



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE DERECHO Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**Estigma, resiliencia, malestar emocional en enfermos de
Parkinson de un centro de apoyo de Lima metropolitana, 2020**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

AUTORA:

González García, Katherine Celeste (ORCID: 0000-0002-3477-1220)

ASESOR:

Mag. Concha Huarcaya Manuel Alejandro (ORCID: 0000-0002-8564-7537)

LINEA DE INVESTIGACION:

Violencia

LIMA –PERÚ

2020

Dedicatoria

A Dios por guiar cada paso de mi camino, a mis padres por guiarme constantemente a cumplir mis metas, a mis familiares y amigos por el soporte emocional brindado y a la comunidad de pacientes de Parkinson.

Agradecimiento

A Dios por hacer posible esta investigación, los pacientes de Parkinson quienes participaron activamente y de manera voluntaria. Así mismo a mi asesor el Mg. Manuel Concha quien me instruyo con todos sus conocimientos, dedicación y esfuerzo en este estudio que aportara de manera única a la comunidad científica peruana.

Índice de contenidos

I.	INTRODUCCIÓN	10
II.	MARCO TEÓRICO.....	14
III.	MÉTODOLÓGIA.....	21
	3.1 Tipo y diseño de investigación	22
	3.2 Variables y operacionalización	22
	3.3 Población, muestra, muestreo, unidad de análisis	23
	3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	23
	3.5 Procedimientos.....	24
	3.6 Método de análisis de datos.....	25
	3.7 Aspectos éticos	25
IV.	RESULTADOS	26
V.	DISCUSIÓN	29
VI.	CONCLUSIONES.....	33
VII.	RECOMENDACIONES	35
	REFERENCIAS.....	37
	ANEXOS	44

Índice de tablas

Tabla 1: Indicadores de ajuste estadístico	27
Tabla 2: Tamaño de efecto estandarizado entre variables.....	27

Índice de figuras

<i>Figura 1 Modelo de variables</i>	22
<i>Figura 2 Modelo estructural de investigación</i>	28

Índice de anexos

Anexo 1: Operacionalizacion de Variable Estigma	44
Anexo 2: Operacionalizacion de Variable Resiliencia	45
Anexo 3: Operacionalizacion de Variable Malestar emocional	46
Anexo 4: Estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas	47
Anexo 5: Estadísticas de fiabilidad de las variables de estudio	48

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si la resiliencia cumple un rol mediador entre estigma y malestar emocional. El diseño de investigación es no experimental, transversal, de tipo explicativo. La muestra estuvo compuesta por 140 pacientes de Parkinson de Lima Metropolitana, que accedieron a la encuesta a través de los formularios de Google con apoyo de sus cuidadores. Los instrumentos empleados fueron para medir la variable independiente, la escala de estigma para enfermedades crónicas versión de 8 ítems (SSCI), para la variable mediadora se utilizó la breve escala de resiliencia: Evaluar la capacidad de recuperarse y por último la variable dependiente se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Los resultados obtenidos demuestran que la resiliencia como rol mediador es aceptable en relación al índice de Chi cuadrado ($\chi^2 / gl = 1.773$), el índice de ajuste comparativo (CFI= 0.927) se considera adecuado. Asimismo, valores en índices de bondad, RMSEA = 0.08, SRMR = 0.012, muestran ser aceptables; el índice de Tucker Lewis (TLI = 0.91) es adecuado. Para concluir se refiere que, a mayor nivel de estigma y mayor resiliencia, se evidenciaría un menor índice de malestar emocional en los pacientes de Parkinson.

Palabras clave: Parkinson, estigma, resiliencia, mediación.

ABSTRACT

The present research aimed to determine whether resilience plays a mediating role between stigma and emotional distress. The research design is non-experimental, cross-sectional, explanatory. The sample consisted of 140 Parkinson's patients from Metropolitan Lima, who accessed the survey through Google forms with the support of their caregivers. The instruments used were to measure the independent variable, the stigma scale for chronic diseases version of 8 items (SSCI), for the mediating variable the short resilience scale was used: Evaluate the ability to recover and finally the dependent variable was used the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The results obtained show that resilience as a mediating role is acceptable in relation to the Chi square index ($\chi^2 / gl = 1.773$), the comparative adjustment index (CFI = 0.927) is considered adequate. Likewise, values in goodness indices, RMSEA = 0.08, SRMR = 0.012, show to be acceptable; the Tucker Lewis index (TLI = 0.91) is adequate. To conclude, it is stated that, with a higher level of stigma and greater resilience, a lower index of emotional distress would be evidenced in Parkinson's patients.

Keywords: Parkinson's, stigma, resilience.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neurodegenerativas con el paso del tiempo van ganando mayor prevalencia en nuestra población, siendo uno de los más frecuentes Alzheimer, Parkinson y esclerosis múltiple, teniendo mayor incidencia en las personas de la tercera edad. (Garcés, 2016), de este modo el Parkinson es la segunda enfermedad con mayor estadística con relación al Alzheimer según la OMS (2007).

La Organización mundial de la salud (OMS, 2016) menciona que:

La enfermedad de Parkinson afecta a 1 de cada 100 personas mayores de 60 años. Actualmente existen 6.3 millones de personas con esta enfermedad en el mundo y la OMS prevé que para el 2030 llegaran a ser más de 12 millones. (Parr.1)

La Asociación Española de Enfermedad de Parkinson (EP en adelante) indica que los datos estadísticos sobre la EP tienen una incidencia y prevalencia similar a la de Europa, con la estimación actual se obtiene que debe haber en España al menos 300.000 pacientes con EP a la actualidad. A nivel nacional, los especialistas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN, 2018) indicaron que cada año aparecen unos 3000 nuevos casos de Parkinson, y cada vez son los jóvenes quienes la padecen; se estima que en nuestro país existen 30 mil personas con enfermedad de Parkinson, razón por la cual recomienda dicha institución realizar un chequeo neurológico para descartar dicha enfermedad, con mayor motivo si presenta síntomas como depresión, trastorno de sueño, dificultad de atención, y cambios en el estado del ánimo.

La EP presenta síntomas motores y no motores, así como movimientos involuntarios, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural y los no motores, alteración del sueño, deterioro cognitivo, angustia psicológica, ansiedad y depresión siendo los dos últimos mayormente alterados y que generan riesgo ante su vida (Yan, Yin, Auyeung, Tong & Lai, 2017) con respecto a los síntomas motores, es allí donde radica la vergüenza, el temor al exponer las características de la EP ante el mundo ya que no se pueden esconder y se hacen más notorios con el paso del tiempo (Ma, Saint, Thomas & Tickle, 2016).

Maggy, actriz principal de “Amor y otras drogas”, quien es una joven parkinsoniana participa en una conferencia de autoayuda y escucha una frase “El

Parkinson es una batalla permanente por intentar mantener un poco de dignidad en esta sociedad y para eso hay que intentarlo” (Merino, 2016, 3:25-3:50). Las respuestas que un parkinsoniano recibe de su sociedad como: Una Mirada fija ante los movimientos involuntarios, cuestionar la demora al entrar a un cajero o incluso evitar a estas personas por confundir con una adicción u otra enfermedad, estas alusiones son agresiones silenciosas que estigmatizan al enfermo de Parkinson.

Martigoni, Citterio y Zangaglia (2011) señaló que es necesario visibilizar la enfermedad para romper con los mitos puesto que existe un gran desconocimiento en la sociedad de lo que ocurre realmente cuando una persona padece de esta enfermedad y además tiene que llevar una carga emocional más, ante la dureza de la sociedad y en muchos casos genera malestar emocional. Por consiguiente, Dávila (2008) mencionó que el impacto social conlleva efectos psicológicos negativos como la ansiedad y depresión. Una encuesta de la Asociación Europea de la EP (2014) reflejó que los síntomas más frecuentes es la depresión con el 84%, que son los más frecuentes, así también, el 94% en trastornos motores, seguidos del 65% de trastornos cognitivos y el 40% de problemas del sueño. Tanto los especialistas como los pacientes consideran que ambos tipos de síntomas tienen un impacto negativo en la calidad de vida del paciente. Por tanto, es la resiliencia un recurso que proyecta resultados positivos en las personas y más en las que experimentan enfermedades crónicas, pobreza y baja calidad de vida (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels & Conway, 2009). Hay factores protectores tales como poseer nivel alto de estudios, autoestima equilibrada, apoyo social y expectativas de autoeficacia (Escobar et al., 2013; Yanguas, 2006). Las emociones positivas influyen de manera exitosa en la vida de estas personas estableciendo seguridad y bienestar siendo de vital importancia para afrontar la incapacidad progresiva.

En el Perú las investigaciones sobre la enfermedad de Parkinson son mínimas según las entidades de investigación (RENATI, 2020), existen 67 tesis con el título de la enfermedad de Parkinson que investigan la patología desde las ciencias médicas, sin embargo, no existen estudios que evalúen variables psicológicas y mucho menos estas 3 variables juntas como son estigma, resiliencia y malestar emocional, siendo la primera investigación que dará un gran aporte científico y social para los siguientes años. De acuerdo a lo manifestado se formula la siguiente pregunta ¿La resiliencia cumple un rol mediador entre estigma y

malestar emocional en los pacientes de Parkinson de un centro de apoyo de lima metropolitana? (Ver figura 1)

Por tanto, se justifica la investigación a nivel teórico ya que ha sido realizado bajo fines académicos y con la finalidad de promover a la reflexión del conocimiento expuesto y al contrastarse la teoría con los resultados ya que fundamentan la teoría. (Bernal,2010). En el ámbito social esta investigación va a favorecer a las personas que tienen Parkinson, cuidadores, sociedad en general y a los profesionales que trabajen con este tipo de pacientes. Por último, a nivel práctico esta investigación será un precedente para la forma como se debe abordar a estos pacientes con esta enfermedad crónica, proporcionado una solución viable, siendo de mayor utilidad para los psicólogos clínicos ya que se orientará a la revisión teórica sobre las variables, estigma, resiliencia y malestar emocional de acuerdo con los resultados mostrados (Bernal.2010).

Es así como el presente trabajo plantea las siguientes preguntas:

- ¿Cómo el estigma influye en la resiliencia de los pacientes de Parkinson de un centro de apoyo de Lima Metropolitana?
- ¿Cómo la resiliencia influye en el malestar emocional de los pacientes de Parkinson de un centro de apoyo de Lima Metropolitana?
- ¿De qué manera el estigma influye en el malestar emocional de los pacientes de Parkinson de Lima Metropolitana?

Por lo tanto, los objetivos específicos de esta investigación son:

- Demostrar que la resiliencia cumple un rol mediador en entre estigma y malestar emocional de los pacientes de Parkinson de un centro de apoyo de Lima Metropolitana.
- Explicar la relación entre el estigma y la resiliencia de los pacientes de Parkinson de un centro de apoyo de Lima Metropolitana;
- Estimar la influencia de la resiliencia en el malestar emocional de los pacientes de Parkinson de un centro de apoyo de Lima Metropolitana;
- Demostrar si el estigma influye en el malestar emocional de los pacientes de Parkinson de un centro de apoyo de Lima Metropolitana.

II. MARCO TEÓRICO

El desconocimiento de la enfermedad conlleva a que se actué inadecuadamente generando una carga mayor que desencadena un daño psicológico y solo si estos pacientes tienen el apoyo de sus familiares logran ser resilientes ante esta enfermedad que aún no se conoce la cura.

El estigma es un constructo social en donde se califica de una manera negativa a una persona, cosa o lugar y así como es comúnmente las connotaciones negativas a las enfermedades (Campo, Oviedo & Herozo, 2014) Así mismo estas conductas negativas son discriminantes y violan los derechos de la persona.

Campo, Oviedo & Herozo,2014 indicaron:

La experiencia del estigma y sus componentes cognitivos, emocionales y conductuales debe entenderse tanto desde la perspectiva de la personas o colectivos que imponen el estigma (perpetrador) como desde las personas o grupos que son blanco de la estigmatización (víctima). A esta experiencia en relación con la característica estigmatizada vivida por las víctimas en las interacciones con otras personas o instituciones, se la denomina estigma percibido, mientras que a la opinión negativa de la misma persona se la llama auto estigma o estigma internalizado o anticipado.

El malestar emocional es un conjunto de sensaciones negativas que surgen en cualquier contexto de la vida y que ponen en riesgo el bienestar de la persona, especialmente a las personas vulnerables, o que sufren de problemas psicológicos, ya que ellos están desprotegidos emocionalmente. Por otro lado, algunos de los síntomas que presentan son tristeza, sentimiento vacío, apatía, dolores de cabeza, pérdida de sueño, desfogue, irritabilidad (Berezón, Galván, Saavedra, Bernal, Mellor, y Tiburcio, 2014). El sufrimiento o padecimiento que siente la persona ante una situación inesperada es más complejo cuando se trata de una enfermedad en la cual es incurable que tiene que compartir toda su vida con ella (Salazar y Sempere, 2012). Figini (2017) mencionó la relación causal directamente proporcional entre el grado relativo de rechazo que manifiesta un pensamiento emergente y el grado relativo de malestar emocional que experimenta el ser humano., es decir, cuanto mayor es el grado de rechazo que expresa un pensamiento, mayor es el grado

equivalente de malestar emocional que genera, cuanto menor es el grado de rechazo que expresa un pensamiento, menor es el grado equivalente de malestar emocional que genera.

Cruzado (2010) Define el malestar, como aquel suceso emocional multifactorial de índole psicológico, cognitivo, emocional y comportamental, el cual puede interferir en el proceso de recuperación y otras posibilidades de tratamiento de una enfermedad. Es por ello que, señala los siguientes niveles de malestar emocional, que son, leve, moderado y severo. En el malestar emocional leve, se necesitará el acompañamiento de sus familiares para poder afrontar el problema, ya que es un nivel que recién está comenzado y que puede sobrellevarse de una manera manejable y así el individuo pueda adaptarse adecuadamente. En el malestar severo se requerirá mayor intervención, por lo que es una etapa más avanzada que influye en sus actividades diarias.

Viel, Mateo, Sánchez, Chaurand y Gonzales (2014) señalan que está en relación directa con el proceso de adaptación y afrontamiento ante una enfermedad crónica que desarrollan los enfermos ante la percepción de amenaza, relación entre capacidades personales, evolución durante la adaptación y el malestar emocional manifestado con distintas intensidades y factores.

En el apoyo emocional los pacientes con distintas enfermedades en lo que más se refleja es la ansiedad cuando se presenta algún acontecimiento de mucha importancia, sea negativa o no. Por otro lado, siguiendo el modelo de recursos de malestar emocional el individuo sufre cuando existe un desequilibrio entre lo que percibe como amenaza y las herramientas que tiene para enfrentar el problema y también dependerá del estado de ánimo en el que se encuentre; cuando la persona experimenta un daño psicosocial o físico lo percibe como una amenaza inminente para su existencia, y percibe en si mismo la poca seguridad y falta de recursos emocionales para afrontar adecuadamente y sobresalir con éxito del problema que lo perturbe (Salazar y Sempere, 2012). Asimismo, Salazar y Sempere (2012) determina que para una mejoría de este problema sería la detección a tiempo, y una intervención efectiva para solucionar el malestar emocional, así como también, el acompañamiento de la familia que serviría como apoyo en estos tipos de situaciones. Por lo que se recomienda que la detección del sufrimiento emocional, desde un aspecto psicoterapeuta, que este enfocada hacia al paciente tomando

con mayor relevancia las circunstancias relacionadas con el malestar emocional y la importancia de la participación del paciente en la búsqueda de soluciones.

Para Viel, Mateo, Sánchez, Chaurand y Gonzales (2014) mencionan que está directamente relacionado con el mecanismo de afrontamiento y el proceso de adaptación a la enfermedad avanzada que realizan los enfermos ante la percepción de una amenaza la relación entre recursos personales, evolución en el proceso de adaptación y el malestar emocional manifiesta con distintas intensidades y factores.

Por último, lo fundamental es aliviar y acompañar el sufrimiento de la persona causada por distintas enfermedades que aquejan y que interfieren en su vida cotidiana, no es necesario efectuar diagnóstico o tratamiento, pero sí centrar en lo último, ya que el médico puede fallar en el abordaje o prevención, incluso empeorar como consecuencia de la aplicación. El sufrimiento es experimentado por las personas, no simplemente por los cuerpos, y tiene origen en las múltiples amenazas de integridad, el sufrimiento puede incluir dolor físico, así también, ocurre cuando se percibe una amenaza de destrucción hacia la persona y aparece en cualquier momento de la vida en relación con su vida social, consigo misma o con su cuerpo, por tanto el alivio del sufrimiento es tan importante como el de la enfermedad de la ansiedad y depresión, que perjudica considerablemente, por ello es necesario encontrar el equilibrio de nuestras emociones y sentimientos (Salazar y Sempere, 2012). La depresión tiene una prevalencia de entre 1 y 5% (menor que la ansiedad) en aquellos que viven en la comunidad. Es de difícil diagnóstico como la ansiedad, tanto porque pueden presentar numerosos síntomas depresivos, pero sin cumplir los criterios diagnósticos requeridos para dicho trastorno (Yanguas, 2006)

Para poder realizar un concepto exacto de lo que es la ansiedad, es necesario saber distinguirla con el miedo, y como determinar cuál es la reacción normal frente a la anormal. Para Barlow (2002) el miedo representa una alerta primitiva en reacción a la presencia de peligro, que se caracteriza por ser intensa, así como una acción inmediata, por otro lado la ansiedad es la emoción que está dirigida hacia el futuro y se representa por las percepciones incontrolables e impredecibles que se dirigen hacia sucesos potencialmente adversos, requiriendo total atención hacia los acontecimientos peligrosos así también a la respuesta afectiva dirigida a dichos acontecimientos. Es así, que el miedo se vuelve en un

constructo fundamental y discreto mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva más general. Existen criterios que pueden ser usados para distinguir los estados anormales: la cognición disfuncional, que implica que el miedo y la ansiedad que se denominan anormales derivan de una exaltación falsa, en la que se encuentran valoraciones erróneas de peligro ante una realidad que no se manifiesta expresamente clara, la reacción de creencias irracionales ante un hecho desafiante y los procesos mentales errados se asocian a ello y que provoca un excesivo miedo que es poco racional ante la situación suscitada y que es reflejado en sus sentidos (Clarck y Beck, 2012).

Asimismo, el deterioro del funcionamiento explica que la ansiedad clínica llega a obstaculizar el proceso afectivo y adaptativo ante la percepción de un hecho amenazante, así también, en la vida cotidiana, en sus actividades laborales de la persona, en la capacidad de poder disfrutar la vida plena y satisfactoria. En tercer lugar, se encuentra la presencia de la ansiedad en los estados clínicos y puede el sujeto experimentar tal estado a diario y por muchos años, por tanto es la ansiedad puede persistir mucho más de lo esperado (Clarck y Beck, 2012). La presencia de una crisis de angustia intensa, sin existencia de amenaza o de la más mínima provocación, sugiere la presencia de un estado clínico (Clarck y Beck, 2012).

Por último, En el criterio de hipersensibilidad el miedo es producido por estímulos o hechos leves de baja intensidad que se consideran poco nocivos por los sujetos que no han sido amedrentados a diferencia de las personas que padecen un trastorno de ansiedad percibirán tales hechos como una amenaza que pondrá en riesgo su vitalidad (Clarck y Beck, 2012). Para Fernández, Extremera y Ramos (2003), existen dos tipos de depresión, la primera es llamada la depresión endógena, que se caracteriza por tener síntomas que incluyen la pérdida de interés en la comida y en el sexo, así como la aparición de los trastornos del sueño, este tipo de depresión es definida como un estado de depresión en el que la causa principiante son los factores biológicos y los situacionales del individuo.

A diferencia de la depresión endógena, la DT consiste en un estilo de proceso mental que está debilitado y está en riesgo como el estrés por tanto las personas que no se encuentren preparadas para responder de manera asertiva son vulnerables a las personas que a partir de los propios recursos positivos sobre sus

cogniciones son menos propenso a desarrollar síntomas depresivos (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner & Sandín,1997).

Resiliencia es un constructo que ha adquirido relevancia e interés en la comunidad científica se refiere al hecho que el individuo tiene la capacidad para afrontar dificultades o situaciones negativas y salir sin problemas, asimismo a la persona con su propio entorno. (Rua & Andreu,2011).

Por otro lado, la consciencia que tiene la persona sobre la construcción de procesos y acciones dinámicas para adaptarse ante una percepción negativa de la realidad y la habilidad de planificar su accionar ante tal acontecimiento adverso, está relacionado con la resiliencia (Saavedra-Guajardo, Duran, Escalera, Mora, Pacheco y Pérez (2018).

Muga y Rodríguez (2013) aseveraron que la resiliencia está compuesta por procesos que las comunidades y sus singulares, desarrollan ante una experiencia de índole negativa que puede ser traumática como la extrema pobreza, fallecimiento, carencias, ausencias emocionales de figuras de autoridad u otras situaciones de violencia. El resultado de estas experiencias traumáticas que viven estas personas es una metamorfosis.

Saavedra-Guajardo, et al. (2018) señalan las siguientes doce dimensiones posibles: Redes: Condiciones sociales y familiares que constituyen un apoyo para el sujeto. Sistema de apoyo y referencia cercana y disponible. Modelos: Personas y situaciones que sirven de guía al sujeto para enfrentar sus problemas. Experiencias anteriores que sirven de referente frente la resolución de problemas. Metas: objetos definidos acciones encaminadas hacia un fin, proyectarse al futuro. Afectividad: Auto reconocimiento de la vida emocional de la persona, valoración de lo emocional características personales tono su vida emocional. Autoeficacia: capacidad de poner límites, controlar los impulsos, responsabilizarse por los actos, manejo de estrés, terminar lo propuesto. Aprendizaje: Aprovechar la experiencia vivida, aprender de los errores, evaluar propio actuar y corregir la acción. Identidad: Autodefinición básica, auto concepto relativamente estable en el tiempo. Autonomía: sentimiento de competencia frente a los problemas, buena imagen de sí mismo, control interno. Satisfacción: Percepción de logro, autovaloración, adaptación efectiva a las condiciones ambientales, percepción de desarrollo Pragmatismo: sentido práctico para evaluar y enfrentar los problemas, orientación

hacia la acción. Vínculos: condiciones estructurales que sirven de base para la formación de la personalidad. Relaciones vinculares, apego. Generatividad: Capacidad de crear de respuestas alternativas frente a los problemas, construir respuestas, planificar la acción.

De acuerdo con los objetivos planteados se plantean las hipótesis:

Se espera que la resiliencia cumpla un rol mediador entre el estigma y el malestar emocional de los pacientes de Parkinson de un centro de apoyo de Lima Metropolitana.

El estigma explica a la resiliencia de los pacientes de Parkinson de un centro de apoyo de Lima Metropolitana.

Se espera que la resiliencia este asociado al malestar emocional de los pacientes de Parkinson de un centro de apoyo de Lima Metropolitana.

El estigma afecta al malestar emocional de los pacientes de Parkinson de un centro de apoyo de Lima Metropolitana.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación:

El estudio realizado es tipo explicativo, mediadora es por ello que determina la relación que existe entre las variables estudiadas, tal y como Ato, López y Benavente (2013) indicaron que este modelo de investigación su finalidad es conocer las relaciones entre las variables de estudios para poder explicar y predecir su conducta.

El diseño de investigación es no experimental de corte transversal ya que se analiza los fenómenos en el ambiente natural según como suceden para examinarlos y es transversal porque se integran los datos en un tiempo en específico (Hernández & Fernández, 2010).

Así mismo según lo evidenciado el enfoque es cuantitativo ya que utiliza métodos estadísticos para procesar la información y demostrar la coherencia de objetivos e hipótesis planteada. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

3.2 Variables y operacionalización:

Baron y Kenny (1986) señalaron que la variable mediadora debe cumplir con tres condicionantes (1) la variable exógena produzca efecto en la variable mediadora de manera significativa. (2) Tales alteraciones en la variable mediadora influyan de manera correlativa a la variable endógena. (3) la variable endógena y exógena conserven bajos índices de significancia. (4) el resultado obtenido de “c” sea poco significativo y el resultado de “a x b” sea un puntaje significativamente alto. Por tanto, en referencia a la última condición se determina efecto completo.

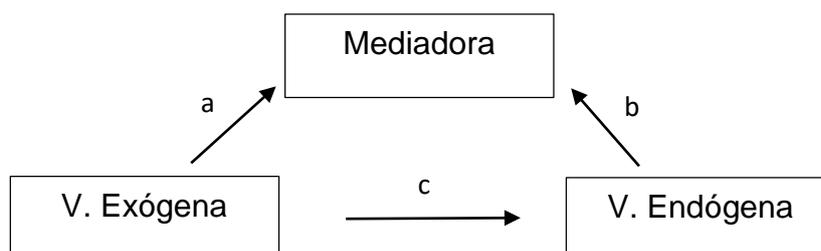


Figura 1: Variables según (Baron & Kenny, 1986)

Dónde:

V.E: Variable exógena (Estigma)

V.M: Variable mediadora (Resiliencia)

V.E: Variable endógena (Malestar emocional)

3.3 Población, muestra, muestreo, unidad de análisis:

Un conjunto de sujetos con características específicas o similares que cumple diferentes requerimientos evidentes a la propiedad del contenido, tiempo y lugar se denomina población. Por consiguiente, la población son los pacientes de Parkinson (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Conforme a los criterios de selección, existen tres criterios inclusión: (1) pacientes con Parkinson, (2) sin distinción de género, (3) disposición voluntaria y médica, así como dos criterios de exclusión: (1) pacientes no diagnosticados, (2) poca sinceridad frente a los instrumentos aplicados.

Valderrama (2002) indicó que la muestra es el subconjunto de elementos o sujetos con características propias como de la población del cual se recolectará los datos a través de los instrumentos propuestos. En relación a la teoría, la muestra corresponde a los 140 enfermos de Parkinson.

Hernández, Fernández y Baptista (2014) explicaron que para evidenciar el problema planteado en un análisis de estudio de tipo científico se procede a elegir un subgrupo de la población de interés para la recaudación de información y se empleó el muestreo no probabilístico intencional.

La unidad de análisis fue conformada por los enfermos de Parkinson de un centro de apoyo de Lima Metropolitana.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Existen diferentes técnicas para la recolección de datos, según el tipo y método de investigación, con la finalidad de explicar la conducta (Bernal, 2010) Es por ello que se utilizó escalas puesto que evalúan actitudes en un rango establecido, así como preguntas que miden el objetivo de la variable de estudio (Morales, 2011).

Para medir las variables, se utilizó tres escalas:

Escala de estigma para enfermedades crónicas versión corta (SSCI) de Yamile Molina, creada en el año 2012 en Estados Unidos, publicado en el idioma inglés, sin embargo, por derechos de autor se utilizó la adaptación de propiedades psicométricas de la misma escala, que fue adaptada por Whitney, S., Lin, Y., Shrina, P. y Lance, M.

El instrumento presenta dos dimensiones: estigma promulgado y autoestigma, consta de 8 ítems y las alternativas de respuesta es de tipo Likert.

La escala de estigma muestra un análisis factorial exploratorio, según los índices de bondad de ajuste es adecuado y aceptable.

En cuanto a la consistencia interna (véase tabla 4) de la prueba se encontró un alfa de Cronbach de 0.89 y en la presente investigación se halló un valor de 0.87 evidenciando ser un valor correcto (George y Mallery,2003).

La escala breve de resiliencia: evaluación de la capacidad de recuperarse versión corta de Smith, B.W, Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., Bernard, J., creada en el año 2008 en México, publicado en el idioma ingles y se obtuvo los permisos correspondientes del autor. Presenta solo una dimensión y consta de 6 ítems y las alternativas de respuesta son de tipo Likert.

La escala de resiliencia evidencia validez a través del método de Test Retest y las cargas variaron entre .68 a .91, se realizó 4 muestras para verificar la validez y confiabilidad, y los resultados obtenidos en cada muestra oscilan entre .84 y .91.

Así mismo en cuanto a la consistencia interna final (véase tabla 4) de la prueba se halló un valor de 0.728 evidenciando ser un valor adecuado (George y Mallery,2003).

La escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS) de Zigmond, A.S. y Snaith, R.P., fue creada en el año 1983 en Inglaterra y para la presente investigación se utiliza la adaptación realizada en el Perú, por estar adecuada a nuestro contexto social de Cecilia Patilla en una muestra de pacientes con cáncer de mama, el instrumento presenta 2 sub escalas o dimensiones, también consta de 14 ítems y las alternativas de respuesta es de tipo Likert y son específicas para cada ítem.

