



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.32**

**TEMA
“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA, DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE
MEDICINA FAMILIAR”**

**QUE PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO
AARÓN RODRÍGUEZ CALVA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DR. NÉSTOR MEJÍA MIRANDA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS**

**LIC. MÁXIMO VENTURA JESÚS
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. WENDOLY VENECIA CARRILLO CRESPO
ESPECIALISTA EN MÉDICA FAMILIAR
ASESOR CLÍNICO**

**DR. ALEJANDRO AUGUSTO MAZA GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2010-2013**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL ICSa

DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA.LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICA TITULAR Y ASESORA EN METODOLOGIA DE LA
INVESTIGACIÓN

DR. ALEJANDRO AUGUSTO MAZA GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO

**POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 32**

DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN IMSS. HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN IMSS. HIDALGO

DR. JUAN JOSÉ CABAÑAS NAVARRO
DIRECTOR DE LA U.M.F. No.32
IMSS, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO

DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
U.M.F. No.32 IMSS, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO

DR. NÉSTOR MEJÍA MIRANDA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR DEL IMSS

LIC. MÁXIMO VENTURA JESÚS
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
ASESOR METODOLÓGICO

DRA. WENDOLY VENECIA CARRILLO CRESPO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLÍNICO

DEDICATORIA

A mi madre Aurelia Calva Vargas (†)

A mi Hermana Julieta Rodríguez Calva

A Mi hija Oyuki Rodríguez Hernández

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios

Al Dr. José Francisco Duarte Andrade por todo su apoyo en este proyecto.

Al Lic. Máximo Ventura Jesús, por su incondicional respaldo otorgado,

A la Dra. Wendoly Venecia Carrillo Crespo, por guiarme durante el camino recorrido.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| II.-Resumen..... | 5 |
| III.-Marco Teórico..... | 6 |
| IV.-Justificación..... | 18 |
| V.-Planeamiento del problema..... | 21 |
| VI.-Objetivos..... | 22 |
| VII.-Hipótesis..... | 23 |
| VIII.-Material y métodos..... | 24 |
| 8.1.- Tipo de Investigación | |
| 8.2.- Tipo de estudio | |
| 8.3.- Tipo de diseño | |
| 8.4.- Población | |
| 8.5.- Tamaño de la muestra | |
| 8.6.- Muestreo | |
| 8.7.- Lugar donde se realizó el estudio | |
| 8.8.- Criterios de selección | |
| 8.9.- Procesamiento de datos | |
| 8.10.- Aspectos estadísticos | |
| 8.11.- Tiempo en que se desarrolló el estudio | |
| 8.12.- Variables de estudio | |
| 8.13.- Instrumento de recolección de datos | |
| 8.14.- Procedimientos | |
| IX.-Aspectos éticos..... | 31 |
| X.-Recursos, financiamiento y factibilidad..... | 32 |
| XI.-Resultados..... | 34 |
| XII.-Conclusión..... | 43 |
| XIII.-Discusión..... | 44 |
| XIV.-Sugerencias..... | 45 |
| XV.-Referencias bibliográficas..... | 46 |
| XVI.-Cronograma de actividades..... | 49 |
| Anexos | |
| a. Carta de Consentimiento informado | 51 |
| b. Cuestionario QOLIE-10..... | 52 |

II.- RESUMEN:

Título: *Estrategias de afrontamiento ante la insuficiencia renal crónica, de pacientes atendidos en la consulta externa de medicina familiar.*

Antecedentes: Las enfermedades crónicas, son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Por ello, los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se ven enfrentados a múltiples estresores no solo fisiológicos sino también psicosociales que acarrear cambios potenciales en su estilo de vida, presentando incertidumbre acerca del futuro. