetivas globales del estado de salud y de las creencias relacionadas con ella, a través de las preferencias, valores, necesidades y actitudes relativas a la salud. En razón de que en esta dimensión se evalúan percepciones, resulta fundamental para valorar las diferencias individuales frente al dolor, dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud.
- Otras dimensiones. Algunas otras dimensiones utilizadas en la investigación relacionada con la salud son la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre la productividad laboral y las actividades de la vida diaria, el número de visitas al médico y la necesidad de utilizar fármacos.

Variables asociadas a la Calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida contempla múltiples factores, como la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socio-ambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Numerosos han sido los trabajos de investigación realizados en torno a los factores que afectan o determinan la calidad de vida con relación a la salud en enfermedades crónicas como diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH y enfermedades músculo-esqueléticas, por mencionar algunas. Aunque estos estudios han sido desarrollados para cada enfermedad en particular mediante la aplicación de instrumentos específicos, por lo que los determinantes resultan ser diferentes en cada padecimiento (según el área más afectada de los pacientes), existen diversas variables en términos generales que pueden afectar la percepción que un individuo tiene sobre su calidad de vida relacionada con su salud. De acuerdo con Ruiz y Pairdo

(2005), algunas de estas variables que pueden afectar la percepción que un sujeto tiene sobre su calidad de vida son: el sexo debido a la distinta tolerancia al dolor, la edad por cuanto hace al deterioro del organismo, pérdida de movilidad y autonomía, el estado civil por los aspectos que tienen que ver con el apoyo social y emocional, la educación por diferencias en la escala social y su relación con el nivel socioeconómico, el nivel socioeconómico por cuestiones de acceso a los servicios de salud, el hábitat por la influencia ambiental del estrés, ruido y contaminación, las alteraciones en el estado de ánimo (principalmente la depresión) y las alteraciones cognitivas por el deterioro para valorar la realidad. Por otro lado, la experiencia previa con la enfermedad permite a los sujetos tener percepciones más realistas sobre el estado de salud actual (Izal y Montorio, 1993, como se citó en Ruiz y Pairdo, 2005).

Calidad de vida relacionada con la salud y subjetividad

La evaluación de la CVRS en enfermedades crónicas es muy importante toda vez que permite conocer cuáles son las dimensiones de la vida afectadas por dichos padecimientos, los tratamientos, o incluso, los servicios de salud. Generalmente, esta evaluación se lleva a cabo por medio de instrumentos estructurados y estandarizados que permiten valorar de manera amplia el estado de salud de las personas. Las ventajas que ofrece esta evaluación objetiva radican, por un lado, en que es posible conocer desde un punto de vista clínico cuáles son las áreas en que cada paciente presenta alteraciones relacionadas con su enfermedad, así como los efectos del tratamiento al que es sometido; y, por el otro, dan cuenta sobre la eficiencia de los servicios de salud encargados de la atención. De igual manera, resulta muy útil para el caso de que no exista cura para la enfermedad, el mejorar la calidad de vida se convierte en objetivo terapéutico. Sin embargo, la información proporcionada por el paciente con respecto a su enfermedad y el impacto de ésta en su calidad de vida, puede diferir con la proporcionada por su médico y los familiares.

En este sentido, Lopera (2020) señala que, en investigaciones realizadas al respecto, se ha encontrado que no hay una relación consistente entre su satisfacción con la vida y la alteración en variables biomédicas; por el contrario, los hallazgos revelaron que personas con enfermedades crónicas y severas limitaciones funcionales, reportaron una alta calidad de vida. Desde su punto de vista, esa discrepancia entre aspectos clínicos y lo informado por los pacientes reafirma que la CVRS debe abordarse desde la perspectiva de éstos y no desde la del médico, en tanto desde su subjetividad construyen una valoración particular para su vida y sus problemas de salud. La subjetividad, al estar asociada a la incorporación de emociones y sentimientos en la expresión de ideas, pensamientos o percepciones sobre experiencias o fenómenos es una cualidad humana que puede ser positiva o negativa. En el primero de los casos, ayuda a la aceptación de ideas diferentes a las nuestras o al afrontamiento de situaciones estresantes y en el caso de que sea negativa, puede generar ciertos prejuicios o ideas negativas respecto de la experiencia, fenómeno o situación inesperada.

Como ya vimos, el concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, y toma en cuenta los valores positivos y negativos que vulneran la vida de los pacientes, de ahí que la calidad de vida relacionada con la salud tenga un carácter multidimensional. Por lo anterior, la CVRS se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, creencias y perspectivas que varían de persona a persona, de lugar a lugar y de momento a momento. Esto da pie a la concepción de que la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que pueda experimentar una persona y que representa la suma de sensaciones y percepciones subjetivas del “estar bien” y “sentirse bien” en términos funcionales, reflejando la salud física, mental y social, aspectos que no se recogen del todo mediante la aplicación de escalas, técnicas e instrumentos de medida ya sea genéricos o específicos, pues a pesar de que existen algunos que indagan sobre el bienestar físico, emocional y social, sólo

analizan el grado de estas dimensiones; lo que lleva a considerar que aquel paciente que goza de funcionalidad, independencia y bienestar, es poseedor de una buena calidad de vida.

De lo anterior se desprende que el tener buena salud, es sinónimo de una buena vida y, de acuerdo con lo dicho por Lopera (2020), cuando se tienen enfermedades “una buena vida es aquella en la que estas no afectan el bienestar y la funcionalidad” (p. 695); es decir, que se puede tener una buena vida con o sin enfermedades, debido a que cada individuo otorga un significado particular a sus síntomas y disfuncionalidades, de acuerdo a lo que representa para su vida y tomando en cuenta el contexto en el que está inmerso. Estos significados son contruidos con base en los motivos, razones y valores de cada individuo, quien es el único que puede definir las áreas importantes de su vida para sí mismo, por lo que resulta trascendental conocer y comprender el cómo le afecta la enfermedad, cuáles son las áreas de su vida que considera se ven afectadas y qué es lo que considera que contribuye a dicha afectación, si es que la hay, toda vez que hay casos en los que la enfermedad afecta al bienestar, pero a la vez lo aumenta cuando conlleva beneficios y aprendizajes; y esta información sólo puede obtenerse de la propia voz del paciente mediante explicaciones o narraciones sobre el impacto de esa situación en su vida.

De ahí que el contexto sea fundamental para determinar si algo afecta mucho o poco. Ese contexto incluye asuntos del entorno físico, social y personal de cada individuo, lo que se siente y piensa en un momento dado, lo que sucede en ese instante y las interacciones con los demás. Incluso, el momento histórico y la cultura aportan a la subjetividad (Vargas, 2009, como se citó en Lopera, 2020). Por otro lado, cuando se tiene una enfermedad, sobre todo crónica, cada persona puede experimentar de manera diferente la presencia de síntomas o la ausencia de ellos y eso le afectará de manera particular en cada uno de esos momentos considerando diversos factores como su personalidad, su resiliencia, la edad, su red de apoyo social, sus actividades cotidianas y planes de vida, entre otros. En resumen, desde una perspectiva

subjetiva se puede decir que la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza un individuo de acuerdo a sus propios criterios y jerarquía de valores sobre el estado físico, emocional y social en el que se encuentra en un determinado momento. Esta valoración incluye una respuesta cognoscitiva seguida de una reacción emocional que reflejan el grado de satisfacción de la persona con una situación concreta tomando en cuenta el logro de las expectativas iniciales.

1.10 Calidad de vida y enfermedades tiroideas

Como ya se mencionó con anterioridad, de las enfermedades tiroideas, las disfunciones son las más comunes, entre las cuales destacan el hipotiroidismo. En este padecimiento, los síntomas se van presentando progresivamente, lo que explica que el paciente no tome conciencia de ellos en etapas iniciales, pero cuando el cuadro clínico ya está avanzado, puede afectar a todos los sistemas. Esta disfunción es una condición mórbida de alta prevalencia cuya incidencia ha ido en aumento en los últimos años afectando a todos los grupos etarios, pero principalmente a los geriátricos implicando afectaciones a la calidad de vida debido a que incrementa la morbimortalidad cuando se asocia a otras enfermedades. Es probable que esta afectación se deba a que el hipotiroidismo causa diversos síntomas como incremento en el peso corporal, cansancio, debilidad, sensación de frío, piel y cabellos secos, dolor muscular, cambios en los rasgos faciales, enlentecimiento psicomotor, disminución de la memoria, concentración deficiente, ronquera y tos persistentes, disminución de la frecuencia del latido cardíaco, problemas gastrointestinales y en el caso de las mujeres problemas de fertilidad y alteraciones en los ciclos menstruales, depresión, irritabilidad, y nerviosismo, los cuales pueden ser fácilmente confundidos con algún otro padecimiento.

El hipotiroidismo repercute en la calidad de vida de las personas, entendiendo que la calidad de vida implica el bienestar físico, social y psicológico. El bienestar físico se determina

por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, se relaciona con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. En cuanto al bienestar psicológico, éste se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera el padecer la enfermedad y someterse al tratamiento.

La mayoría de los trabajos sobre disfunciones tiroideas y su impacto en la calidad de vida han sido realizados desde una perspectiva objetiva utilizando instrumentos y escalas estandarizadas, siendo escasa la literatura encontrada sobre el tema que se centre en la subjetividad del paciente. Un estudio realizado en mujeres chilenas por Ammann, Bravo, Quinchavil y Novik, (2017) para describir la calidad de vida en pacientes con Tiroidismo de Hashimoto (hipotiroidismo primario) en tratamiento, evidenció que en comparación con la población en general no se observaron mayores diferencias en relación al componente físico evaluado (función física, rol físico, dolor físico, salud general) y respecto al componente mental (vitalidad, funcionalidad social, rol emocional y salud mental), este se encontraba bajo el rango normal en el grupo total de pacientes con hipotiroidismo, concluyendo que no se encontró disminución de CV en pacientes hipotiroideos. Por lo tanto, con el tratamiento adecuado, la calidad y expectativa de vida de los pacientes no presenta restricciones.

Otro estudio llevado a cabo por Cruz (2015) con mujeres en edad reproductiva en el Estado de Hidalgo, México, arrojó como resultado que el 73% de ellas reportaron mejor calidad de vida y el 27% peor calidad de vida. Se observó que las pacientes más afectadas correspondieron a las amas de casa que no tenían acceso a la seguridad social y con menor escolaridad; estas mujeres son las que presentaron mejor apego al tratamiento sin embargo tuvieron peor calidad de vida esto reflejado en la vitalidad, transición de salud notificada y salud en general, a diferencia de las mujeres asalariadas cuya escolaridad era de bachillerato a más,

eran aseguradas trabajadoras y cuya calidad de vida fue calificada como mejor a pesar de que presentaron mal apego al tratamiento. Esto se contradice con el resultado del estudio arriba mencionado en cuanto al apego al tratamiento que pudiera explicarse por el rol de las mujeres en este estudio (amas de casa y asalariadas) así como por las condiciones económicas y sociales de su contexto.

Planteamiento del problema

En las últimas décadas, los profesionales de la salud han venido mostrando un mayor interés por investigar la relación que se da entre el cuerpo y la mente, traducida en una interacción de la salud física y la salud mental; buscando esclarecer si la influencia va de la enfermedad hacia lo psicológico o si, por el contrario, los factores psicológicos inciden en la aparición y/o desarrollo de la enfermedad. En ese intento por comprender estas relaciones, la psicología ha formulado diversas teorías para explicar el comportamiento humano en los procesos de salud-enfermedad que implican conceptos como la calidad de vida en enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales constituyen uno de los mayores retos para el sistema de salud en nuestro país por varias razones: el incremento de su prevalencia, su contribución a la mortalidad general, la aparición en edades más tempranas, los elevados costos de tratamiento y el que se conviertan en causas de incapacidad prematura afectando la calidad de vida de quienes las padecen.

Ante la frecuencia de su aparición, la lista de enfermedades crónicas va en aumento y ya no sólo es común hablar de cáncer, diabetes, obesidad, padecimientos cardiovasculares o hipertensión arterial, sino que también se perciben otros padecimientos endócrinos y metabólicos dentro de los cuales se encuentran los trastornos tiroideos, siendo uno de los principales el hipotiroidismo. Estos trastornos tienen que ver con el estilo de vida que actualmente llevamos los mexicanos, incluyendo la carga laboral, emocional y el estrés por lo

que también pueden ser causantes de morbilidad y discapacidad en las personas cuando el padecimiento no es tratado, o sí lo es, pero de manera inadecuada.

A menudo, la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha apoyado en métodos objetivos basados en mediciones de marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, así como el uso de indicadores epidemiológicos y esto representa un problema dado que la calidad de vida relacionada con la salud va más allá de sólo estadísticas, si tomamos en cuenta que el concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, por lo que considera los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción. Por ello, resulta de gran importancia el conocer y evaluar la calidad de vida de los sujetos que presentan alguna enfermedad, dado que este concepto se relaciona con el bienestar de la persona y depende de la satisfacción de sus necesidades, lo cual es indispensable para su funcionamiento y desarrollo personal. El término calidad de vida alude al bienestar físico, emocional y social de las personas, así como a la capacidad de las mismas para desenvolverse y desarrollar las tareas típicas de la vida cotidiana, por lo que engloba factores físicos, psicológicos y sociales que pueden ser medidos de manera objetiva mediante la evaluación funcional del estado de salud y de manera subjetiva a través del análisis de las percepciones, creencias o expectativas individuales.

En las enfermedades, sobre todo en las crónicas, cada persona exterioriza estados emocionales, comportamientos y apreciaciones acerca de su condición de enfermo, así como las limitaciones y/o cambios que el padecimiento le impone, los tratamientos a los que tiene que someterse, la percepción de su pronóstico y el impacto que la enfermedad conlleva para su vida actual y futura. A la fecha, es mínima la literatura existente con relación a investigaciones de calidad de vida relacionadas con trastornos tiroideos y una gran parte de ella está centrada en aspectos cuantitativos ya que la mayor parte de instrumentos de medida de la calidad de vida intentan captar el punto de vista del paciente con base en cuestionarios diseñados ex profeso,

sin enfocarse en recoger la percepción del propio paciente, dejando de lado aspectos importantes de la subjetividad.

Justificación

Como ya se mencionó, las disfunciones tiroideas en muchas ocasiones suelen pasar desapercibidas, sobre todo en las mujeres ya que, al no existir síntomas específicos, los que se presentan suelen llegar a confundirse con otros problemas médicos comunes o con signos del envejecimiento. Uno de los motivos por los que surge el interés de realizar este trabajo fue el hecho de vivir una experiencia familiar y personal relacionada tanto con el hipertiroidismo, como con el hipotiroidismo, disfunciones que en su momento eran desconocidas para quienes las padecemos, en mayor parte, debido a la atención deficiente por parte del personal de las instituciones de salud, ocasionando con esto que se presentara una tirotoxicosis (en el caso del hipertiroidismo) caracterizada en este caso por una disfunción neurológica (confusión) pero que aunado a HTA (hipertensión), hizo que la situación se agravara. Para el caso del hipotiroidismo, también se presentaron síntomas como fatiga excesiva, dolor muscular y enlentecimiento psicomotor y ambas disfunciones fueron tratadas médicamente en ese momento como hipertensión arterial y un cuadro de gripe común respectivamente.

Posteriormente, a raíz de consultar el servicio médico por otros motivos, fue que finalmente se proporcionó un diagnóstico certero de nódulo tiroideo asociado a hipertiroidismo, de lo que se concluyó que la crisis presentada con anterioridad fue la manifestación inicial de esta disfunción.