En cuanto a la validez se halló que se realizó evidencias de validez de contenido, alcanzando puntuaciones mayores a .80 por ítem, así también el análisis factorial exploratorio, χ^2 de 308,682, el grado de libertad (gl=91) y la significancia de 0,001. Por consiguiente la consistencia interna (véase tabla 4) de la prueba tiene un alfa de Cronbach de .873 y en el estudio se halló un valor de 0.728 evidenciando ser un valor bueno (George y Mallery,2003).

3.5 Procedimientos:

En la presente investigación en primera instancia se procedió a traducir las escalas en idioma inglés al español y habilitado para nuestro contexto, luego de ello se realizó la recolección de datos de manera virtual a través de formularios Google en el cual el paciente de Parkinson con ayuda de su cuidador accedió de manera

voluntaria a responder las preguntas de los instrumentos aplicados. Así mismo varios de los pacientes pertenecen a la Asociación Peruana de Lucha contra el Parkinson, es por ello que en noviembre del año 2019 se solicitó el permiso a la escuela profesional de psicología para la aplicación de pruebas psicológicas (anteriormente mencionadas), dirigido al presidente de la asociación.

Se procedió a contactarse con los pacientes de Parkinson y brindando constante atención y supervisión al momento de la resolución de las pruebas aplicadas.

3.6 Métodos de análisis de datos:

Al obtener los datos fueron digitados en una base de datos de hojas de cálculo del programa de Microsoft Excel donde fue consignado los puntajes obtenidos. Luego de ello se procesó los datos obtenidos en el programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS versión 25), para calcular los datos sociodemográficos, la consistencia interna de cada instrumento, verificar la evidencia de puntajes inversos. Así mismo se utilizó JAMOVI v 0.9 para calcular la estimación estandarizada de las regresiones (betas) y la estimación directa de las variables investigadas. Posteriormente se realizará las siguientes técnicas: Evidencia de validez de contenido y análisis factorial confirmatorio (AFC) .

3.7 Aspectos éticos:

La presente investigación cumple con los principios de ética y estándares de transparencia y originalidad. Para ello se solicitó a la Asociación Peruana de Lucha contra el Parkinson el cual fue aprobado exitosamente y respaldado bajo un documento legal que sustenta el mismo. Así mismo los miembros de la asociación quienes son los pacientes con la enfermedad de Parkinson están informados y deseosos de llevar a cabo esta investigación. En síntesis, a lo indicado dicha investigación se realiza en base a las normas de código de conducta de ética, establecido por American Psychological Association (APA) 2011.

Los datos obtenidos no serán manipulados con ningún fin malintencionado que pueda perjudicar a los sujetos evaluados. A diferencia de ello los resultados obtenidos nos permitirán que la investigación realizada sirva para futuras investigaciones.

IV. RESULTADOS:

En la Tabla 1, se evidencia el análisis confirmatorio como modelo de ecuaciones estructurales, verificando la bondad de los índices de ajuste, en el cual la proporción entre el χ^2 valor del (608.34) y el ($gl=343$) es mayor a 5 ($\chi^2/gl=1.773$) (Wheaton, Methern, Alwin y Summers.1977). Así mismo las puntuaciones de ajuste comparativo ($CFI = .927$) y ($TLI=.91$) son aceptables. Por último, la estimación de los ajustes de error como raíz residual estandarizada ($SRMR=.012$) y error cuadrático medio de regresión ($RMSEA=0.08$) son aceptables.

Tabla 1

Indicadores de ajuste estadístico de análisis factorial confirmatorio

M	χ^2	GL	χ^2/GL	P	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
Modelo	608.034	343	1.773	0	0.927	0.91	0.08	0.012

Nota: M= Modelo de investigación, χ^2 = Chi cuadrado, gl =grado de libertad, χ^2/gl = índice de Chi cuadrado relativo, p =significancia, CFI=índice de bondad de ajuste comparativo, TLI=índice de Taker Lewis, RMSEA=raíz cuadrada del error medio cuadrático, SRMR=raíz residual estandarizada cuadrática media.

En la tabla 2, se muestran los resultados de las hipótesis específicas, como primera hipótesis determinar si el estigma explica a la resiliencia, por lo cual los resultados mostraron un valor negativo ($B=-.35$) entre estigma y resiliencia considerado como no significativo $p<.029$ (Ato y Vallejo, 2015). Así mismo la segunda hipótesis consistió en conocer el nivel de asociación entre resiliencia y malestar emocional, donde los valores de estimación fueron negativos ($B=-.59$) teniendo una significancia $p<.0,007$. Y como última hipótesis específica el estigma afecta al malestar emocional, los resultados indicaron que tiene una estimación positiva de ($B=.54$) considerado como significativo $p<.0$. (Ato y Vallejo, 2015).

Tabla 2

Tamaño de efecto estandarizado entre las variables

Variables	E	B	P
Indirecto	0,159	0.2065	0,002
Directo	0,418	0.54	0

	Total		0,577	0.7465	0,001
Estigma	➡	Resiliencia	-0,169	-35	0,029
Resiliencia	➡	Malestar emocional	-0,941	-59	0,007
Estigma	➡	Malestar emocional	0,418	0.54	0

Nota: E=estimación, B=tamaño de efecto, P=significancia

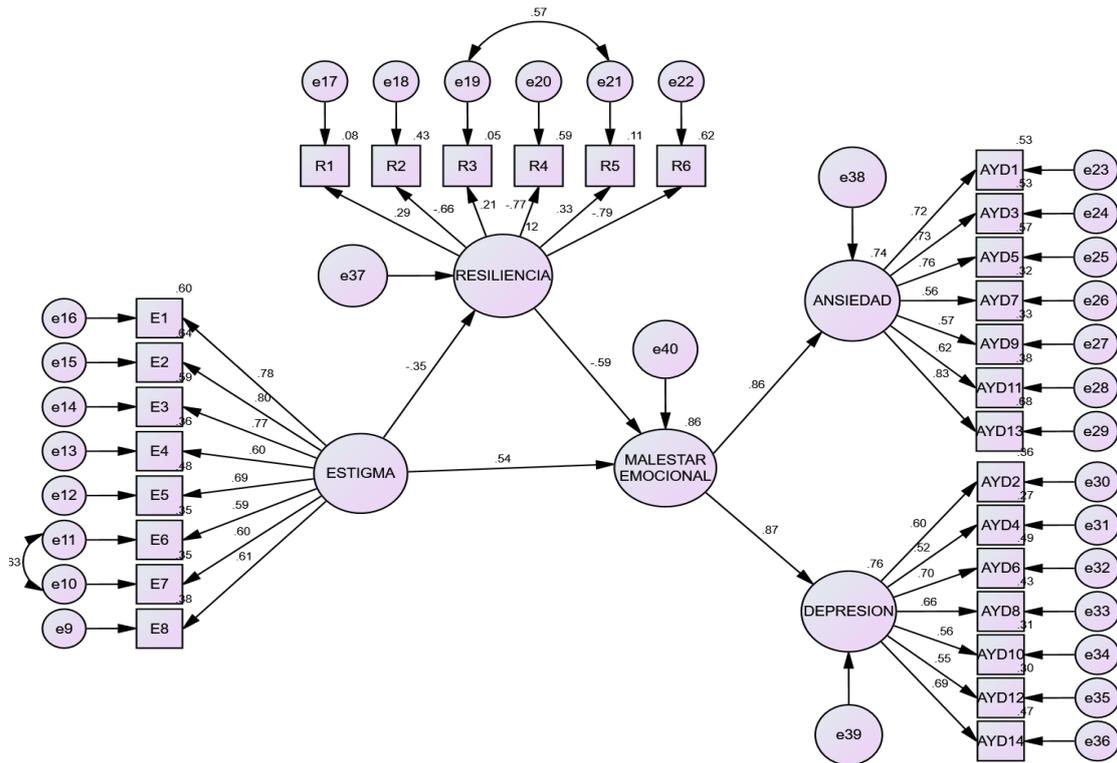


Figura 2: Modelo estructural de investigación

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tiene como hipótesis general determinar si la resiliencia cumple un rol mediador entre el estigma y el malestar emocional. Por consiguiente, se discutirá y realizará comparaciones de los resultados obtenidos y solo con estudios internacionales encontrados anteriormente ya que no existen evidencias nacionales referentes a las variables de estudio. Así mismo se contrastará con las teorías que fundamentan la investigación.