Es así como frecuentemente los síntomas y signos de las disfunciones tiroideas suelen ser confundidos con otro tipo de padecimientos, generando con ello un retraso en la detección y tratamiento oportunos, lo que puede llegar a producir un detrimento en la calidad de vida de las personas dependiendo de las áreas que se vean afectadas

El presente trabajo de investigación cobra relevancia en primer lugar, debido al incremento en las tasas de incidencia y prevalencia de las alteraciones tiroideas. En el caso de México, Lugo (2019), refiere que Sergio Alberto Mendoza Álvarez, académico del posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, da a conocer que en nuestro país los problemas de tiroides afectan a tres de cada mil mujeres mayores de cincuenta años, lo que equivale al 2% presentándose en una proporción de tres mujeres por cada varón, aumentando la probabilidad de padecer dichos trastornos conforme al incremento de la edad hasta llegar a catorce por cada mil mujeres de setenta y cinco a ochenta años de edad, en comparación con los hombres donde la proporción es de 0.6 por cada mil.

Lo anterior no significa que la enfermedad se limite sólo a los grupos vulnerables mencionados, sino que también afecta a mujeres más jóvenes, sobre todo a aquellas en edad reproductiva, aunque en menor proporción. Por ello, en fechas recientes se ha presentado ante la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, una iniciativa con proyecto de decreto por el que se propone adicionar la fracción XVII Bis al artículo 3º de la Ley General de Salud mediante la cual “se busca incorporar la detección y el tratamiento oportuno del hipertiroidismo e hipotiroidismo como materia de salubridad general” (Salinas, 2020).

En segundo lugar, la literatura existente con relación a la calidad de vida en personas con alteraciones tiroideas es limitada, pues la mayoría de las investigaciones se relacionan con enfermedades crónicas como diabetes y cáncer, y la hallada se centra en mediciones de calidad de vida relacionada con la salud desde una metodología cuantitativa y centrada en población adulta mayor de cuarenta años, lo que limita la expresión de su subjetividad debido al carácter estructurado de los instrumentos aplicados; los cuales, a decir de Lopera (2020) “están muy ligados a las nociones de funcionalidad y de bienestar” (p. 695), lo que lleva a considerar que la buena vida es contar con bienestar absoluto, ser funcional e independiente, dejando de lado la comprensión amplia del fenómeno que se estudia al limitar la profundización en la

exploración de las percepciones del individuo desde su experiencia, así como de los factores que determinan su calidad de vida.

Por último, las investigaciones respecto a las enfermedades tiroideas y calidad de vida en su mayoría se han enfocado en una población de mujeres mayores de cuarenta años, excluyendo a aquellas en edad reproductiva, pero que el hecho de ser jóvenes no significa que no se vean afectadas de alguna manera por la enfermedad en las distintas dimensiones de la calidad de vida.

Pregunta de investigación

De acuerdo a lo anteriormente planteado, se formuló la pregunta:

¿Cuál es la percepción de una mujer sobre la enfermedad tiroidea y de qué forma influye en su calidad de vida?

Con la finalidad de dar respuesta a la pregunta anterior se formularon los siguientes objetivos.

Objetivo general de investigación

- Comprender como percibe una mujer la enfermedad tiroidea y la forma en que ésta influye en su calidad de vida.

Objetivos específicos

- Comprender la percepción que una mujer sobre la enfermedad tiroidea que padece.
- Identificar la forma en que la enfermedad tiroidea influye en su calidad de vida.
- Identificar los factores asociados a su calidad de vida.

2. Método

2.1 Tipo y diseño de investigación

Se realizó investigación de tipo cualitativa que tuvo por objetivo recoger la experiencia y las percepciones de una mujer adulta joven con relación a la enfermedad tiroidea que padece. De forma específica se investigó sobre las percepciones que tiene de su estado físico o salud, bienestar psicológico, estado emocional, funcionamiento social, así como las percepciones subjetivas sobre su calidad de vida relacionada con la salud.

Se eligió este abordaje toda vez que en él son los individuos quienes dan cuenta del orden social, pues permite al investigador vincular los resultados de las percepciones subjetivas, las acciones o comportamientos objetivos y el contexto en que se desarrollan con la finalidad de explorar las múltiples relaciones que suceden entre ellos. De acuerdo a lo señalado por Hernández, Fernández y Baptista (2014), en el enfoque cualitativo coexisten varias concepciones o marcos de interpretación con el común denominador de que “todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver el mundo y entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia, y mediante la investigación, debemos tratar de comprenderla en su contexto” (p. 9).

2.2. Muestra

Debido a que se refiere a un estudio de caso, este trabajo se enfocó en una mujer de 35 años de edad, quien actualmente vive con sus padres, con un status socioeconómico bajo-medio, residente en el Norte de la Ciudad de México, con educación de licenciatura trunca, que labora en un puesto administrativo y actualmente con pareja, de quien se buscó obtener información sobre las percepciones que tiene sobre su calidad de vida con respecto a la

disfunción tiroidea que padece (hipotiroidismo), habiendo sido diagnosticada hace seis años aproximadamente. Asimismo, fue esencial que la participante contara con la disposición para la entrevista y capacidad para hablar sobre su experiencia.

2.3 Método de obtención de la información

Se optó por trabajar con la técnica de entrevista en profundidad. Se realizó entrevista semiestructurada con el objeto de recoger información relevante acerca de lo que resulta importante y significativo para la participante con respecto a su padecimiento y la percepción de su calidad de vida. Este tipo de entrevistas “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Hernández, et al. p. 403).

Dado que esta investigación buscó analizar las percepciones y significados que surgen a partir del padecer una disfunción tiroidea y la forma en que ésta influye en la calidad de vida, fue necesario diseñar una guía de entrevista para la participante (Anexo 1). Dicha guía de entrevista se centró en la exploración de las percepciones de la enfermedad, el bienestar psicológico, bienestar subjetivo y calidad de vida relacionada con la salud desde la perspectiva de la entrevistada.

3. Procedimiento

3.1 Acuerdo para establecer el consentimiento informado y la protección de la confidencialidad

En la psicología como en todas las disciplinas relacionadas con la salud, existen reglas básicas, una de ellas es la referente a la protección de la información. Por ello, se explicó a la participante la importancia de instituir un acuerdo mediante el cual se estableciera por escrito el consentimiento informado, así como la protección de la confidencialidad y el anonimato. Se manifestó a la participante que el presente trabajo versaría sobre una investigación académica relacionada con la experiencia de padecer una enfermedad tiroidea y como esta enfermedad había influido en su calidad de vida, en donde participaría solamente ella. Por lo tanto, la información obtenida sería utilizada con el fin mencionado, para lo cual la investigadora se presentó debidamente acreditada como estudiante de la carrera de Psicología SUAyED en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Así mismo, se le informó a la participante que el audio grabado durante la entrevista sería eliminado al término de la investigación para proteger su identidad. Tal acuerdo quedó establecido en el Anexo 2.

3.2 Descripción y justificación del lugar de la entrevista

La entrevista se realizó en un ambiente cálido, privado, cómodo y sin interrupciones con la finalidad de proporcionar confianza a la entrevistada y facilitar su discurso sobre sí misma. Dicha entrevista se llevó a cabo en el domicilio de la entrevistada, por solicitud expresa de ella misma, debido a que así convenía a sus intereses, el día y hora convenidos por ambas partes.

3.3. Contenido y duración de la entrevista

La entrevista constó de una serie de preguntas abiertas y ordenadas que la investigadora fue realizando a la participante, permitiendo en todo momento la libertad y flexibilidad de las respuestas. Se propició un ambiente tranquilo e íntimo a fin de que la participante se sintiera cómoda y segura, a quien se le solicitó su autorización para la grabación de la entrevista haciendo énfasis en la confidencialidad de la información proporcionada por ella.

La propuesta para la realización de la entrevista en profundidad se muestra en el Anexo 1 de este documento, la cual contiene sesenta y cinco preguntas y tuvo una duración aproximada de noventa minutos. Sin embargo, al tratarse de una investigación cualitativa se formularon más preguntas durante el transcurso de la misma, con la finalidad de obtener información suficiente y aclarar la proporcionada por la participante para cubrir los objetivos, pero siempre dentro del marco de respeto y la actitud empática que esta investigación requirió. Se buscó conocer por medio de las narraciones de la entrevistada, la percepción alrededor de lo que implica el sobrellevar una disfunción tiroidea.

3.4 Transcripción de la entrevista

La información audio-grabada se transcribió a un procesador de textos para contar con dos registros (uno auditivo y otro escrito *in extenso*) que pudieran ser comparados y analizados para localizar y corregir posibles discrepancias que aparecieran después de la transcripción.

Los relatos de la entrevistada fueron la base sobre la que se llevó a cabo el análisis de este trabajo. Con la finalidad de realizar un análisis cualitativo de los datos obtenidos, la información pasó inicialmente por un proceso de limpieza y organización de acuerdo con temas

y subtemas en función de la propuesta sugerida por Kvale (1996). Este procedimiento se describe a detalle en el apartado de *Análisis de la Entrevista*.

Ya con las categorías establecidas, se realizó el análisis interpretativo de la información con base al marco teórico inicialmente desarrollado, después se emitieron la discusión de los hallazgos y las conclusiones del trabajo.

3.5 Método para el análisis de la información

Organización del Material

Para la organización del material, se contó con dos fuentes de información: una oral y otra escrita. El registro oral se realizó en formato electrónico con un smartphone, mientras que el registro escrito se obtuvo al transcribir la entrevista en archivo de texto (Word).

Análisis de la información (formación de categorías)

El registro escrito sirvió para realizar el análisis de la información siguiendo la propuesta de Kvale (1996) del método de *categorización de significados*. Para ello, se establecieron una serie de categorías y subcategorías, en el cual cada categoría constituye un tópico que esquematiza los aspectos relevantes para la entrevistada y permite estructurar las narraciones extensas en unidades de información más pequeñas.

El primer paso en la categorización consistió en su denominación (identificación) y en el establecimiento de la definición de dicha categoría, así como de su objetivo. Como paso siguiente, se identificaron las subcategorías de cada categoría o dimensión principal.

Posteriormente, en el archivo de Word, mediante la herramienta "Revisar", se realizaron los comentarios correspondientes a fin de ir vinculando la información asociada a cada categoría y subcategoría previamente definidas. Cuando se elaboraron las primeras

categorizaciones, se realizaron dos relecturas de la entrevista para reconocer nueva información relevante que sugiriera la adición o modificación de las categorías y subcategorías inicialmente identificadas. Así, se construyeron aquellas nuevas categorías que se identificaron como necesarias y se eliminaron algunas otras.

4. Descripción y Análisis de Resultados

El análisis de los resultados se llevó a cabo desde el marco referencial interpretativo fenomenológico. Este enfoque se caracteriza por centrarse en la experiencia individual subjetiva de las personas. Hernández, Fernández y Baptista señalan que, de acuerdo con Creswell, 1998; Álvarez-Gayou, 2003; y Mertens, 2005, la fenomenología se fundamenta en las siguientes premisas:

- Se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.
- Se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados.
- El investigador confía en la intuición y en la imaginación para lograr aprehender la experiencia de los participantes.
- El investigador contextualiza las experiencias en términos del tiempo y espacio en que sucedieron, las personas físicas que lo vivieron, y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias).
- Las entrevistas, grupos de enfoque, recolección de documentos y materiales e historias de vida se dirigen a encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales. (como se citó en Cardoso, Pascual, Moreno, Figueroa y Serrano, 2007, p. 73)

A partir de mediados de la década de los setentas, un gran número de trabajos del área de la salud se han venido efectuando bajo el paradigma fenomenológico, por ejemplo, los realizados sobre la experiencia y el manejo del padecimiento “bajo el principio básico de que los razonamientos de los pacientes (sujetos) son el reflejo de las explicaciones que elaboran acerca de su padecimiento y que influyen en sus actividades en materia de salud”. (Mercado, 1996, como se citó en Cardoso et al., 2007). Este padecimiento está formado por varios

elementos como son: a) las ideas de la persona sobre la salud, las experiencias, conocimientos, creencias, suposiciones, esperanzas, miedos y actitudes respecto a la enfermedad en general o referentes a la enfermedad que tiene o imagina tener la persona, b) las experiencias, conocimientos y actitudes de y ante la medicina y los médicos, la manera como la persona siente y vive sus redes de apoyo psicosocial y afectivo, la religiosidad, las reflexiones, certezas o suposiciones de la persona sobre el costo en dinero de la enfermedad y su tratamiento (Martínez, 2003, como se citó en Cardoso et al., 2007).

De lo anteriormente descrito, se desprende que el enfoque fenomenológico es idóneo para los objetivos de este trabajo de investigación, los cuales tienen como propósito explorar las experiencias, sensaciones y percepciones que vive una mujer diagnosticada con hipotiroidismo y como es que esas vivencias han impactado en su calidad de vida.

Para realizar la descripción del análisis de los resultados se considera conveniente exponer primero la definición de las categorías que se establecieron con base en el testimonio otorgado por la participante durante la entrevista. Dichas categorías se determinaron tomando en cuenta los objetivos de la presente investigación, así como el método de análisis: marco referencial interpretativo de la fenomenología, en donde una de las premisas básicas indica que las percepciones de una persona ponen en evidencia el mundo no como ella lo piensa, sino como lo vive.

4.1 Definición de categorías y subcategorías

Conocimientos sobre la enfermedad. Instrucción que poseen las personas sobre el padecimiento, sus síntomas y el tratamiento, tomando en consideración la información previa que se tenga acerca de la enfermedad, la información proporcionada por el médico u otras

fuentes, así como las experiencias significativas durante el proceso de enfermedad o previas a ella.

- ❖ Adquisición de la enfermedad
- ❖ Sintomatología de la enfermedad
- ❖ Consecuencias y gravedad de la enfermedad
- ❖ Control no farmacológico de la enfermedad

Adherencia al tratamiento. Esta categoría se define como las acciones del paciente para apearse al tratamiento con la intención de mejorar y/o mantener su salud y que comprenden los factores o motivos que impulsan o retraen al enfermo a adherirse al tratamiento.

- ❖ Factores que facilitan la adherencia terapéutica
- ❖ Factores que dificultan el manejo del régimen terapéutico

Vida cotidiana. Esta categoría está definida como el conjunto de acciones que una persona realiza diariamente dependiendo del contexto en que se desenvuelve esa persona, y que se puede ver alterada a partir del diagnóstico de la enfermedad debido a cambios en la forma de vida, la necesidad de cuidados por otras personas, la disminución de capacidades cognitivas y motrices, el impacto en las relaciones familiares y el apoyo social.

- ❖ Cambios ocurridos a partir del diagnóstico de la enfermedad

Bienestar subjetivo. Se define como la percepción que una persona tiene respecto de la satisfacción que experimenta con relación a las condiciones, estilo, modo y calidad de vida, que en este caso tiene que ver con preocupaciones inherentes a la enfermedad, pensamientos catastróficos y sentimientos y emociones experimentadas derivadas del padecimiento.

- ❖ Emociones y sentimientos derivados del padecimiento

Bienestar psicológico. El estado mental y emocional en el que se es consciente de las propias capacidades. Se tiene capacidad de afrontar las tensiones normales de la vida, existe capacidad para trabajar de forma productiva y se es capaz de contribuir a la propia comunidad tomando en cuenta las creencias y experiencias aceptadas y asimiladas, tanto a nivel cognitivo como emocional de una manera satisfactoria, y con la capacidad de objetar aquellas consideradas como negativas.

- ❖ Autoaceptación
- ❖ Relaciones positivas con los demás
- ❖ Crecimiento personal

Calidad de vida relacionada con la salud. Hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, recogiendo tanto aspectos objetivos como subjetivos con relación al efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social.

Se comenzará con la descripción de la categoría de conocimientos sobre la enfermedad con la finalidad de proporcionar un marco que ayude a sustentar el pensamiento de la participante con respecto a su padecimiento y el impacto de éste en su calidad de vida. Dicha categoría comprende las subcategorías de adquisición de la enfermedad, sintomatología de la enfermedad y consecuencias y gravedad de la enfermedad.

Enseguida se describirá la categoría de adherencia al tratamiento que incluye las subcategorías de factores que facilitan la adherencia al tratamiento y factores que dificultan la adherencia al tratamiento. De la misma manera se describirá la categoría de vida cotidiana que tiene por finalidad detectar los cambios ocurridos con la enfermedad e incluye la subcategoría de cambios ocurridos a partir del diagnóstico de la enfermedad. Con la misma finalidad se

continuará con la descripción de la categoría de bienestar subjetivo e incluye subcategorías relacionadas con emociones y sentimientos con la finalidad de conocer los efectos en el estado de ánimo que ha dejado el padecer una enfermedad tiroidea a la entrevistada. Posteriormente, se realizará la descripción de la categoría bienestar psicológico en donde se pretende conocer información de la participante que pudiera estar relacionada con su percepción de calidad de vida, razón por la cual se incluyen las subcategorías de autoaceptación, relaciones positivas con los demás y crecimiento personal y, finalmente, se describirá la categoría de calidad de vida relacionada con la salud, con la finalidad de conocer y comprender cómo es que la enfermedad ha influido en las distintas áreas de su vida. En esta categoría no se contemplan subcategorías.

Respecto a los extractos de la entrevista que se muestra a continuación, cabe mencionar que los símbolos de corchetes [...] se utilizaron para describir actitudes de la participante como silencios y expresiones de ánimo como risas, las comillas “xx” se utilizaron para describir citas textuales dentro de la cita de la entrevista y el guión - para describir las citas de diálogo.

4.2 Conocimientos sobre la enfermedad

❖ Adquisición de la enfermedad

Como ya se mencionó anteriormente, las causas de una enfermedad tiroidea pueden ser diversas. En este caso, la participante atribuye en gran parte su disfunción al factor de contar con antecedentes familiares sobre la enfermedad, así como al estar de manera constante bajo estrés debido principalmente, a la carga laboral. Así lo expresa en su discurso cuando comenta:

“Pues es que creo que...es que mi...por parte de la familia de mi papá mi abuelita...este tenía... bocio y eso ya lo traemos por genética, tengo primas que,

pues ya después de cuarenta o cincuenta años de edad que tienen comúnmente, se los detectaron y ellas al igual que yo, no teniendo todo el cuadro clínico de lo que es la enfermedad...”

“la parte de hiper e hipo hay un antecedente en mi familia por parte de mi papá, su mamá, a ella se le hizo un bocio, pero ella si fue de un tamaño ya muy grande”

“ahorita en promedio de mis primas de cuarenta y cincuenta años que oscilan sus edades pues ya hay problemas con la enfermedad...”

“cómo no estresarte en un área que sabes que es de alta demanda y que el principal factor pues está en contra que es el estrés...”

❖ Sintomatología de la enfermedad

Las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedad tiroidea que los hombres. Esta probabilidad aumenta con la edad y pueden afectar a los pacientes de manera distinta, dependiendo de la etapa vital en que se encuentren. A este respecto, la entrevistada reconoce que en un principio era asintomática. Posteriormente, fueron presentándose algunos cambios en su cuerpo como la aparición de una bolita en su cuello, caída de cabello, incremento de peso, movimientos lentos, fatiga y cambios en el estado de ánimo, principalmente:

“era asintomática [asienta con la cabeza]...pero conforme pasó el tiempo detecté síntomas que fueron incrementando...”

- ¿Cómo se percató de que tiene una alteración o enfermedad relacionada con la tiroides?

- Porque... eh me salió una bolita, primero era una medida de un centímetro y conforme pasaron del tercer año ya empezó a aumentar hasta cinco centímetros, fue cuando ya en mi cuello pues detecté que ya no es normal...”

“igual de la comida hay cosas que como y digo ¡ay! ¿por qué subí tanto de peso si no comí chatarra, refrescos o así? Pero pues es lo que me di cuenta...”

En cuanto a los estados de ánimo, la entrevistada refiere haber experimentado algunos sentimientos negativos como falta de iniciativa, pero enfatiza más en la ansiedad:

“siempre estaba activa, yo me paraba a las seis, siete de la mañana, incluso hasta en sábado y domingo... luego ya no quería o luego...unos días muy efusiva y querer hacer todo y otros días no, entonces dije “no, pues sí, esto ya no es normal”.

“era la parte... pues sí, emocional, emocional y física porque sentía mucha flojera, o sea el agotamiento, no hacía nada y decía “¿por qué me siento así?” pero eso a lo que me comentaron eran síntomas de una depresión...”

“ya cuando fui al doctor pues ya me explicó el panorama, eh... de primera... como base era la ansiedad ¿no?, que ya no era una ansiedad pues moderada, ya era conforme una situación estresante pues si aumentaba y eso es parte de la enfermedad que tengo en la tiroides...”

“lo que he tratado de manejar más es la irritabilidad...hay cosas que sí son con motivo [cruza las manos y hace movimiento afirmativo con ellas] y otras cosas por la enfermedad como la ansiedad que te hace como que te suden a lo mejor las manos, la transpiración, cosas así...”

“este...pues creo eso ha sido ...las uñas también, la misma ansiedad pues estar ahí como quererlas morder [sonríe] o algo que eso pues ya no es

normal porque también te puede detonar otra enfermedad a lo largo, que sí en mi caso sí ha afectado porque sí, pues ahorita es muy necesario como a lo mejor masticar chicle, comerte algo por ahí o ponerte uñas postizas [muestra sus uñas postizas] porque sí, ya es como salirte de control de un antecedente que ya traes ¿no?”

“muchas veces me pongo de malas y ni siquiera hay un motivo del porqué o luego me dan ganas de llorar y tampoco hay un motivo, entonces la depresión también está asociada a este padecimiento ¿no?”

“yo sentí que a partir de la enfermedad aumentó, o sea en este caso mi irritabilidad lo doble [sorpresa]...a mí me afectó mas ¿cómo lo podemos llamar?... en el carácter, en la forma en que me comporto...”

Y con relación a problemas reproductivos, reconoce la existencia de los mismos, al mencionar:

“de alguna manera en mi caso pues no ha afectado tanto, pero ha sido yo creo que la parte para poder tener hijos sí es lo que ahorita estoy checando porque sí...ha habido algunas situaciones por ahí que me han detectado...”

“pero creo que ha afectado más en la cuestión reproductora y en mi carácter o comportamiento por así llamarlo...”

“Lo que sí ha afectado y como lo mencioné en alguna de tus preguntas, es el tema de... embarazo porque yo ya tuve dos intentos de embarazo y los bebés no se lograron. Eso lo asocian por el tema de que...creo que mi matriz, no sé por ahí no desarrolla bien los embriones...”

❖ Consecuencias y gravedad de la enfermedad

Respecto al tema de consecuencias y gravedad de la enfermedad, la entrevistada tiene muy en claro que el hipotiroidismo es una enfermedad crónica que puede controlarse, pero que, si no cumple con el régimen terapéutico, la enfermedad puede llegar a complicarse hasta provocarle la muerte. Así lo deja ver en varias ocasiones cuando manifiesta:

“Lo que sé de la enfermedad pues es que es una enfermedad que debe de tratarse, porque como toda enfermedad hay desde lo agudo o...moderado”

“tengo hipotiroidismo, si esta enfermedad no se controla, en mí lo detona y lo refleja en un nódulo que tengo ubicado en la garganta que ha crecido, ahorita se ha mantenido, pero sí hay que estar monitoreando esta parte de si en un futuro puede ser un bocio operarlo o bien, con yodo radioactivo, cosas como alternativas ¿no?, pero que me ha hecho em...conocer la enfermedad pues tener mejor calidad de vida y más que nada por una prevención a que se vaya a detonar un cáncer y después sea algo como más este...crónico”.

“antes yo pensaba que la enfermedad no era tan agresiva ¿no?, que era una enfermedad que se estancaba y que sólo era como a nivel hormonal, pero en mujeres repercutía nomás en la parte este, reproductora ¿no? Pero cuando ya la tengo, ya veo que como es algo endócrino, pues tiene que ver también con tu cerebro, es todo un conjunto, es... cerebro, este tiroides, el tema reproductor...sé que una enfermedad como todo si no le pones atención, no hay medicamentos ni nada, puede detonarse algo crónico al grado de que sí, puedes estar propenso a un cáncer.

- ¿Cuáles crees tú que serían las consecuencias si no te apegaras al tratamiento?

- Pues... morirte [ligera carcajada] O sea, eh...como el nódulo crece, hay células que se encapsulan, hay fibras, hay todo y a eso agrégale el estrés...”

- ¿Qué tan grave consideras que es tu enfermedad y qué te hace pensar eso?

- Pues el...no llevar un tratamiento adecuado y todo, pues sí te puede generar un cáncer porque como yo traigo el nódulo, si no se está monitoreando, si no sigo las como indicaciones médicas muy al...muy, muy este...continuo pues si se puede detonar en un...y como todo son fibras, por ahí una que se pegue y empiece a contaminar las demás, aunque el riesgo no es mucho porque me quitarían como la tiroides, pero toda cirugía es riesgosa, puede dañar cuerdas bucales, puede afectar de que tengas una voz pues delgadita a lo mejor una más fuerte, no sé más ronca, pues si está delicado”...

❖ Control no farmacológico de la enfermedad

En esta subcategoría, se identificó que la entrevistada además de cumplir con su tratamiento médico, lleva a cabo acciones de autocontrol de la enfermedad para mejorar su calidad de vida:

“creo que de un 100% por lo menos un 70 pues sí conozco de la enfermedad y sé que alimentos no puedo comer, que alimentos sí, el hacer ejercicio, realizar este...cosas alternativas como yoga o natación que puedan ayudar o relajar también tu... pues el sistema inmune, reforzarlo también y también el sistema nervioso”.

Respecto a la ansiedad, la entrevistada manifiesta que ha tomado algunas medidas como estrategias de relajación, actividades agradables e incluso acompañamiento psicoterapéutico:

“las uñas también, la misma ansiedad pues estar ahí como quererlas morder [sonríe] o algo que eso pues ya no es normal porque también te puede detonar otra enfermedad a lo largo, que sí en mi caso sí ha afectado porque si, pues ahorita es muy necesario como a lo mejor masticar chicle, comerte algo por ahí o ponerte uñas postizas [muestra sus uñas postizas] porque sí, ya es como salirte de control de un antecedente que ya traes ¿no? y es toodo un acompañamiento tanto médico como terapéutico pero sí es mucha voluntad propia porque sí cuesta trabajo”

La entrevistada comenta que su trabajo es un factor detonante de su estrés, por lo que ha aprendido a autocontrolarse:

“como estoy en un área muy demandante [sonríe]... sí estamos mucho con la presión del tiempo y creo que eso ha repercutido bastante en la enfermedad, o sea como voy a manejar, como no estresarte en un área que sabes que es de alta demanda y que el principal factor pues está en contra que es el estrés y todo a la de ya y eso ha sido como un reto ¿no?, pero ¿qué hago? pues yo creo que me anticipo, lo que tiene que ser con urgencia pues lo dejo como a primeras horas y lo que no es tanto de urgencia pues ya lo dejo o destino para más tarde para no estar con cargas así...”

- *“Además del tratamiento farmacológico, ¿qué otras medidas has adoptado para recuperar tu salud?”*

- *“pues el deporte, acompañamiento terapéutico, muchas técnicas de relajación como...este...por ahí a lo mejor leer o estar hablando con el psicólogo y detectar las mejorías entre un día y otro, que me den como...técnicas de respiración que comúnmente se ocupan mucho, y a eso acompañado de ejercicio ...antes de la pandemia como natación, a lo mejor ir a correr o salir a caminar, pues ahorita, encerrada pues [risa alegre]...a lo mejor leer, estudiar, escuchar música ¿no? algo que lo sustituye, que centre tu atención, que no sólo estés como enfocada en la enfermedad”.*
- *“Y hablando en términos generales, ¿cómo consideras que es tu salud?*
- *hablando de mi enfermedad considero que está controlado, al menos en lo que ahorita vamos, queda pendiente lo de ginecología, pero bueno, el panorama ya lo sé, y sé que con un buen tratamiento y siguiendo indicaciones médicas pues todo puede fluir mejor”.*

4.3 Adherencia al tratamiento

❖ Factores que facilitan la adherencia terapéutica

El hipotiroidismo es controlable con medicación de por vida. En este sentido, se pudo identificar que la entrevistada se adhiere al tratamiento prescrito por su médico, de donde se puede desprender la existencia de ciertos factores que benefician tal adherencia como son aquellos relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la enfermedad, factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria y factores inherentes a ella misma, como se desprende de su testimonio:

“con una pastilla que me tomo al día y también la sustitución de yodo para obviamente esa propiedad pues no es la que no produce la hormona tiroidea y es con lo que ahorita me han mantenido... pues estable”.

“Ahorita por el tema de la pandemia y todo pues el tratamiento ha sido lento, pero ahorita con supervisión médica y pastillas y obviamente con una dieta balanceada ...”

- *“¿Cuáles son los aspectos de tu vida que consideras han mejorado con el tratamiento?”*
- *mi carácter [sonríe alegremente], eso es como lo... primero, ahorita con el tratamiento ya creo que todo ha mejorado, o sea la parte física a lo mejor un poco el peso, pero ha sido a lo mejor por descuido mío, pero en tema de carácter creo que sí he mejorado bastante. Me tomo una pastilla al día, lo balanceo a lo mejor con comidas que sabemos que te pueden ayudar para que no subas tanto de peso, pero ahorita lo que me hace falta es hacer ejercicio, pero ahorita pues por este tema de la pandemia y la desidia, pero creo que sí lo he... pues manejado como me han indicado y no ha habido problema.”*

“la pastilla regula mucho tu... tu sistema ¿no? endócrino porque sustituye sustancias que yo no produzco, una de ellas pues es la ausencia de yodo y con este tratamiento pues lo sustituye, este se nivela todo y si yo no lo tomara, yo creo que va a haber un descontrol. ¿cómo?... en estrés...”

- *“¿Cada cuándo asistes a tu control médico?”*
- *“Pues la cita es cada mes...cada mes tengo que llevar química sanguínea, o sea análisis de todo, perfil tiroideo, este...ultrasonido, resonancia magnética, este...para estar monitoreando esa parte.”*

Con relación a la atención que le brinda su médico, manifestó:

“Cuando fui con el doctor me tocó un buen, gracias a Dios, un buen médico y pues me atendió y me dijo no sólo porque fuera mi doctor, sino porque él también tiene la enfermedad y dijo “te entiendo como paciente y como doctor” y eso a mí me alegró porque me sentí entendida ¿no? “.

Respecto a la búsqueda de apoyo una vez enterada del diagnóstico por parte del médico, la actitud de la entrevistada fue positiva:

“Me puse a pensar que yo no soy doctor. Entonces dejé la desidia, platicué con mis papás, pues también ellos con miedo, pero me han apoyado en todo momento y creo que eso es fundamental para que tú te sientas este...pues apoyada en esa parte y saber que cualquier noticia pues siempre tienes quien sea tu pilar ¿no? para que si tú estás en una situación, pues en depresión, de tristeza, una reacción que te genera el saber la noticia, pues sí, es...este... algo difícil pero creo que ahorita este...todo ha sido... pues se ha manejado, tanto los doctores que me han tocado como el apoyo de mi familia y la actitud que he tomado pues siempre ha sido muy optimista ¿no?”