Los resultados del estudio mediacional fueron significativos ($p=0$) con respecto a las tres variables de estudio, en donde se cumplió el rol mediador entre el estigma y el malestar emocional a partir de los efectos indirectos del estigma en la resiliencia y la resiliencia sobre el malestar emocional, y de igual manera en el estigma y malestar emocional. Puesto que los efectos indirectos afectan en menos intensidad al malestar emocional, a diferencia del puntaje directo.

Por tanto, dicha situación se debe a que el componente psicológico resiliente permite el proceso de adaptación y afrontamiento incluso ante una enfermedad crónica considerada como una amenaza de calidad de vida, en la presente investigación específicamente durante la manifestación sintomática del Parkinson, siendo así un factor protector ante esta percepción negativa de la enfermedad y conlleve a un mejor control de este acontecimiento adverso. (Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher y Bernard, 2008).

Mientras que Goldemberg et al., (2020) reportó sus hallazgos de asociación del estigma y resiliencia en muestra transgénero. Con respecto al vínculo de la resiliencia y el malestar emocional Hjemdal et al., (2011) y Santos et al., (2013) utilizaron una muestra clínica de pacientes con diabetes, el otro estudio considerado de Li y Miller (2017) evaluó adultos mayores y el estudio Edraki y Rambod (2018) consideró en su estudio a padres con hijos insulino dependientes, siendo un gran aporte teórico-metodológico, el estudio mediacional mediante el análisis de ecuaciones estructurales de los efectos directos e indirectos del estigma en el malestar emocional considerando el rol mediador de la resiliencia psicológica.

Los resultados anteriores demuestran la significancia de los efectos en muestra de pacientes de Parkinson, lo cuales difieren a los resultados de Edraki & Rambod (2018) quienes encontraron que el componente del malestar emocional de

la ansiedad no se relaciona con la resiliencia a diferencia del componente de la depresión en adultos iraníes. Los resultados de esta investigación aportan los efectos indirectos de la resiliencia entre la relación del estigma y el malestar emocional en comparación con estudios previos, pues los estudios mencionados solo reflejan efectos de correlación y regresión y aun no se ha empleado una investigación explicativa de estas variables psicológicas en muestra clínica de pacientes con Parkinson.

Con respecto a los resultados del efecto del estigma en la resiliencia ($b=-.35$) se explican de manera inversa, ya que los resultados fueron poco significativos ($p=0.029$), es decir se demostró altos niveles de estigma que afecta y se evidencia poca resiliencia, similar al estudio de Goldenberg, Kahle y Stephenson (2020), quienes hallaron relaciones entre el estigma y la resiliencia en muestra americana. Dichos hallazgos presentan similitud debido a la postura de que la resiliencia es un componente que refuerza el afrontamiento positivo de los síntomas de la enfermedad mediante la autoaceptación y la autodeterminación que permite reducir el malestar psicológico o emocional y brindar el uso de recursos personales al ser consciente de las cogniciones autoestigmatizantes por su propia enfermedad, lo cual reduce el malestar emocional (Stringer et al., 2018).

El efecto de la resiliencia y el malestar psicológico es significativo con un efecto inverso ($b=-.59$) y una significativa relación ($p=0.007$), por lo que en esta muestra se evidencian bajos niveles de resiliencia y altos niveles de malestar emocional.

En concordancia con Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen y Stiles (2011) quienes presentaron un estudio de relaciones negativas entre la resiliencia y las dos dimensiones del malestar emocional: ansiedad-depresión en contexto noruego. Este resultado se ha demostrado también en el contexto australiano reportado en el estudio de Li y Miller (2017) y en el contexto sudamericano con los hallazgos de Santos, Bernardo, Gabbay, Dib, & Sigulem (2013) en muestra clínica adulta, evidenciando así los efectos negativos de los componentes del malestar emocional como la depresión y la resiliencia.

Por ejemplo, en la relación de estigma y el malestar emocional los resultados obtenidos son de ($b=.54$) y ($p= 0$) siendo estas variables exógena y endógena las que presentan una relación directa y significativa acorde a Kamen et al., (2015) utilizaron una muestra de pacientes de VIH.

Este resultado fue semejante a lo realizado por Yang et al., (2017) quienes encontraron resultados de asociación entre componentes de malestar emocional como la depresión y ansiedad en el estigma. Estos resultados son semejantes porque el estigma está relacionado con la soledad y el aislamiento social que tiende a predecir mayores síntomas depresivos lo cual se ve reforzado con el estado emocional de las personas que se sienten estigmatizadas (Kamen et al., 2015).

En la realización de la investigación se presentaron diferentes dificultades como son que la enfermedad tiene etapas u estadios, puesto que al inicio de la enfermedad se presentan diferentes polaridades como aceptación y negación, ya que los síntomas son menos visibles que al final o años de convivir con dicha enfermedad afectando a la percepción de las variables estigma y resiliencia, influyendo en los datos estadísticos, Por lo que los datos serian más específicos.

Finalmente, de acuerdo a los resultados obtenido del presente estudio se concluye que, si los enfermos de Parkinson tienen un soporte emocional que le permite afrontar de manera resiliente los efectos degenerativos de la propia enfermedad, esto mismo conllevara a un bienestar psicológico y a resultados diferentes.

VI. CONCLUSIONES

Al respecto a los resultados obtenidos, se concluye lo siguiente:

1. De acuerdo al objetivo general se concluye que, existe una mediación parcial, puesto que la resiliencia estaría cumpliendo el rol mediador entre el estigma y el malestar emocional, al demostrarse valores aceptables ($\chi^2/df=1.773$); (CFI=0.927); (RMSEA=0.08); (SRMR=0.012). De acuerdo a la muestra evaluada se comprende que existen altos niveles de estigma, dando lugar a niveles bajos de resiliencia y está a su vez generando altos niveles de malestar emocional.
2. En el primer objetivo específico se concluye que el estigma explica a la resiliencia de forma inversa ($\beta=-.35$) ($p=0.029$), dado que en esta muestra se evidencian altos niveles de estigmatización, que afecta de manera negativa. Es por ello que se determina bajos niveles de resiliencia en los enfermos de Parkinson.
3. El segundo objetivo específico se muestra que la resiliencia explica de forma inversa al Malestar emocional, obteniendo bajos niveles de resiliencia afectando en los pacientes de Parkinson con Malestar emocional ($\beta= -.59$) ($p=0.007$).
4. En el tercer objetivo específico se concluyó que el estigma explica al malestar emocional ($\beta=.54$) ($p=0$) al menos en esta muestra de estudio, ya que los enfermos de Parkinson son estigmatizados y afecta en una relación directa incrementando en el malestar emocional.