❖ Factores que dificultan el manejo del régimen terapéutico

En esta subcategoría, del testimonio de la entrevistada, se identificaron algunos aspectos negativos como el miedo, la desidia, la incertidumbre y la flojera como factores que dificultan la adherencia al tratamiento:

“El primer diagnóstico fue de hace seis años, pasando el primer año me hicieron un ultrasonido. El ultrasonido fue de cuando medía un centímetro, pero por miedo a pensar que era algo grave como un cáncer o que me iban a extirpar ya sabe ¿no?, predisponerse a lo que todavía no hay, dejé de atenderme dos años”

- *¿A qué se debió esa interrupción?*
- *Por desidia y por miedo. Así como la flojera, acompañada de la desidia es el peor error de una persona que tiene ya un padecimiento como diabetes o cáncer ¿no? A lo mejor el panorama no es tan grave”*

4.4. Vida cotidiana

❖ Cambios ocurridos a partir del diagnóstico de la enfermedad

En esta subcategoría, la entrevistada reconoce haber experimentado cambios con relación a su día a día a partir del diagnóstico de su enfermedad, principalmente en hábitos alimenticios, en su entorno laboral y en su estado de ánimo:

“Pues creo que hábitos alimenticios...”

“- ¿Qué cosas eran las que disfrutabas hacer antes de la enfermedad?”

-Ay, pues comer de todo, por decir la coca, como cosas muy comunes ¿no?, grasa y pues también me dijeron que no, que por el tema del peso debo de quitarme todo eso...”

En el ámbito laboral, los cambios ocurridos versaron sobre un descenso en su rendimiento y ritmo de trabajo, así como en un decaimiento de su estado de ánimo al pensar en que sería despedida debido a que requería de tiempo para atender su enfermedad:

“también el ritmo de trabajo porque si yo sé que traigo o estoy muy propensa a la ansiedad y estrés, pues creo que tengo que moderar esa parte, como si antes era disciplinada pues ahora tengo que ser el doble, saber y detectar que actividades laborales personales y familiares son demandantes y como lo tengo que manejar porque la irritabilidad o el estar de mal humor de la nada pues tampoco es bueno porque eso afecta tus relaciones personales...”

“en el tema profesional, si fueron cambios negativos porque como yo soy de las personas como la mayoría que no nos gusta faltar al trabajo, siempre yo prefería mil veces a veces no comer por sacar el trabajo en tiempo y forma...y ya no me sentía con las mismas ganas, sentía que por la enfermedad me iban a correr...”

Con relación a cambios a nivel cognitivo derivados de su enfermedad. La entrevistada refiere no haber experimentado alguno de éstos en sentido negativo, sino por el contrario:

“Yo siento que a nivel cognitivo he razonado mejor o no sé si esto me haya ayudado también a mejorar algunas partes [ríe alegremente], la concentración también ¿eh? Cuando requiere algo de especial atención, por ejemplo, en el área administrativa que es estar capturando datos y que sé que hay un error puede repercutir en toda una base, en un reporte ¿no?, o sea me concentro...”

También considera que ha experimentado cambios positivos a partir del tratamiento:

“mi carácter [sonríe alegremente], eso es como lo... primero, porque despertaba y ya me ponía de malas, decía Ay, y ahora que, ¿no? [sonríe] o me decían oye, haz algo y yo decía ¿qué quieres? Ya desde responder, pero ahorita con el tratamiento ya, creo que todo ha mejorado...en tema de carácter creo que sí he mejorado bastante...”

4.5 Bienestar subjetivo

❖ Emociones y sentimientos

Cuando el paciente aumenta su conocimiento, y comprueba que verdaderamente se expone a un riesgo bastante alto de sufrir alguna complicación o desarrollar una enfermedad grave, aparecen en él una serie de emociones y sentimientos negativos, entre las cuales destacan miedo, temor y preocupación al pensar en ello, los cuales con el paso del tiempo y de acuerdo a los avances en la recuperación de la salud, se van transformando en positivos:

- *“En el momento en que te dieron el diagnóstico, ¿qué fue lo que pensaste?, ¿cuál fue tu reacción?*
- *Pues mi reacción fue de miedo...porque cuando hay algo en tu cuerpo que ya es anormal como que te salga una bola en tu garganta no es algo que tu ...contemples ¿no? Me dio miedo porque siempre la palabra cáncer te provoca algo muy extremista, muy trágico...”*
- *“gracias a Dios todo ha estado bien, pero sí, lo que me provocó fue miedo...pensar en un momento que iba a morir [sonríe nerviosamente],*

pero...cuando uno conoce la enfermedad y a tiempo te cuidas creo que, con prevención, todo es mejor”.

Regresando al tema laboral, entre las emociones surgidas en la entrevistada se dejaron ver la preocupación y el temor por la pérdida de su trabajo:

“ya no me sentía con las mismas ganas, sentía que por la enfermedad me iban a correr, este...como todo se maneja en recursos humanos, sí hubo cambios negativos ahí y eso me afectó ¿no? saber que me iban a correr...”

También se identificó la existencia de una ligera molestia y preocupación al hablar sobre la enfermedad y sus síntomas visibles:

- *“¿Qué es lo que te causa molestia de tu enfermedad?”*
- *“¡Ay!, saber que tengo la bolita [gesto de fastidio] luego me pongo un collar, pero es así como, no se ve mucho quiero pensar, pero sí es saber que está ahí ¿no? Pero ahorita lo que me ayudado es...según yo, mentalizarme que no tengo nada, aunque sé que está ahí, pero si es saber cuando luego te pones perfume o algo, saber que está ahí ¿no? No me produce malestar, este, pero hablando estéticamente de tu imagen, pues es como ¡Ay! ¿no? Sería sí como por arte de magia poncharlo o no sé [sonríe], pero este, pues yo creo que eso es como más de imagen, pero internamente y clínicamente no me...no, no me produce algún malestar”.*

Y hablando de las cosas que actualmente disfruta, la entrevistada expresa que su mayor placer es estar viva:

- *“Actualmente, ¿cuáles son las cosas que disfruta o le causan placer?*
- *en primera, saber que estoy...viva [asienta con la cabeza y sonríe] porque el panorama no era...en apariencia bueno, porque me decían que pues una bola de cuatro centímetros o cinco ubicada en tu tiroides o en el cuello, pues no era normal, que pues era para descartar la posibilidad de un cáncer...”*

Respecto a la experiencia vivida sobre la pérdida de sus embarazos, la entrevistada reconoce no haberse sentido apoyada del todo por su pareja, lo que deja entrever que percibió cierto abandono por parte de él y de sus padres:

- *“En el momento de las pérdidas, ¿cómo fue el apoyo de tu pareja?*
- *No, de hecho... la primer pérdida pues si nos afectó a los dos, porque pues ya vivíamos juntos ¿no? De mis papás pues no tuve el apoyo porque no hice las cosas como tradicionalmente se hacen...nosotros fue noviazgo, unión libre y el embarazo...”*

“me canalizan a... al hospital Juárez y ya es cuando el proceso pues lo vivo con él ¿no? el primero, pero no lo sentí muy...muy comprometido...”

En el segundo embarazo, también percibe falta de compromiso por parte de su pareja y de su padre, lo que le generaron nuevamente sentimientos de tristeza por el abandono y dolor, y culpa por la nueva pérdida:

“cuando me hicieron los estudios llevaba yo dos ultrasonidos y el bebé iba bien, pero yo tenía la amenaza de aborto, no hacía esfuerzos, hacía home office,

todo ¿no?... en mi trabajo me apoyaron bien, pero él nunca se comprometió, o sea fue así como la falta e irresponsabilidad de su parte...”

“cuando fui al hospital nada más la persona que me apoyó fue mi mamá, hubo otra persona que donó plaquetas porque, pues igual mi papá no me apoyó...”

“yo me embaracé sabiendo que había un riesgo, pero yo confiada en una opinión médica y la imprudencia...”

Durante el transcurso de la enfermedad, la entrevistada experimentó momentos en los que hubo falta de energía para realizar sus actividades cotidianas. Esto le generaba un conflicto emocional:

- *“En el momento en que se presentaron esas cuestiones de falta de energía y vitalidad, ¿cómo te sentiste?”*
- *Mal, porque... cuando una persona no es productiva y tu cuerpo no te responde, o sea tu mente... te está diciendo hazlo, pero a nivel físico no tienes respuesta, es el peor choque emocional por llamarlo así que puedes tener...”*
- *“O sea, en mi mente decía sí, pero mi cuerpo lo proyectaba a un no. Entonces ya fue un...algo alarmante porque dije si yo dejo que esto que está avance y no me atiende, entonces al rato me voy a aislar, va la depresión, al rato me voy a matar, sí es como pensar todo lo que... porque si tú estás activa estás distraída, tu cuerpo está bien ¿no?, pero si estás acostada, tu mente está pensando tontería y media, te deprimas más, estás encerrada, el carácter se malhumora...”*

A partir de que decidió ir al médico y empezar el tratamiento, su perspectiva hacia la vida cambió y con ello, también sus emociones y sentimientos:

“me siento contenta y agradecida porque yo sé que es un reto. Toda enfermedad que viene, o te cambia o te destruye”

“De que me empiezo a sentir mal y triste no, lo que hago es no dejar que eso siga ¿no? ¿Qué hago? Pues “mamá ¿en qué te ayudo”? Me pongo a estar activa porque si dejo que pase ya sea que me pongo de malas, luego me hablan para x cosa y para que generar un conflicto [sonríe apenada], mejor no”

- *“¿Cómo consideras entonces que la enfermedad influye en tu estado de ánimo, actualmente?”*
- *Creo que la enfermedad ha influido para bien. O sea, emocionalmente no me afecta tanto porque ya me controlo. Porque sé que cuando, que cuando te vas a enojar son cosas que lo ameriten...cuando yo ya empiezo a ver algo que es sin razón, lo que hago es mejor canalizar eso, mi atención, ese enojo, me pongo a hacer cosas que sé que me van a provocar una alegría, ¿cómo? poniendo música y cantando, leyendo, cosas así, pero ahorita emocionalmente la enfermedad ya la puedo controlar, emocionalmente hablando y esos cambios de...de mal humor pues ya no... ya no se dan.*

La entrevistada considera que ahora es más capaz de controlar sus emociones, sin embargo, reconoce que aún hay aspectos de la enfermedad que le causan malestar, aunque sea mínimo:

- *“¿Cuáles son las situaciones que te provocan malestar emocional?”*
- *[silencio]...este...saber que a lo mejor me pueden operar...eso no me gusta. Porque...me gustan mucho los collares [sonríe nerviosamente] y es así como*

entonces... ¿cómo voy a tapar esta raya? [dibuja una raya con su dedo sobre su cuello], pero...yo creo que eso sería como hacerte a la idea, pero ahorita que haya algo así, no.”

- *“Yo creo que...cuando subes de peso, o sea mi bienestar también emocional de decir ¡híjole! Antes, pues toda la ropa que te ponías ¿no?, sabías que la bolita estaba, que ahorita que sabes que está y que la ropa no te queda pues si te genera un conflicto porque ya tengo mucha ropa y no me la pongo”.*

En contraste a lo anterior, las cosas que actualmente le provocan sentirse bien son actividades de la vida cotidiana, que a pesar de los tiempos complicados que actualmente estamos pasando, la entrevistada ha procurado seguir disfrutando:

- *“cosas que me producen bienestar pues en su momento, antes de la pandemia y cuando estaba más activa, pues como escuchar música, hacer deporte, a lo mejor salir a caminar, hacer este... abdominales, cosas así de rutina, pero...considero que aún incluso estando la pandemia pues como que a lo mejor aquí en tu casa puedes hacer algo equivalente como pues leer o a lo mejor estudiar o estar viendo este... a lo mejor un documental, algo que te genere ese bienestar...”*

4.6 Bienestar psicológico

❖ Autoaceptación

En el entendido de que la autoaceptación implica alcanzar una visión positiva de uno mismo siendo conscientes de nuestras propias limitaciones, la entrevistada ha logrado este objetivo:

“ahorita me siento más segura este...me valoro más, valoro más mi cuerpo, me acepto como soy, antes era mucho de hacer ejercicio físico, ahorita... pues ya a eso no le pongo tanta atención y...me considero emocionalmente estable...y pues saber que si como toda mujer hijos, familia, si van a llegar que lleguen y si no, pues yo soy feliz...”

- *“¿Cómo te sientes contigo misma?”*
- *Pues contenta...puedo valerme por mí misma y...pues aceptando la enfermedad porque todavía me falta. O sea, el camino es largo, todos los días puede mejorar en una cosa, pero ya te sale en otra. Ahorita lo que tengo pendiente pues es el tema de ginecología para ver si no me puedo embarazar, si se puede dar uno bien, pero...ahorita en el presente y todo pues sí, me siento feliz. Acepto mi tiroides como es [sonríe alegremente]...”*

En la autoaceptación va implícita la autoestima, A este respecto, la entrevistada opina que su aumento de peso, aunque pueda llegar a causarle un ligero malestar debido a cuestiones de estética, no le significa un mayor problema, sobre todo porque es consciente de que ella puede revertir esta situación:

- *“¿En tu imagen corporal has experimentado cambios y cómo te han afectado?”*
- *En el peso, ahora sí me ha repercutido en peso [sonríe apenada]...*
- *Y eso, ¿cómo te hace sentir?*
- *Mal, porque... ahorita que ves que de diez pantalones solo te queda uno, pues sí dices ¡híjole! Pero igual no me clavo...sí detecto el problema y sé que estoy mal porque aparte de eso también es hacer ejercicio, no es así como de una dieta balanceada o algo y...no hago ejercicio y por arte de magia bajo*

¿no?, pero es como...ahora sí que es como con flojera justificada, pero pues ya poco a poco lo empiezo a hacer...”

Y finaliza reiterando su postura:

- *“sabes que lo primero que tienes que hacer es amarte como eres, con o sin la enfermedad y saber que si...antes eras delgada y ahorita eres gordita...pues igual sigues valiendo este...como persona”*

❖ Relaciones positivas con los demás

En esta subcategoría se identificaron el apoyo por parte de su pareja actual y sus padres. La relación con su pareja ha pasado por algunos malos momentos debido a los constantes cambios de humor derivados de la enfermedad. Sin embargo, a partir de una buena comunicación y comprensión, ha logrado subsistir:

- *¿Y cómo es tu relación con esa pareja?*
- *Pues...con él fue complicada porque... pues él me conoció de una manera [sonríe] y ya con la enfermedad pues mi carácter se tornó otro, y era como... antes no peleábamos, después ya eran peleas por cualquier tontería ¿no?, y ya pues hasta que le dije “mira, es mucha paciencia, tolerancia, comprender que pues estoy en un tratamiento y que también es esperar el efecto y a eso pues que también ayude”. Pero creo que ahorita la convivencia es mejor pues... que la pareja te entiende ¿no?*
- *“En tu relación de pareja ¿qué cambios has notado que se hayan dado derivados de la enfermedad?*
- *Pues sobre todo la comprensión, porque antes nos peleábamos y ahorita cuando llega a haber una diferencia o algo pues sí como que nos... nos*

controlamos ...es saber que hay que poner atención en cosas que puedan generar un conflicto...

En cuanto a sus cambios de humor, la entrevistada se siente comprendida y apoyada:

- *“¿Qué piensa tu pareja sobre tu enfermedad y qué tipo de apoyo recibes de esa persona respecto a la atención de la misma enfermedad o en cuanto al alivio de algún síntoma?”*
- *“Cuando él sabe que...por decir luego en las noches me puede dar ansiedad o luego...me siento triste y cuando empieza eso, él ya sabe porque lo primero que hago me aísla para que él no me vea...y él cuando ve eso pues me apoya, me dice que, si ahorita estoy experimentando eso, me dice que me da mi espacio que él me entiende ¿no?... aquí hay comprensión, como que me da mi espacio y me apoya ...”*

En cuanto a la relación con sus padres, actualmente se siente apoyada, y de vez en cuando surgen conflictos como en todas las familias:

“platicué con mis papás, pues también ellos con miedo, pero me han apoyado en todo momento y creo que eso es fundamental para que tú te sientas este...pues apoyada en esa parte y saber que cualquier noticia pues siempre tienes quien sea tu pilar.”

“trato de explicar... que me tengan paciencia, porque no es algo que de repente o de la noche a la mañana te quites y una cuestión psicológica donde hay estrés, donde sabes que si no lo ponderas puede llegar a haber consecuencias como peleas o cosas sí, pero creo que eso sí es bueno, también informar a tu entorno de que no es juego, de que si hay un

padecimiento, de que también es comprensión y apoyo porque si en vez de apoyarte pues te atacan o... lo ven como algo muy normal, pues creo que eso en vez de favorecerte, te va a vulnerar y te va a hacer que te dé más para abajo, pero hasta ahorita todo ha estado bien”

“en un momento pues sí se llega a generar la tensión en tu casa porque a lo mejor no hay mucho flujo de efectivo, porque alguien se queda sin trabajo y es el que aporta, pues sí a veces hay un ambiente tóxico como en todo ¿no? pero creo que de ti depende si lo sabes manejar...”

Respecto a las relaciones con amigos y vecinos:

“Pues en sí...soy sociable porque a un lugar que voy siempre estoy hablando, siempre estoy socializando, siempre, pero...me gusta reservarme. Creo que más por tema de educación o de atención, buenos días, saludas como lo necesario, pero ...es sana...”

Finalmente, es por parte de su madre, de quien percibe más el apoyo:

“Pues la que más ha estado como...de que no me clave por llamarlo así coloquialmente, mi mamá, es la que siempre está, mi mamá es diabética ¿no? y mi mamá me dice yo sé que tengo la enfermedad, de igual manera tú ya sabes que la tienes y no te sugestionas o te encasilles a eso, tú sigue tu vida normal y también detecta las cosas que ya sabes y contrólalas...porque ahora sí que uno es dueño de su cuerpo y tú sabes que si no lo dominas se puede provocar en algo crónico...”

❖ Crecimiento personal

Con relación al crecimiento personal, a raíz de la enfermedad, la entrevistada modificó sus percepciones hacia el valor de la vida:

“Me siento... aunque se escuche un poco pues... así como burdo, pero creo que le agradezco a la enfermedad porque con eso es un... despertar de conciencia... la enfermedad me enseñó a cuidar más de mi cuerpo, a...saber que hay ciertas horas para que puedas comer, porque también no comía a mis horas, y eso fue también algo que contribuyó mucho a que... la enfermedad avanzara, el estrés es el factor detonante para cualquier enfermedad que lo vulnera [asienta con la cabeza] y pues obviamente ha sido un modo de vida, creo de conciencia sobre hábitos de tu cuerpo, el que la salud es primero.”

Con respecto al deseo de embarazarse, también cambió su perspectiva:

- “Tu pareja actual, sabedora de la enfermedad y de todo lo que conlleva, sobre todo en el aspecto reproductivo, ¿en algún momento... te ha hecho sentir mal por no... poder embarazarte?

- Pues...no, porque... ahora hay que ser conscientes de que cuando ya hay un antecedente de dos abortos y luego viene un tercero, también a nivel de tu matriz y todo puedes detonar en algo también en un cáncer. Entonces ya hay que ser responsable con tu cuerpo, porque tu cuerpo es un templo y es lo que te da vitalidad para que puedas realizar tus actividades”

En general, la entrevistada percibe que el padecimiento ha tenido un efecto positivo:

“creo que la enfermedad me ha cambiado para bien, porque me he vuelto más comprensiva...”

“me ayudó a crecer como persona ...a mí me cambió mucho, positiva, más segura... porque antes emocionalmente como mujer con o sin pareja no era segura y...ahorita pues ya valoro más cosas...me ha ayudado a crecer tanto emocionalmente como pues por llamarlo así, espiritualmente también”.

“me siento más segura, más confiada en que todo va a salir bien...”

4.7 Calidad de vida

La entrevistada asimila la calidad de vida como un estado de equilibrio emocional y físico:

- *“¿Qué crees que signifique o qué es para ti el término “calidad de vida”?*
- *Para mí el termino calidad de vida es la mejoría que tú sientas en tus actividades tanto emocionales como físicas, es un equilibrio que te va a permitir a ti levantarte y estar bien en todos los sentidos...o sea, como te encuentras a nivel físico y mental para que puedas realizar tus actividades pues a gusto... yo lo califico como un equilibrio emocional y físico que te va a ayudar a que realices actividades de forma pues satisfactoria...”*
- *“Y a partir de eso que tú crees sobre la calidad de vida, ¿cómo calificarías la tuya?*
- *Buena pregunta [sonríe alegremente]. Pues yo creo que, de un cien por ciento, el ochenta ...creo que sí ahorita, hablando físicamente de la enfermedad que me diagnosticaron, pues sí ha estado estable, ya me he controlado, ...el diagnóstico sigue igual y creo que no ha repercutido en mis actividades tanto laborales, familiares. Siento que está bien.*
- *Que tienes una buena calidad de vida entonces.*

- *Sí, hablando emocionalmente y físicamente sí. Aunque haya subido de peso, pero digo es algo que se puede manejar y de igual manera con dietas y ejercicio bajas ¿no? Pero...en general me siento bien”*

Hasta aquí se concluye la exposición de resultados, en donde se ha mostrado el testimonio proporcionado por la entrevistada durante la entrevista para todas y cada una de las categorías establecidas.

5. Discusión

Las enfermedades de la glándula tiroides se presentan cuando dicho órgano no produce la cantidad de hormona adecuada. Tales hormonas son las encargadas de controlar la forma en que nuestro cuerpo utiliza la energía y cuando no hay suficiente producción de hormona tiroidea se desarrolla el hipotiroidismo, una disfunción que causa cambios metabólicos, fisiológicos y bioquímicos que se ven reflejados en la afectación a casi la mayoría de los órganos del cuerpo, provocando problemas a nuestra salud como obesidad, dolor en la articulaciones o enfermedades cardíacas. La prevalencia de dicho padecimiento ha ido en aumento en los últimos años y el hipotiroidismo está considerada como la segunda enfermedad endócrina más frecuente después de la diabetes mellitus.

De acuerdo con Sergio Alberto Mendoza Álvarez, académico del posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM los problemas de tiroides afectan a tres de cada mil mujeres mayores a cincuenta años (2%) y las que están en el rango de edad entre cuarenta y cincuenta años son consideradas el grupo de riesgo. También explica que la probabilidad de padecer este tipo de afecciones se incrementa con la edad, hasta llegar a catorce por cada mil mujeres de setenta y cinco a ochenta años y es debido a este incremento en la prevalencia que se ha presentado en la Cámara de Diputados de nuestro país una iniciativa de decreto para incorporar la detección y el tratamiento oportuno del hipotiroidismo e hipertiroidismo como materia de salubridad general.

Los datos estadísticos anteriores se presentan en razón de que en el presente trabajo se realizó una investigación cualitativa mediante la aplicación de una entrevista en profundidad a una mujer en edad reproductiva con un padecimiento tiroideo, quien participó de forma voluntaria.

De esta forma, se indagó sobre varios tópicos relacionados con conocimientos de la enfermedad, adherencia al tratamiento, vida cotidiana, bienestar subjetivo, bienestar psicológico y calidad de vida relacionada con la salud. El objetivo principal de la presente investigación era comprender como percibe una mujer la enfermedad tiroidea y la forma en que ésta influye en su calidad de vida, así como identificar los factores asociados a dicha calidad de vida, en el entendido de que ésta se define como

un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida. (Ardila, 2003, p. 163)

Así, la primera categoría que se analizó fue la de conocimientos sobre la enfermedad que tiene la entrevistada. Esta categoría se subdividió en: adquisición de la enfermedad, sintomatología de la enfermedad y consecuencias y gravedad de la enfermedad.

De acuerdo a lo señalado en el apartado correspondiente a la etiología del hipotiroidismo, este padecimiento puede deberse a una disfunción en la hipófisis, a una alteración hipotalámica, a la resistencia a hormonas tiroideas, a la deficiencia en la ingesta de yodo, a fármacos antitiroideos, al ataque del sistema inmunitario sobre la tiroides, a algunas infecciones virales o a factores congénitos, sin dejar de mencionar que para el desarrollo de las disfunciones tiroideas, entre los factores de riesgo mencionados por Rodríguez et al. (2016) están el tener una edad avanzada, pertenecer al sexo femenino, ser de raza blanca, el fumar, estar bajo constante stress, historia familiar de enfermedad tiroidea o autoinmune, antecedentes

de radiaciones y de cirugía de tiroides, periodo postparto, déficit de hierro, nivel basal de TSH, presencia de anticuerpos anti tiroideos, etc.

En este sentido, la participante tiene la certeza de que su enfermedad se debe en gran parte al factor genético dado que existen antecedentes de dicho padecimiento por parte de su abuela paterna y sus primas, lo que le ha ayudado a entender mejor la situación y aceptarla.

Asimismo, también podría pensarse que los factores de riesgo como el pertenecer al sexo femenino y estar constantemente bajo estrés han jugado un importante papel en el desarrollo de su enfermedad, por lo que percibe ésta como algo natural en razón de su estilo de vida y los antecedentes familiares del padecimiento. A este respecto, la causa atribuida a la aparición del hipotiroidismo es consistente con lo reportado en la literatura científica.

Con respecto a la sintomatología, la vivencia de cada persona de sus problemas tiroideos es única y no todas las personas presentarán todos los síntomas asociados con la enfermedad. Los síntomas más comunes que se presentan son: cansancio, aumento de peso, sensación de frío, debilidad en músculos y articulaciones, pérdida de cabello, resequedad y comezón en la piel, sentimientos de tristeza o depresión, dificultad para concentrarse o recordar, estreñimiento, sangrado menstrual irregular y en casos más severos, puede causar infertilidad.

En esta subcategoría, se identificó que la entrevistada no experimentó la mayoría de manifestaciones clínicas, sólo presentó lentitud en los movimientos, cambios físicos visibles como la aparición de una bolita en el cuello (nódulo tiroideo asociado a hipotiroidismo) e incremento de peso, cambios en el estado de ánimo y problemas reproductivos. Sin embargo, considera que uno de los síntomas más importantes que ha experimentado tiene que ver con el estado de ánimo, haciendo énfasis en que la ansiedad es con lo que continuamente ha tenido

que enfrentarse y está convencida de que es su disfunción tiroidea la causante de la misma, en mayor parte, porque su médico, quien es el profesional de la salud y en quien confía plenamente, le explicó que uno de los síntomas del hipotiroidismo es este trastorno.

En este contexto, lo anterior coincide con lo señalado por Valera et al. (2002) quienes indican que la sintomatología del hipotiroidismo se ve reflejada en enlentecimiento psicomotor difuso y alteraciones de humor como la pérdida de interés y de iniciativa y entre los trastornos mentales más frecuentes que pueden llegar a presentarse están los trastornos del estado de ánimo (apatía, astenia, inhibición, ideas suicidas, labilidad emocional, lentitud psicomotora) y trastorno de ansiedad, señalando en que en los casos de larga evolución pueden persistir dificultades con el intelecto y la memoria.

La entrevistada, recordando lo vivido con su enfermedad, cayó en cuenta de que hacía tiempo que venía presentando cambios de humor como irritabilidad, tristeza y enojo injustificados, lo que le genera la idea de que es su enfermedad la causante de la disforia que experimenta.

Otro de los síntomas más graves que ha estado muy presente ha sido el problema referente a la cuestión reproductiva. Como ella misma lo menciona, ha vivido la experiencia de abortos recurrentes debidos a factores endócrinos. De acuerdo a lo señalado por López, Branzini, De Baisi y Maris (2015), “en el campo de la endocrinología, el comportamiento de las hormonas relacionadas con la reproducción siempre ha tenido gran importancia y sus alteraciones afectan tanto la posibilidad de lograr la gesta (esterilidad) como la evolución del embarazo” (p. 74), tal como ha sucedido en el caso de la entrevistada.

Para la subcategoría de consecuencias y gravedad de la enfermedad, se identificó que la entrevistada conoce los efectos que pueden presentarse debido a su hipotiroidismo. Estos

conocimientos han sido adquiridos tanto por información de su médico, como por experiencia propia (en el caso de la pérdida de sus embarazos), de aquí que sea consciente del riesgo que representa el no tratar la enfermedad de manera adecuada.

En este sentido, la entrevistada percibe su enfermedad como un padecimiento que puede controlarse siempre y cuando lleve a cabo una buena adherencia al tratamiento farmacológico. Es decir, tome el medicamento prescrito de manera apropiada, asista a los controles médicos y se realice los estudios de laboratorio pertinentes, así como la ejecución de conductas de autocuidado como son el procurar una alimentación saludable, controlar el incremento de peso, aprender a controlar sus emociones y la toma de decisiones ante situaciones estresantes, con la finalidad de evitar que la enfermedad se torne grave.

Por cuanto a las dificultades que presenta en torno a la posibilidad de lograr un embarazo, la percepción de la entrevistada es que efectivamente es un problema de salud importante para ella, pero que puede revertirse con el tratamiento adecuado. Sin embargo, también está consciente que existe la posibilidad de que tal tratamiento no funcione y los hijos no lleguen, situación que por el momento no le representa frustración alguna, en razón de que en este momento lo más importante es estar viva.

En este sentido, resulta aplicable lo expresado por Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007) en cuanto a que la percepción de un malestar tiene que ver con la propia experiencia de vida. Y que este proceso

es necesariamente selectivo y puede compararse a la mirada en un espejo en el cual se refleja una imagen que no es la realidad misma. En ese "espejo" la imagen se agranda, se achica, se ilumina u oscurece, de acuerdo a cómo nos situemos para observarla. De la misma manera, la percepción que cada uno

tiene de la realidad, se produce de acuerdo al modo y al lugar/situación desde donde se mire (p. 273).

Para la subcategoría de control no farmacológico de la enfermedad, la entrevistada opina que es importante controlar la enfermedad no sólo con tratamiento farmacológico, sino también valiéndose de otros recursos como el acompañamiento psicoterapéutico, el llevar una dieta balanceada y realizar actividades placenteras como leer, bailar, salir a caminar, hacer ejercicio, practicar técnicas de respiración, lo que le ha ayudado a controlar su estrés y ansiedad.

En este sentido, ella ha puesto en práctica lo anterior, lo que le ha ayudado a mejorar los síntomas del hipotiroidismo, comenzado por la ingesta de alimentos apropiados, tal como lo señalan Ballesteros (2020) y Martín (2016) al afirmar que una dieta variada incluye la cantidad necesaria de yodo para un buen funcionamiento de la glándula tiroides.

De igual manera, al llevar a cabo prácticas de relajación ha logrado reducir su nivel de estrés, tal como lo reportan Rodríguez, García y Cruz (2005) al señalar que el estrés tiene un carácter individualizado, ya que cada persona canaliza su tensión mantenida a través de su sistema funcional más débil, dando pie a enfermedades del aparato cardiovascular, del sistema inmunológico o del sistema endócrino, por nombrar algunos, por lo que las técnicas de autocontrol emocional son de gran ayuda, dentro de las cuales se encuentran las técnicas de respiración que tienen como beneficio el que constituyen un antídoto para el estrés y contribuyen a una adecuada oxigenación de la sangre, lo que a su vez permite mejorar los estados de ansiedad, depresión, fatigabilidad e irritabilidad.