VII. RECOMENDACIONES

En conformidad a los hallazgos de la investigación, se recomienda lo siguiente:

1. A los futuros investigadores se les recomienda tomar en cuenta las variables de estudio y replicar en una muestra mayor, con el objetivo de contrastar y corroborar los hallazgos obtenidos.
2. A la comunidad científica precisar las etapas de una enfermedad para los posteriores estudios, ya que hay diferentes mecanismos de afronte al respecto de la estigmatización y el tiempo, con mayor énfasis en la enfermedad de Parkinson.
3. A los profesionales de la salud mental se recomienda realizar programas y talleres de resiliencia con dichos pacientes con la finalidad de proporcionar mecanismos de afronte, adaptación y aceptación de tal enfermedad.
4. Se recomienda realizar investigaciones de índole cualitativa, puesto que proporcionara mayor evidencia científica basada en casos específicos de tal enfermedad degenerativa.

VIII. REFERENCIAS

Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Mestaly, G.I., Joiner, T. & Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, (2), 211-222.

Asociación europea de enfermedad de Parkinson (2014). Encuesta Parkinson Observando la Calidad Asistencial. Federación Española de Parkinson.

Ato, M., Lopez, J. & Benavente, A. (2013). Un Sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038 -1059.

Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders, The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. The Guilford Press. New York.

Baron, R & Kenny, D. (1986) The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/281274059_The_moderator-mediator_variable_distinction_in_social_psychological_research_Conceptual_strategic_and_statistical_considerations

Berezon, S., Galvan, J., Saavedra, N., Bernal, P., Mellor-Crummey, L., & Tiburcio, M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de Mexico. Un estudio cualitativo. *Salud Mental*, 37 (4), 313 -319.

Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Pearson Educación: Colombia.

Blonder, L., & Slevin, J. (2011). Emotional dysfunction in Parkinson's disease. University of Kentucky. Lexington, USA. *Biomed Central*, 18(509), 1-13.

Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Toley, E., Christopher, P., Bernard, J., (2008). The Brief Resilience Scale: Assessment the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicina*, 15 (3), 194 – 200.

Campo-Arias, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Estigma: Barrera de acceso a servicios en salud mental [Stigma: A barrier to accessing mental health services]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>

Clarck, D. & Beck, A. (2012). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. New York, Estados Unidos: Descleé de Brouwer

Cohn, M., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9(3), 361–368.

Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: España.

Dávila, P. et al. (2008): La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas. Colección Estudios. Serie Dependencia, 12009. Madrid: Imsero.

Edraki, M., & Rambod, M. (2018). Psychological predictors of resilience in parents of insulin-dependent children and adolescents. *International journal of community based nursing and midwifery*, 6(3), 239. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6048006/>

Escobar, M. A., Botigué, T., Jürschik, P., Nuin, C. y Blanco, J. (2013). Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(2), 59-64.

Figini, J. (2017). *Teoría de los sistemas de decisión*. AuthorHouse.

Garcés. (2016). *Las enfermedades neurodegenerativas en España y su impacto económico y social*. España: Complutense.

García-Ramosa R, López-Valdés E, Ballesteros L, Jesús S, Mir P. Informe de la Fundación del Cerebro sobre el impacto social de la enfermedad de Parkinson en España. *Neurología* 2016; 31, 401-413.

George, D. y Mallery, P. (2003). *Spss for Windows step by step: A Simole Guide and Reference*. 11.0 Update (4.a ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Goldenberg, T., Kahle, E. M., & Stephenson, R. (2020). Stigma, Resilience, and Health Care Use Among Transgender and Other Gender Diverse Youth in the United States. *Transgender Health*. doi:10.1089/trgh.2019.0074.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.) México DF, México: Mc Graw-Hill/Interamericana Editores, S.A de C.V.

Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(4), 314-321.

http://www.academia.edu/download/42300979/The_relationship_between_resilience_and_20160207-28263-1bmq514.pdf

Instituto Nacional de ciencias Neurológicas (2018). Crece el número de casos de Parkinson en personas jóvenes. Oficina de comunicaciones. INCN. Recuperado de <http://www.incn.gob.pe/index.php/40-noticias-actuales/549-crece-numero-de-casos-de-parkinson-en-persona-jovenes>.

Kamen, C., Arganbright, J., Kienitz, E., Weller, M., Khaylis, A., Shenkman, T., ... & Gore-Felton, C. (2015). HIV-related stigma: implications for symptoms of anxiety and depression among Malawian women. *African Journal of AIDS Research*, 14(1), 67-73.

Lees, A., y Smith, E. (1983). Cognitive deficits in the early stages of Parkinson's disease. *Brain*, 106(2), 257-270.

Li, W. W., y Miller, D. J. (2017) The impact of coping and resilience on anxiety among older Australians. *Australian Journal of Psychology*, 69(4). 263-272. <http://dx.doi.org/10.1111/ajpy.12152>

Maffoni, M., Giardini, A., Pierobon, A., Ferrazzoli, D., & Frazzitta, G. (2017). Stigma experienced by Parkinson's Disease patients: A descriptive review of qualitative studies. *Parkinson's Disease* 2017, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2017/7203259>

Martigoni E, Citterio A, Zangaglia R, et al. How Parkinsonism influences life: the patients point of view. *Neurol Sci* 2011; 32:125-131

Merino, Alejandro. (Productor). (2016). *La lucha contra el Parkinson - Amor y otras drogas*. Disponible en <https://youtu.be/Fnu2eElfM7I>

Ma, H., Saint, M., Thomas, C & Tickle, L. (2016). Stigma as a key determinant of health-related quality of life in Parkinson's disease. *CrossMark*, 25, 3037-3045.

Molina Y, Choi SW, Cella DF, Rao D. The stigma scale for chronic illnesses 8-item version (SSCI-8): development, validation and use across neurological conditions. *Int J Behav Med*. 2013; 20:450–460.

Organización mundial de la salud (2007). Los trastornos neurológicos afectan a millones de personas en todo el mundo: Informe de la OMS. Recuperado el 08/03/2020 por <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr04/es/>

Organización mundial de la salud (2016). *La enfermedad de Parkinson afecta a millones de personas en todo el mundo: Informe de la OMS*. Recuperado el 30/04/2019 por <https://www.terapiaparkinson.com/testimonial-view/organizacion-mundial-de-la-salud-oms/>

Patilla, C. (2018). Adaptación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer de Mama. *Temática Psicológica*. 14(1), 69-75

Pérez, D. (2017). Influencia de la conciencia de estigma en la calidad de vida, autoestima, la ansiedad y depresión en personas con Parkinson. Universidad de Laguna: Tenerife

Renati. (2020). *Registro Nacional de trabajos de investigación*. Recuperado de <http://renati.sunedu.gob.pe/simple-search?query=parkinson>

Rua, M. (2011). Validación psicométrica de la escala de resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portugueses. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 11, 51-65.

Saavedra-Guajardo, E., Duran, C., Escalera, M., Mora, B., Pacheco, A. & Pérez, M. (2018). Discapacidad motora y Resiliencia en adultos. A.D. *Marenco-Escuderos. Estudios del desarrollo humano y socioambiental*, 236-252

Salazar, J., y Sempere, E. (2012). Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria. Generalitat: Valencia.