La siguiente categoría en analizar fue la de adherencia al tratamiento e incluyó las subcategorías de factores que facilitan la adherencia terapéutica y la de factores que dificultan

el manejo del régimen terapéutico. En la primera subcategoría se identificó que entre los factores que benefician la adherencia terapéutica están la actitud, el conocimiento de la enfermedad, sus percepciones, sus expectativas, la relación médico-paciente, la simplicidad del tratamiento y algunos factores socioeconómicos como nivel económico, nivel educativo y el apoyo social.

Con relación a la actitud, el conocimiento de la enfermedad y las expectativas de mejora, estos son factores relacionados con el paciente. La disposición que la entrevistada manifiesta para suministrarse el medicamento, asistir a los controles cuando le es indicado, así como la realización de exámenes de laboratorio junto con las medidas adicionales que lleva a cabo como son el acompañamiento psicoterapéutico y el cambio de hábitos para una alimentación más saludable, son una clara muestra de su interés por recuperar su salud. Lo anterior se relaciona con lo señalado por Pagés y Valverde (2020) cuando señalan que una persona optimista esperanzada, satisfecha de la vida, con capacidad de autocontrol y capacidad para afrontar el diagnóstico han sido identificados como factores positivos para la adherencia terapéutica.

Por otro lado, el conocimiento sobre la enfermedad le permite entender cuáles son las necesidades de su organismo para recuperar su salud, en este caso, la entrevistada sabe que su problema se debe a la producción insuficiente de hormona tiroidea debido a que tiene una tiroides hipoactiva y que lo más indicado para revertir esta condición es a través de fármacos, por lo que diariamente debe tomar una pastilla de hormona tiroidea sustitutiva, lo cual no implica gran complejidad; además de que su trabajo remunerado le permite conseguir el medicamento sin mayor problema. Lo anterior coincide con lo expresado por Iskedjian et al. (2002) respecto a que la administración diaria versus la administración múltiple diaria facilita la adherencia (como se citó en Pagés y Valverde, 2020).

La adherencia terapéutica en el caso de la entrevistada, puede explicarse desde del Modelo de Creencias en Salud. La *susceptibilidad percibida* está presente en cuanto a que la entrevistada es consciente y por lo tanto acepta que en el desarrollo de su padecimiento están presentes factores de riesgo como lo son el contar con antecedentes familiares de la enfermedad y estar constantemente bajo estrés. La *severidad percibida* aparece en el momento en el que la entrevistada considera como grave su enfermedad y que ésta puede complicarse o detonar en un cáncer si no es tratada de manera adecuada, lo que la lleva a dar cumplimiento a las prescripciones médicas o al tratamiento con el objetivo de recuperar su salud (*beneficios percibidos*), y dado que éste no le implica dificultad alguna para llevarlo a cabo, se puede decir que no existe percepción de barreras que obstaculicen la adherencia terapéutica.

Dentro de los factores socioeconómicos se identificó el apoyo social con el que la entrevistada cuenta, además de poseer un buen nivel educativo y un status socioeconómico estable. Sus relaciones interpersonales, tanto con su núcleo familiar, con su pareja, como con sus amigos y vecinos son efectivas. La sensación de sentirse amada, aceptada y comprendida le significan un gran apoyo. Lo anterior se ajusta a lo expresado por Pagés y Valverde (2020) respecto a que aquellos pacientes que cuentan con un buen soporte emocional de su entorno o forman parte de una familia cohesionada tienen una mejor adherencia al tratamiento.

Otro factor determinante en dicha adherencia ha sido el factor relacionado con el sistema sanitario, más específicamente con la relación médico-paciente. En este rubro, la entrevistada ha contado con una excelente atención por parte de su médico en el sector público. La comunicación por parte del médico al explicarle cómo es el curso de la enfermedad, así como la gravedad y el tratamiento le han generado credibilidad y confianza, además de una sensación de sentirse comprendida. Esto se relaciona con lo expuesto por Hernández, Fernández, Irigoyen y Hernández (2006), en el sentido de que cuando el médico logra identificar y entender

los problemas importantes de sus pacientes, es capaz de generar mayor satisfacción con la atención recibida y es capaz de alcanzar una mayor adherencia al tratamiento.

Por cuanto a la subcategoría de factores que dificultan el manejo del régimen terapéutico, se identificaron sentimientos y estados de ánimo como miedo y desidia. El miedo que la entrevistada experimentó al conocer el diagnóstico se justifica debido a la severidad de la patología. Desde su punto de vista en ese momento, la enfermedad podía ser grave (cáncer de tiroides) y eso significaba una intervención quirúrgica que finalmente conllevaba un riesgo, el cual, en el peor de los casos, podía conducirla a la muerte. Lo anterior es coincidente con lo reportado por Rodríguez (2013), en el sentido de que enfermar es una de las experiencias más angustiantes que experimenta el ser humano debido a que la enfermedad representa limitación, produce ruptura de la vida cotidiana y supone cambios existenciales que generan sufrimiento.

Por otro lado, la ausencia de síntomas graves da lugar a la desidia como sucedió en el caso de la entrevistada, quien al no experimentar durante cierto tiempo un crecimiento en el nódulo tiroideo o algún otro síntoma que acaparara su atención, desistió de la idea de continuar atendiendo su padecimiento, toda vez de que no le causaba molestia alguna. Como bien lo señalan Pagés y Valverde (2020), la ausencia de síntomas o la mejoría clínica de la enfermedad, pueden suponer una barrera para un correcto cumplimiento terapéutico, lo que es coincidente con las razones por las que la entrevistada interrumpió el tratamiento.

Sin embargo, es importante mencionar que así como el miedo fue un factor negativo que en un primer momento dificultó el cumplimiento del régimen terapéutico, posteriormente ha venido jugando un papel positivo en el sentido de que al haberse presentado un empeoramiento de los síntomas (principalmente un crecimiento significativo del nódulo tiroideo) ha supuesto un riesgo

de gravedad de la enfermedad, ahora sí, pudiendo detonar en un cáncer, si no era tratado a tiempo, produciendo un efecto positivo en la adherencia terapéutica.

La siguiente categoría en analizar fue la de vida cotidiana, la cual implicó la subcategoría de cambios ocurridos a partir del diagnóstico de la enfermedad. Con relación a esta subcategoría, se identificaron algunos cambios suscitados en la vida de la entrevistada a partir de que le fue dado el diagnóstico de la enfermedad; los cuales, desde su perspectiva, en un principio fueron negativos, pero que a la larga tuvieron un resultado positivo en su salud. Dichos cambios se reflejaron en sus hábitos alimenticios, pues anteriormente gustaba de comer todo tipo de alimentos incluyendo bebidas azucaradas y grasas, pero ahora, tiene que restringir la ingesta de éstos para mantener su peso, lo que le produce un poco de malestar, ya que como se expresó en párrafos anteriores, la enfermedad representa limitación y produce cambios que generan molestia.

Otro de los cambios ocurridos tiene que ver con el entorno laboral de la entrevistada. Ella se autodescribe como una persona responsable y disciplinada que siempre entregaba su trabajo en tiempo y forma, por lo que ante la necesidad de bajar el ritmo de trabajo o tener que faltar a su centro laboral para asistir al médico le generaron malestar e incertidumbre al pensar en que sería despedida debido a su enfermedad. Por otro lado, el estar frente a una percepción de riesgo, le sirvió para aprender a priorizar sus intereses y actividades y de esta forma tomar las decisiones más acertadas siempre en pro de recuperar su salud. Lo anterior puede explicarse desde la dimensión de severidad percibida del Modelo de Creencias en Salud que, de acuerdo a lo expresado por Moreno y Gil (2003)

se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la

salud, por un lado las consecuencias médico-clínicas (como muerte, incapacidad o dolor), y por otro lado las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares, etc.) (p. 94).

La siguiente categoría analizada fue la de bienestar subjetivo e incluyó la subcategoría de emociones y sentimientos derivados del padecimiento. En esta subcategoría se identificó que la entrevistada experimentó emociones como tristeza, enfado, miedo y alegría, pero también se reflejaron algunos sentimientos como dolor, sufrimiento y culpa.

Cuando hay un diagnóstico de enfermedad crónica, indudablemente el enfermo atraviesa por agudas etapas de estrés, de depresión y de ansiedad, principalmente. Es posible que con el transcurso del tiempo supere y/o aprenda a controlar esos estados emocionales consecuencia de lo que le significa vivir con una enfermedad para toda la vida. En el caso de la entrevistada, el miedo que experimentó en un principio fue válido y así lo señalan Gómez y Grau (2006) cuando expresan que “el impacto emocional que tienen las enfermedades crónicas en los pacientes es innegable y está estrechamente relacionado con la incertidumbre e impredecibilidad del proceso de enfermedad” (como se citó en González, Tinoco y Benhumea, 2011, p. 266).

Esta información es coincidente con lo vivido por la entrevistada, pues, aunque en un principio su reacción fue la de huir de la situación dejando de atenderse por desidia, posteriormente y ante la percepción de sentir que sus síntomas se agravaban aprendió a controlar sus emociones y emprendió la toma de acciones para recuperar su salud.

Por otra parte, el sufrimiento y tristeza fueron reacciones naturales a la pérdida de sus embarazos, sobre todo porque no se sintió apoyada por quien ella consideraba debía ser su

mayor soporte. En este contexto, se identificó también que la entrevistada se sintió culpable de la segunda pérdida, ya que conocía el riesgo y aun así no consultó otras opiniones. Sin embargo, como más adelante lo reconoció, esas experiencias le sirvieron para llevar un control médico más riguroso y buscar ayuda profesional para un tratamiento integral. Resulta aplicable lo expresado por González et. al. (2011) en el sentido de que cada enfermedad crónica tiene sus particularidades biológicas y como experiencia cada sujeto tiene sus propias interpretaciones y significados que pueden verse influidas por el espacio, tiempo, género y las condiciones de vida.

Actualmente, la entrevistada manifiesta que, aunque aún hay cosas que le causan malestar como el saber que tiene una bolita en el cuello o que quizá en algún momento tenga que ser intervenida quirúrgicamente y su cuello quede marcado con una gran cicatriz, así como el aumento de peso corporal, reconoce que sólo son cuestiones estéticas y que no le causan conflicto. Es de destacarse que el aceptar su enfermedad le ha significado aprender a valorar más la vida, sentirse satisfecha con ella misma y ser feliz.

Lo anterior es consistente con lo mencionado en la teoría por Satorres (2013) respecto a que “el bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia” (p. 89), y señala que se ha nombrado felicidad al bienestar subjetivo experimentado cuando las personas sienten más emociones agradables, cuando están comprometidas en actividades interesantes y cuando están satisfechas con sus vidas.

Respecto a la categoría de bienestar psicológico, éste se centra en el desarrollo y crecimiento personal y tiene que ver con la manera en que las personas enfrentan los acontecimientos vitales, así como la forma en que logran sus objetivos. Dicha categoría incluyó las subcategorías de autoaceptación, relaciones positivas con los demás y crecimiento personal.

Con respecto a la subcategoría de autoaceptación, se identificó que la entrevistada ha conseguido tener una visión positiva de sí misma. Como ella misma lo manifestó, la enfermedad ha generado cambios en su vida que le han significado una reestructuración en sus percepciones, por ejemplo, cuando expresa que delgada o “gordita” sigue valiendo como mujer.

Otra de las situaciones de las que se desprende la existencia de autoaceptación es cuando habla de sus problemas reproductivos y deja en claro que con hijos o sin hijos, es feliz. Por otra parte, ahora se valora más a sí misma, se siente más segura y se acepta como es. En este sentido, lo anterior es coincidente con lo expresado por Flecha (2019) respecto a que “la necesidad de autoaceptación requiere el reconocimiento y aceptación de las propias cualidades y debilidades, permitiendo a la persona crear una escala de valores que fortalezca sus capacidades y desarrolle sus posibilidades” (p. 142).

El padecimiento genera en el enfermo incertidumbre, desgaste emocional, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo. De acuerdo con Vega y González (2009), la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad.

Con relación a la subcategoría de relaciones positivas con los otros, se identificó que existe una buena relación con la pareja que, si bien a raíz de la enfermedad se tornó un tanto conflictiva, ha podido reconstruirse mediante la comunicación y la comprensión de la enfermedad, principalmente hablando de las crisis emocionales que ocasionalmente surgen en la entrevistada.

Por cuanto hace a la relación con sus padres, anteriormente era un tanto conflictiva, desde su punto de vista, debido a su carácter, pero a partir del diagnóstico y a que la entrevistada les ha explicado la sintomatología del hipotiroidismo, la relación ha mejorado pues se siente más comprendida y ella también pone de su parte para evitar situaciones estresantes

en casa, lo que le ha ayudado a hacerle frente a la enfermedad, destacando que percibe más el apoyo por parte de su madre.

Respecto a sus relaciones con amigos y vecinos, las percibe como relaciones sanas, se describe como una persona sociable, pero a la vez reservada y con sus vecinos es más un intercambio de saludos, sobre todo por educación. Lo anterior coincide con lo expresado en la literatura de que la familia es el mayor apoyo social.

En relación con la subcategoría de crecimiento personal se identificó un crecimiento positivo para la entrevistada. Las enfermedades crónicas provocan cambios significativos en la vida de los pacientes que afectan su calidad de vida y bienestar y requieren la aplicación de estrategias de afrontamiento que permitan superar la nueva situación. Para ello, es necesario que el paciente sea capaz de adaptarse a la enfermedad, como ha sucedido en el caso que nos ocupa. Al aceptar la enfermedad, la entrevistada modificó su percepción hacia la vida. Al otorgar mayor valor a su vida, comprendió que lo más importante es recuperar su salud, que en algún momento puede lograr ser madre de manera natural siempre y cuando cumpla con el régimen terapéutico porque ahora está consciente de que un embarazo no es un capricho y que en sus condiciones implica un gran riesgo tanto para ella como para el producto, así que, si logra el objetivo estará bien; y en caso contrario, ella, con hijos o sin ellos, es feliz.

Finalmente, en la categoría correspondiente a la calidad de vida relacionada con la salud, se puede decir que la entrevistada percibe los cambios ocurridos a partir de su enfermedad como benéficos para ella. En conjunto, el control que tiene sobre la enfermedad, el apoyo social con el que cuenta, sus características de personalidad entre las que está inmersas la autoestima y autoeficacia la conducen a una valoración positiva de su bienestar que a su vez repercute en su calidad de vida.

De acuerdo con la definición de salud propuesta por la OMS, la calidad de vida es un componente fundamental del estado de salud y se define como “un estado de bienestar general que comprende dimensiones objetivas y evaluaciones subjetivas de las condiciones económicas, la salud física, el estado emocional y las relaciones sociales; todas estas mediadas por los valores personales” (Higuera y Cardona, 2015, p. 156).

Recordando las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (funcionamiento físico, bienestar psicológico, estado emocional, dolor, funcionamiento social y percepción general de la salud) tenemos que la entrevistada dice percibir su estado general de salud como bueno, coincidiendo con la definición de la OMS que considera a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social”.

En este sentido, la percepción de la entrevistada se fundamenta considerando que el bienestar físico se da cuando el cuerpo funciona de manera eficiente, cuando no hay deterioro en los órganos y existe capacidad física apropiada para responder a las actividades vitales; que hay bienestar mental cuando las capacidades intelectuales como procesar información, discernir sobre valores y creencias y la toma de decisiones no han sufrido deterioro alguno y que existe bienestar social dado que cuenta con la habilidad para interactuar con las personas y el ambiente, de ahí que perciba o considere su calidad de vida en relación con su salud, como buena o en un nivel óptimo.

Esta perspectiva es consistente con lo señalado por Razo, Díaz, Morales y Cerda quienes manifiestan que el concepto de calidad de vida es multidimensional, que incluye cuestiones como situación económica, estilos de vida, condiciones de salud, satisfacciones personales y entorno social, entre otros parámetros, por lo que concluyen que la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar, que puede ser experimentada por los individuos y que representa la suma de sensaciones personales objetivas y subjetivas que incluyen todos los

aspectos de su vida (como se citó en Razo et al., 2018), tal como acontece en el caso de la entrevistada.

Ahora bien, de acuerdo a los hallazgos encontrados en el testimonio de la participante se desprende que la influencia de la enfermedad en la calidad de vida de la entrevistada contrario a lo que pudiera pensarse, ha sido positiva y le ha generado bienestar, en el sentido de que como ella misma lo expresó, la enfermedad le ha ayudado a ser más consciente y responsable del cuidado de su salud ante la percepción de la severidad del padecimiento y las consecuencias de abandonar el tratamiento.

La postura de la entrevistada es coincidente con lo dicho por Salazar et al. (2005) quienes indican que el bienestar anhelado desde la salud, se obtiene a través de hábitos saludables que resultan en una adecuada adaptación e integración de las dimensiones físicas, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de salud o enfermedad, de lo que se deduce que se puede experimentar bienestar estando enfermo o saludable, dado que el bienestar es un concepto subjetivo que puede tener representaciones diferentes en la mente de cada individuo y surge de los pensamientos, acciones y experiencias sobre las cuales, en la mayoría de los casos, se tiene un control.

De esta manera, la influencia positiva de la enfermedad sobre la calidad de vida de la entrevistada obedece a que la enfermedad no le ha representado una discapacidad que le impida continuar con su vida cotidiana, ha mejorado su bienestar psicológico, no hay presencia de dolor incapacitante, actualmente su estado emocional ha mejorado, sus relaciones interpersonales son efectivas y tiene una buena percepción general de salud debido a que, por el momento, su enfermedad está controlada.

Lo anterior concuerda con lo expresado por Lopera (2020), en el sentido de que cada individuo es el único que puede definir cómo le afecta la enfermedad, cuáles son las áreas de

su vida que considera se ven afectadas y qué es lo que considera que contribuye a dicha afectación, si es que la hay, toda vez que hay casos en los que la enfermedad afecta al bienestar, pero a la vez lo aumenta cuando conlleva beneficios y aprendizajes; y esta información sólo puede obtenerse de la propia voz del paciente mediante explicaciones o narraciones sobre el impacto de esa situación en su vida.

Otro punto a destacar, es en relación a la percepción de la entrevistada sobre su calidad de vida. Como ya se mencionó en párrafos anteriores, la entrevistada considera tener una buena calidad de vida en relación con su salud, lo cual es coincidente con los resultados de los estudios realizados desde un enfoque objetivo en pacientes hipotiroideos en donde se encontró que no había disminución de calidad de vida en los componentes tanto físico como mental.

Finalmente, por cuanto hace a la identificación de los factores determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud de la entrevistada, se identificó que están presentes: el buen funcionamiento físico, el bienestar emocional actual, su estado cognitivo que no presenta alteraciones, el apoyo social con el que cuenta, su satisfacción con la vida, su autopercepción de la salud; y entre las variables que pueden incidir en esta percepción de calidad de vida se encuentran la edad, el estado civil, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y el acceso a los servicios de salud.

Conclusiones

Retomando los objetivos que condujeron la presente investigación, se concluye que han quedado cubiertos todos y cada uno de ellos, comenzando por el objetivo general, ya que a través de este proyecto ha sido posible comprender las percepciones de una mujer con respecto a la disfunción tiroidea y el cómo esta enfermedad ha impactado en su calidad de vida.

De esta manera fue posible conocer las percepciones de una mujer con relación a la causa de su enfermedad, los síntomas que ha presentado y la gravedad que le representa el no adherirse al tratamiento. El saber que su padecimiento se debe en gran parte al factor genético y a su estilo de vida le ha servido para aceptar que hay una enfermedad, la cual, si bien no es curable, sí es controlable. Percibe su enfermedad como grave, pero el tener una buena comprensión del padecimiento le ha ayudado a cumplir con el régimen terapéutico prescrito, haciendo a la enfermedad “su amiga” y, sobre todo, como ella misma lo reconoce, a tener una mejor calidad de vida.

Entre los factores que facilitan la adherencia terapéutica se identificaron la buena relación médico-paciente, la actitud por parte de la entrevistada, el conocimiento de la enfermedad, la no complejidad del tratamiento, y factores socioeconómicos como el nivel educativo, nivel económico y apoyo social. Mientras que entre los factores que dificultan el manejo del régimen terapéutico se encontraron emociones y estados de ánimo negativos como el miedo y la desidia.

Por cuanto hace a los cambios ocurridos a raíz de la enfermedad en su vida cotidiana, estos repercutieron en mayor parte en su ámbito laboral al sentirse obligada a bajar su ritmo de trabajo. Otro de los cambios ocurridos fue en sus hábitos alimenticios al someterse a una dieta más saludable. Aunque en un principio, la entrevistada percibió los cambios como negativos, al final resultaron benéficos para su salud.

Respecto a la categoría de bienestar subjetivo, aunque la paciente tiene la percepción de que sus problemas emocionales, sobre todo la ansiedad, se deben en gran mayoría a la enfermedad tiroidea que padece, en gran parte porque su médico de confianza le explicó que dentro de los síntomas podía haber este tipo de trastornos, los hallazgos encontrados sugieren que la entrevistada actualmente posee una estabilidad emocional producto de la buena adherencia terapéutica, de la psicoterapia y del apoyo social. En el entendido de que el bienestar subjetivo alude a un estado de felicidad y satisfacción con la vida, en el presente caso está determinado principalmente por las características individuales como la personalidad, la autoestima, la autoeficacia, la salud percibida y la capacidad de adaptación y estrategias de afrontamiento.

Con relación al bienestar psicológico, en el entendido de que éste se centra en el desarrollo y crecimiento personal y de que tiene que ver con la manera en que las personas enfrentan los acontecimientos vitales, en esta categoría se incluyeron las subcategorías de autoaceptación, relaciones positivas con los demás y crecimiento personal. Se identificó que la participante tiene una buena autoaceptación, conoce sus fortalezas y debilidades y trabaja en ellas, se valora como persona aún con las limitantes que por el momento están presentes. Respecto a las relaciones positivas, percibe contar con un buen apoyo social derivado de las relaciones actuales tanto con su pareja como con sus padres y finalmente en el área de crecimiento personal es en donde más percibe cambios positivos derivados de la enfermedad como son el que ahora valora más su vida, por lo que agradece a la enfermedad el hecho de generarle una conciencia de autocuidado.

En lo que concierne a la categoría de calidad de vida en relación con la salud, se identificó que la entrevistada considera tener una buena calidad de vida, producto de la valoración que realiza de su nivel de bienestar en las distintas áreas de su vida, principalmente en lo que respecta a su salud.

Respecto al objetivo de comprender como ha influido la enfermedad en la calidad de vida de la entrevistada, recordemos que la calidad de vida es una cuestión de percepción subjetiva que puede verse influenciada por la percepción del estado de salud o la aparición de enfermedades. Tomando en cuenta lo anterior y de acuerdo a la información analizada, se desprende que dicha influencia ha sido de carácter positivo en razón de que la entrevistada a pesar de su padecimiento, percibe su estado de salud general como bueno dado que su enfermedad es controlable y no le ha provocado discapacidad que le impida continuar con su vida cotidiana. Por otro lado, como resultado del conocimiento de la enfermedad por parte de su pareja y familia, tanto sus relaciones como red de apoyo social son funcionales. Se puede decir lo mismo respecto al bienestar subjetivo que la entrevistada percibe ha ido mejorando a raíz del buen manejo del régimen terapéutico, lo que le ha permitido desarrollar habilidades para un mejor control de su estrés y por ende un mayor manejo emocional.

Como factores determinantes de la calidad de vida de la entrevistada se identificaron el buen funcionamiento físico, el bienestar emocional actual, el estado cognitivo que no presenta alteraciones, el apoyo social con el que cuenta, su satisfacción con la vida y su autopercepción de la salud. Entre las variables que pueden incidir en esta percepción de calidad de vida se encuentran la edad, el estado civil, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y el acceso a los servicios de salud.

Finalmente, se puede concluir que las disfunciones tiroideas pueden afectar de distinta manera a quienes las padecen y que el hipotiroidismo es una disfunción que, si bien es cierto es crónica y puede presentar un riesgo, con el tratamiento oportuno y adecuado, es controlable. Además de lo anterior, los conocimientos que se tengan sobre la enfermedad, la relación médico-paciente y el apoyo social con el que la persona cuente, son factores determinantes en la adherencia terapéutica. Así también pueden aparecer barreras para esta adherencia al tratamiento cuando se presentan estados de ánimo y emociones negativas, las cuales van a

incidir en la percepción sobre la salud y enfermedad que tenga el sujeto de acuerdo a su propia experiencia, lo que nos indica que la calidad de vida relacionada con la salud se da en función del nivel de bienestar que el sujeto perciba tomando en cuenta su funcionamiento físico, social y su estado emocional, reforzándose de esta manera lo establecido en la literatura científica.

Con relación a las limitaciones que presenta este trabajo, se encuentran las de tipo teórico en razón de que no se localizó información actualizada relacionada con los índices de prevalencia de hipotiroidismo en México, así como estudios relacionados a este padecimiento y su impacto en la calidad de vida desde una perspectiva cualitativa que pudiera apoyar o desvirtuar los resultados de este trabajo.

Respecto a posibles investigaciones futuras relacionadas con el tema de la calidad de vida en enfermedades tiroideas, se propone realizar estudios relacionados con sujetos a modo de cubrir todo el espectro de las enfermedades tiroideas (hipotiroidismo, hipertiroidismo, cáncer de tiroides, bocio, nódulos, tiroiditis), en razón de que cada una de estas enfermedades tiene sus propias particularidades y, por ende, afectan de diferente manera a cada individuo.

Los resultados de esta investigación son coincidentes con lo reportado en la literatura científica en estudios cuantitativos. Sin embargo, la relevancia radica en la información obtenida del testimonio de la participante donde se deja ver que tras una disfunción tiroidea subyacen trastornos emocionales cuyo impacto es diferente en cada persona y que de no ser tratados a tiempo o de manera adecuada pueden detonar en problemas psicológicos más graves.

Referencias

- Ammann, R., Bravo, P., Quinchavil, R. y Novik, V. (2017). Calidad de vida en pacientes con hipotiroidismo. *Revista Chilena de Endocrinología Diabetes*, 10(3). Recuperado de http://revistasoched.cl/3_2017/4.pdf
- American Thyroid Association (2020). Hipotiroidismo. Recuperado el 17 de noviembre de 2020. <https://www.thyroid.org/hipotiroidismo/>
- American Thyroid Association (2020). Pruebas de función tiroidea. Recuperado el 03 de noviembre de 2020. <https://www.thyroid.org/las-pruebas-de-funcion-tiroidea/>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Ares, S., Quero, J. y Morreale de Escobar, G. (2009). Enfermedades frecuentes del tiroides de la infancia. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11(16). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11s16/original4.pdf>
- Arroyo, J. Gil, P., Llauradó, G. y Caixás, A. (febrero, 2011). Hipotiroidismo primario: consideraciones para una buena utilización del tratamiento con levotiroxina. *Medicina Clínica*, 136(5). Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2->

[articulo-hipotiroidismo-primario-consideraciones-una-buena-S0025775309010070?code=8JT0ymnkUYsForGB3XpitzvzDwNxa49&newsletter=true](https://www.seom.org/articulo-hipotiroidismo-primario-consideraciones-una-buena-S0025775309010070?code=8JT0ymnkUYsForGB3XpitzvzDwNxa49&newsletter=true)

Ballesteros, A. (31 de enero de 2020). Cáncer de Tiroides. *Sociedad Española de Oncología Médica*. Recuperado el 02 de noviembre de 2020 de <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/tiroides?showall=1>

Cáceres, F., Parra, L y Pico, O. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(2). Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2018.v20n2/147-154/es>

Calman, C. (1984). Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *Journal of medical Ethics*, 10. Recuperado de <https://jme.bmj.com/content/medethics/10/3/124.full.pdf>

Cardoso, M., Pascual, R., Moreno, G., Figueroa, M. y Serrano, C. (2007). Investigación cualitativa y fenomenología en salud. *VERTIENTES. Revista especializada en ciencias de la salud*, 10(1-2). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/32887/30149>

Chamoux, A. y Hernández, C. (2017). Hipotiroidismo. *Pediatría práctica*, 8(1 y 2). Recuperado de https://apelizalde.org/revistas/2017-1-2-ARTICULOS/RE_2017_1-2_PP_4.pdf

- Chaves, W., Amador, D. y Tovar, H. (enero-marzo, 2018). Prevalencia de la disfunción tiroidea en la población adulta mayor de consulta externa. *Acta Médica Colombiana*, 43(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n1/0120-2448-amc-43-01-00024.pdf>
- Cian, D., Demarchi, R., Gay, C. y Pérez, M. (febrero, 2004). Patología tiroidea. Prevalencia de patología benigna y maligna. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, 135. Recuperado de https://med.unne.edu.ar/revistas/revista135/pat_tiroi.pdf
- Cruz, B. (2015). *Mujeres en edad reproductiva con hipotiroidismo y calidad de vida, HGZ y MF No. 1, IMSS Hidalgo*. [Tesis de Diplomado, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo]. Recuperado de <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2551/Mujeres%20en%20edad%20reproductiva%20con%20hipotiroidismo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Del Abril, A., Caminero, A., Ambrosio, E., García, C., De Blas, M. y De Pablo, M. (2009). *Fundamentos de Psicobiología*. Recuperado de https://www.academia.edu/33900484/Fundamentos_de_Psicobiologia
- Espinosa de Ycaza, A. (enero, 2018). Mujer, corazón y tiroides. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(1). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302565>

Gómez, G., Ruiz, R., Sánchez, V., Segovia, A., Mendoza, C. y Arellano, S. (septiembre-octubre, 2010). Hipotiroidismo. *Medicina Interna de México*, 26(5). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim105g.pdf>

González, M. (2017). Modelo de Representación de la Enfermedad y Salud. ¿Se aplicaría a las enfermedades crónicas de las vías digestivas? *Gen*, 71(4). Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032017000400005

González, N., Tinoco, A., y Benhumea, L. (septiembre-diciembre, 2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios públicos*, 14(32). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/676/67621319013.pdf>

Hernández, I., Fernández, M., Irigoyen, A. y Hernández, M. (2006). Importancia de la relación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(2). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062k.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Higuita, L. y Cardona, J. (enero-junio, 2015). Concepto de calidad de vida en la adolescencia: una revisión crítica de la literatura. *Revista CES Psicología*, 8(1). Recuperado de <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3031/2312>

IMSS. (enero, 2020). Diagnóstico oportuno de enfermedad de tiroides favorece calidad de vida y evita descontrol del organismo: IMSS. *Gobierno de México*. Recuperado el 05 de noviembre de 2020 de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archilmvo/202001/031>

IMSS. Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario y subclínico en el adulto. *Guía de Práctica Clínica*. (Actualización 2016). Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/quiasclinicas/265GER.pdf>

Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Recuperado de http://academic.son.wisc.edu/courses/n701/week/Kvale_InterViews.pdf

Lopera, J. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2). Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n2/1413-8123-csc-25-02-0693.pdf>

López, M., Branzini, C., De Baisi, I., y Lancuba, S. (junio, 2015). Actualización sobre enfermedades tiroideas en mujeres con abortos recurrentes. *Reproducción*, 30(2).