- Santos, F. R. M., Bernardo, V., Gabbay, M. A. L., Dib, S. A., & Sigulem, D. (2013). The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: a cross-sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 5(1), 55. doi:10.1186/1758-5996-5-55
- Seguro social de salud (2014). ESSALUD ofrece tratamiento integral para enfermedad de Parkinson a sus asegurados. Recuperado el 11/11/2018 por <http://www.essalud.gob.pe/essalud-ofrece-tratamiento-integral-para-enfermedad-de-parkinson-a-sus-asegurados/>
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., Bernard, J. The Brief Resilience Scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med*. 2008; 15:194–200.
- Sobreviela, M. (2015). *Validación del cuestionario de conductas impulsivas y compulsivas en la enfermedad de Parkinson (QUIP)* (Tesis doctoral, Universidad de Complutense, Madrid, España). Recuperada de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128642>
- Solís, M. & Araneda, J. (2017). Enfermedad de Parkinson y factores ambientales .Un estudio caso-control. *Revista chilena neuro-psiquiat*, 55(4), 239-246.
- Stringer, S. A., Williams, S. L., Ault, K. E., Juart, K. B., Stephens, J. M., Ridgley, L. M., & Satmare, G. A. (2018). A fulcrum of change: From self-stigma to resilience. *Stigma and Health*, 3(4), 315–324. <https://doi.org/10.1037/sah0000096>
- Valderrama, S. (2002). *Pasos para elaborar Proyectos de Investigación Científica Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. (2ª ed.) Lima, Perú: San Marcos.
- Viel, S., Mateo, D., Sanchez, C., Chaurand, A., y Gonzales, M. (2014). Guía de detección del malestar emocional en la atención paliativa integral. Obra social la Caixa. Barcelona: España.
- Whitney, S., Lin, Y., Shrira, P. y Lance, M. (2019) Measuring Stigma in Chronic Pain: Preliminary Investigation of Instrument Psychometrics, Correlates, and Magnitude of Change in a Prospective Cohort Attending Interdisciplinary Treatment. *The journal of Pain*. 20(10), 1164 – 1175.

Yan, J.Y., Yin, J.C., Auyeung, M., Tong, V.M. & Lai, H.Y. (2017) The effects of yoga versus stretching and resistance training on distress for people with mild-to-moderate Parkinson's disease: study protocol for a randomized controlled trial.

Yanguas, J.J. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid, IMSERSO, Colección Estudios: Serie Personas Mayores.

Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361– 370.

ANEXO 1

Cuadro de operacionalización de Estigma

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	
Estigma	Campo, Oviedo y Herozo (2014) indicaron: El estigma es un constructo social con una carga negativa a un lugar, persona o situación.	La escala de estigma para enfermedades crónicas versión de 8 ítems (SSCI) de Molina Y, Choi SW, Cella DF, Rao D (2013)	Estigma promulgado	1. Debido a mi enfermedad, algunas personas parecen incómodas conmigo	Totalmente de acuerdo = 5	
				2. Debido a mi enfermedad, algunas personas parecen evitarme		
				3. Debido a mi enfermedad, me siento excluido		
				4. Debido a mi enfermedad, las personas no son amables conmigo		
			Estigma internalizado	5. Debido a mi enfermedad, las personas evitan mirarme	Ni de acuerdo ni desacuerdo = 3	
				6. Me siento avergonzado(a) por mi enfermedad		
				7. Me siento avergonzado(a) por mis limitaciones físicas		En desacuerdo = 2
				8. Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener esta enfermedad		

Tabla 1*Cuadro de operacionalización de Estigma*

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Estigma	Campo, Oviedo y Herozo (2014) indicaron: El estigma es un constructo social con una carga negativa a un lugar, persona o situación.	La escala de estigma para enfermedades crónicas versión de 8 ítems (SSCI) de Molina Y, Choi SW, Cella DF, Rao D (2013)	Estigma promulgado	1. Debido a mi enfermedad, algunas personas parecen incómodas conmigo 2. Debido a mi enfermedad, algunas personas parecen evitarme 3. Debido a mi enfermedad, me siento excluido	Totalmente de acuerdo = 5 De acuerdo = 4
			Estigma internalizado	4. Debido a mi enfermedad, las personas no son amables conmigo 5. Debido a mi enfermedad, las personas evitan mirarme 6. Me siento avergonzado(a) por mi enfermedad 7. Me siento avergonzado(a) por mis limitaciones físicas 8. Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener esta enfermedad	Ni de acuerdo ni desacuerdo = 3 En desacuerdo = 2 Totalmente en desacuerdo = 1

ANEXO 2

Cuadro de operacionalización de Resiliencia

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Resiliencia	León (2015) sostuvo: "La resiliencia no debe ser entendida como la concurrida negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices: es más bien, la habilidad para seguir adelante a pesar de ello" (p. 31).	La breve escala de resiliencia: evaluar la capacidad de recuperarse (BRS) de Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. (2008)	Unidimensional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiendo a recuperarme rápidamente después de tiempos difíciles 2. Me cuesta mucho superar eventos estresantes 3. No tardo en recuperarme de un evento estresante 4. Me resulta difícil recuperar mi tranquilidad cuando algo malo sucede 5. Normalmente supero situaciones de dificultad con poco esfuerzo 6. Tiendo a tardar mucho tiempo en vencer los obstáculos de mi vida 	<p>Totalmente de acuerdo = 5</p> <p>De acuerdo = 4</p> <p>Ni de acuerdo ni desacuerdo = 3</p> <p>En desacuerdo = 2</p> <p>Totalmente en desacuerdo = 1</p>

ANEXO 3

Cuadro de operacionalización de Malestar Emocional

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Malestar emocional	Cruzado (2010) define el malestar emocional como una experiencia emocional multifactorial de naturaleza psicológica como cognitiva, conductual y emocional que puede obstaculizar en el proceso de mejoramiento de la enfermedad, así como el tratamiento.	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) de Sygnund y Snaith (1987)	Ansiedad	1.Me siento tenso o nervioso 3.Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder 5.Tengo la cabeza llena de preocupaciones 7.Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquilo(a) y relajadamente 9.Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos en el estómago"	Totalmente de acuerdo = 4
			Depresión	11.Me siento inquieto(a) como si no pudiera parar de moverme 13.De repente experimento sensaciones de gran angustia o temor 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba hacer 4.Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas 6. Me siento alegre 8.Me siento lento y torpe 10.He perdido el interés por mi aspecto personal 12. Tengo ilusión por las cosas 14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o programa de tv	De acuerdo = 3 En desacuerdo = 2 Totalmente en desacuerdo = 1

ANEXO 4

Estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas (n=140)

Variables sociodemográficas		f	%
Edad	25 - 54	45	32.1
	55 - 64	43	30.7
	65 a mas	52	37.1
Sexo	Femenino	76	54.3
	Masculino	64	45.7
Ocupación	Con trabajo	37	26.4
	Sin trabajo	85	60.7
	Trabajo eventual	18	12.9
Estado civil	Casado	92	65.7
	Conviviente	7	5.0 %
	Divorciado	14	10.0 %
	Soltero	18	12.9
	Viudo	9	6.4

Nota: F: frecuencias, %: porcentajes

ANEXO 5

Estadísticas de fiabilidad de las variables de estudio

	Alfa de Crombach	N de elementos
Estigma	0.87	6
Resiliencia	0.728	8
Malestar emocional	0.895	14