Recuperado de http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2015/Numero_2/7-%20LOPEZ.pdf

Lozano, E., Lozada, C. y Millán, T. (julio-septiembre, 2014). Consideraciones sobre el uso de las hormonas tiroideas. *Correo Científico Médico*, 18(3). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v18n3/ccm15314.pdf>

Lozano, J. (enero, 2006). Hipotiroidismo. *Offarm*, 25(1). Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-hipotiroidismo-13083624>

Lugo, G. (2019). Tiroides afecta a 2% de mujeres en edad madura. *Gaceta UNAM*, No. 5074. Recuperado de <https://www.gaceta.unam.mx/wp-content/uploads/2019/10/260819.pdf>

Lugo, I., Reynoso, L. y Fernández, M. (abril-junio, 2014). Percepción de enfermedad, depresión, ansiedad y control del asma: Una primera aproximación. *Neumol CirTorax*, 73(2). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v73n2/v73n2a3.pdf>

Maldonado, M. (2017). *Prevalencia de disfunción tiroidea en la población española. Implicación del hierro en la fisiología tiroidea*. [Tesis de doctorado, Universidad de Málaga]. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=234392>

Martín, M. (2016). Alteraciones de la función tiroidea. *Rev. ORL*, 7(2). Recuperado de

https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&sxsrf=ALeKk01fatj9MVBMWSKImwMdssYLu8r1gg%3A1604864711625&ei=x0qoX-rFJdqztQbRgKv4DA&q=alteraciones+de+la+funcion+tiroidea+martin+almendra&oq=alteraciones+de+la+funcion+tiroidea+martin+almendra&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzIFCCEQoAE6BAgAEEc6BggAEBYQHjoHCCMQsAIQJzoFCAAQzQI6CAghEBYQHRAeOgQIIRAVOgcIIRAKEKABUI86WllpYNBuaARwAngAgAHiAYgB5xiSAQYwLjE4LjK YAQCgAQGgAQdnd3Mtd2l6yAEIwAEB&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwiqxbH42vPsAhXaWc0KHVHACs8Q4dUDCAw&uact=5#

Martín, M. (2016). Estructura y función de la glándula tiroides. *Rev. ORL*, 7(2). Recuperado de

https://www.google.com/search?q=estructura+y+funcion+de+la+glandula+tiroides+scielo&rlz=1C1CHBD_esMX925MX925&oq=estructura+y+funcion+de+la+glandula+tiroides+scielo&aqs=chrome.0.69i59.9325j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#

Moreno, E. y Gil, J. (2003). El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1). Recuperado de

http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9599/El_modelo_de_creencias.pdf?sequence=2

Oficina para la Salud de la Mujer. (2019). Enfermedad de la Tiroides. *Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.* Recuperado el 07 de noviembre de 2020 de <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/thyroid-disease>

Organización Mundial de la Salud. (2020). ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado el 19 de noviembre de 2020 de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. En M. Martín-Romo (Ed). Pearson. Recuperado de https://www.academia.edu/41091575/Biopsicologia_6e_John_P_J_Pinel_2007

Pagés, N. y Valverde, M. (2020). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm*, 59(4). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251&lng=es&nrm=iso#B20

Quiceno, M. y Vinnacia, S. (enero-junio, 2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 25. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106004.pdf>

Ramos, L. (julio-diciembre, 2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, 16(2). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v16n2/ang06215.pdf>

Razo, A., Díaz, R. y López, M. (2018). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Revista CONAMED*, 23(2). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con182b.pdf>

Rodríguez, J., Boffill, A., y Rodríguez, L. (septiembre-octubre, 2016). Factores de riesgo de las enfermedades tiroideas. Hospital del Seguro Social Ambato. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(5). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v20n5/rpr14516.pdf>

Rodríguez, T., García, C., y Cruz, R. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. *MediSur*, 3(3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180019787003.pdf>

Ruiz, M. y Pairdo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles*, 2(1). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/231315825_Calidad_de_vida_relacionada_c_on_la_salud_Definicion_y_utilizacion_en_la_practica_medica

Sacchi, M., Hausberger, M., y Pereyra, A. (septiembre-diciembre, 2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3). Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2007.v3n3/271-283/es>

Sadat, M., Salesi, M. y Mohammadi, J. (2018). The Effect of Dimensions of Illness Perceptions on the Variation of Quality of Life in Patients With Coronary Artery Disease. *Acta Médica*, 56(3). Recuperado de <https://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/6432/5067>

Salazar, J., Pando, M., Arana C. y Heredia, D. (diciembre, 2005). Calidad de vida, hacia la formación del concepto. *Investigación en Salud*, 7(3). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isq-2005/isq053d.pdf>

Salinas, R. (2020). Iniciativa con proyecto de decreto por el que adiciona una fracción XVII Bis al Artículo 3º de la Ley General de Salud, presentada por la Diputada Ruth Salinas Reyes, integrante del grupo parlamentario de Movimiento Ciudadano. *Cámara de Diputados*. Recuperado de https://infosen.senado.gob.mx/sqsp/gaceta/64/2/2020-07-20-1/assets/documentos/Inic_MC_Dip_Ruth_Salinas_art_3_ley_gral_salud.pdf

Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. [Tesis doctoral, Universitat de Valencia]. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71008265.pdf>

Soria, R., Vega, Z., Nava, Q. y Saavedra, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit, Revista de Psicología*, 17(2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68622584011>

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*, 138. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>

Valera, B., Soria, M., Piédrola, G. e Hidalgo, M. (abril, 2003). Manifestaciones psiquiátricas secundarias a las principales enfermedades endocrinológicas. *Anales de Medicina Interna*, 20(4). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v20n4/revision2.pdf>

Valenzuela, L. (noviembre, 2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*. Año 9(9). Recuperado de <http://www.revistasuacj.edu.uy/index.php/rev1/article/view/103/96>

Van L., Den, O., Brenda, L. & De Vries, J. (2011). The World Health Organization Quality of Life Instrument-Short Form (WHOQOL-BREF) in women with breast problems. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33715423001.pdf>

Vega, O. y González, D. (jun. 2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, 16. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021

Zárate, A., Hernández, A., Basurto, L. y Saucedo, R. (abril-junio, 2010). La enfermedad tiroidea es más frecuente en la mujer. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 8(2). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2010/am102c.pdf>

Apéndices

Anexo 1. Guía de entrevista en profundidad

Percepción de calidad de vida en una mujer con alteraciones tiroideas

Presentación de la entrevistadora

Buen día, mi nombre es Susana San Juan Salazar, estudiante de noveno semestre de la licenciatura en Psicología por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la modalidad a distancia que ofrece la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y estoy realizando una investigación de tipo cualitativo con la finalidad de conocer cómo ha sido la experiencia de padecer una enfermedad tiroidea, pero sólo desde el punto de vista de las mujeres. Por tal razón le pido su participación para esta entrevista en la que nos basaremos en una guía de preguntas pero sólo como para abordar algunos temas necesarios en la investigación, ya que más bien me gustaría que la realicemos como una plática en confianza en donde usted se sienta con la plena libertad de hablar acerca de su sentir, con la plena seguridad por mi parte de que toda la información será resguardada y utilizada sólo con fines académicos y además de que conservaremos sus datos en total confidencialidad cambiando su verdadero nombre por otro al elaborar el reporte de investigación. Además, le comento que la grabación de la entrevista será borrada en cuanto esté concluida la investigación para que de esta forma no quede ningún rastro de la información. Para hacer más válidas mis palabras le pido por favor que establezcamos y firmemos este acuerdo de confidencialidad y consentimiento informado donde yo me comprometo a no divulgar la información que me proporcione y a borrar la grabación de esta entrevista.

Iniciaremos la entrevista con sus datos personales:

1. ¿Cuál es su edad?
2. ¿Cuál es su grado de escolaridad?
3. ¿Cuál es su ocupación, a que se dedica actualmente?
4. ¿Cuál es su estado civil?
5. ¿Cómo es su situación familiar, con quien vive?
6. ¿Cómo se explica Usted la enfermedad que padece?
7. ¿Desde cuándo padece la enfermedad?
8. ¿Cómo se percató de que tiene una alteración o enfermedad relacionada con su tiroides?
9. ¿Podría comentarme qué es lo que Usted sabe acerca de la función que tiene la glándula tiroides en nuestro cuerpo?
10. ¿Qué es lo que Usted sabe acerca de su enfermedad?
11. ¿Qué es lo que su médico le ha dicho sobre su enfermedad?
12. Esa información que Usted tiene sobre su enfermedad, ¿para qué le ha servido?
13. ¿Qué más le gustaría o interesaría saber acerca de su enfermedad?
14. ¿Cuáles son los síntomas que usted percibe y que cree que podrían estar relacionados con su problema de tiroides?
15. Además de los síntomas orgánicos ¿qué otras alteraciones ha percibido?
16. ¿Cómo es que ha identificado esas alteraciones?
17. A partir de que Usted comenzó a sentir malestares y acudió al médico, ¿cuánto tiempo aproximadamente pasó para que la diagnosticaran?
18. En el momento en que le dieron el diagnóstico, ¿qué fue lo que Usted pensó? ¿Cuál fue su reacción?
19. ¿Qué fue lo que Usted hizo o qué pasos fue dando para atender su enfermedad o para buscar apoyo?

20. ¿Cuáles son los aspectos de su vida que considera han cambiado?
21. ¿Cómo se siente Usted con esos cambios?
22. ¿Qué le hace pensar que los cambios percibidos puedan deberse a la enfermedad?
23. ¿Qué le causa molestia de la enfermedad?
24. ¿Cuáles son las actividades de su vida diaria que se le dificultan a partir de su enfermedad?
25. ¿Cómo era su vida antes del diagnóstico con relación a su actividad laboral?
26. ¿Cómo ha cambiado su manera de pensar respecto a su enfermedad desde el momento en que recibió el diagnóstico a la fecha?
27. ¿Cómo cree que le ha ayudado en su vida diaria el tratamiento prescrito por su médico?
28. ¿Cuáles son los aspectos de su vida que considera han mejorado con el tratamiento?
29. ¿Cuáles son aquellos que cree que no han experimentado cambio alguno aún con el tratamiento?
30. ¿Cuáles cree Usted que serían las consecuencias si no se apegara al tratamiento?
31. Si en algún momento ha dejado de llevar su tratamiento, ¿a qué se ha debido esa interrupción?
32. Además de su tratamiento farmacológico, ¿qué otras medidas ha adoptado para recuperar su salud?
33. ¿Cada cuándo asiste a su control médico?
34. ¿Qué tan grave considera que es su enfermedad y qué le hace pensar eso?
35. ¿Qué cosas eran las que disfrutaba hacer antes de la enfermedad?
36. Actualmente, ¿cuáles son las cosas que disfruta o le causan placer?
37. ¿Cómo es la convivencia con sus vecinos y amigos?
38. ¿Qué cambios ha experimentado en sus relaciones familiares a raíz de la enfermedad?
39. ¿Cómo es la relación con su pareja?

40. En su relación de pareja ¿qué cambios ha notado que se hayan dado derivados de su enfermedad?
41. ¿Qué piensa su pareja sobre su enfermedad y qué tipo de apoyo recibe de esa persona respecto a la atención de su enfermedad, o en cuanto al alivio de algún síntoma?
42. ¿De qué manera ha afectado la enfermedad su vida sexual?
43. ¿Qué le hace pensar que estas modificaciones se deban a la enfermedad que Usted padece?
44. A nivel energético ¿qué ha cambiado a raíz de la enfermedad?
45. ¿Cómo le hacen sentir esos cambios de vitalidad?
46. Si en algún momento ha necesitado ser cuidada por otra persona ¿cómo se ha sentido con esa situación?
47. ¿Cuáles son los aspectos cognitivos en los que ha notado alguna modificación y cómo se han dado esos cambios?
48. ¿Qué cambios ha experimentado en su imagen corporal y cómo le han afectado?
49. A partir de su diagnóstico, ¿cómo se ha sentido en el aspecto emocional?
50. ¿Podría platicarme que tan diferente percibía su estado emocional antes de la enfermedad?
51. ¿Cómo le han afectado estos cambios en su estado de ánimo?
52. ¿Cómo considera que la enfermedad influya en su estado de ánimo?
53. Esos cambios de ánimo, ¿cómo afectan en su vida diaria?
54. ¿Cuáles son las situaciones que le provocan malestar emocional?
55. ¿Cómo ha afrontado esos malestares?
56. Si en algún momento considera que se le ha dificultado expresar sus emociones, ¿qué sensación le genera esa situación?
57. ¿Qué tanto cree Usted que sus malestares tanto orgánicos como emocionales se deban a su enfermedad y porqué lo considera así?

58. ¿Qué es lo que le preocupa a futuro de su enfermedad?
59. ¿Qué tanto control cree Usted tener sobre su enfermedad? ¿Por qué lo piensa así?
60. ¿Cómo percibe el apoyo de su familia y amigos con relación a la enfermedad o respecto al alivio de algún síntoma?
61. ¿Cómo se siente con Usted misma?
62. ¿Cuáles son las cosas que le producen bienestar y qué tanto cree Usted que la enfermedad haya afectado su bienestar?
63. ¿Qué cree Usted que signifique el término “calidad de vida”?
64. Y a partir de eso que Usted cree sobre la calidad de vida, ¿cómo calificaría la suya?
65. En general, ¿cómo considera que es su salud?



Anexo 2

Consentimiento informado y acuerdo para protección de la confidencialidad

Mi nombre es Susana San Juan Salazar, actualmente me encuentro cursando el 9º semestre de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México en la modalidad en línea SUAYED.

A través de este documento se le hace una invitación para participar en una práctica académica de la asignatura SEMINARIO DE TITULACIÓN de la que la Mtra. Laura Edith Pérez Laborde es profesora titular.

Si llegara a surgirle alguna duda durante la siguiente explicación, con gusto le será resuelta. La actividad tiene como propósito realizar una investigación con relación a la percepción que tiene una mujer sobre la enfermedad tiroidea que padece. En dicha investigación pondré en práctica mis habilidades de investigación y entrevista, todo esto con la finalidad de realizar un manuscrito de titulación para obtener el grado de Licenciada en Psicología, de tal manera que al participar en esta práctica usted estará contribuyendo en mi formación como profesional de la Psicología.

Su participación consistirá en asistir a una entrevista y contestar algunas preguntas, esta entrevista será grabada en audio para fines de análisis y se procederá a eliminar cualquier vestigio de la grabación al término del proyecto. Así mismo el nombre de usted será cambiado por otro en la presentación del reporte escrito con la intención de proteger su confidencialidad y anonimato. La totalidad de la información que usted proporcione será resguardada y utilizada sólo con fines académicos, teniendo acceso a la misma únicamente la profesora y una servidora.

También se le informa que su participación es completamente voluntaria, por lo que queda a su completa elección el participar o no. En esta actividad no se prevé ningún riesgo para su integridad física o psicológica, sin embargo, pudiera ser que se sienta incómoda con alguna pregunta por lo que en caso que haya decidido participar y ya no se sienta cómoda con alguna de las preguntas, puede hacerlo saber y cancelar su participación en cualquier momento.

Además, es importante señalar que no se trata de un servicio de terapia, por lo que no estaremos realizando una intervención terapéutica, sin embargo, si usted requiere información adicional acerca de algún tema o quisiera recibir apoyo psicológico, puede expresarlo y con gusto se le proporcionará la información necesaria.

Consentimiento

He leído o se me ha leído la información sobre el trabajo de investigación. Tuve la oportunidad de hacer preguntas al respecto y todas las dudas que tuve se respondieron satisfactoriamente.

Consiento participar voluntariamente en esta práctica.

G. R. S

Nombre y firma de la
participante

Susana San Juan Salazar

Nombre y firma de la
entrevistadora

Ciudad de México, a 16 de noviembre de 2020.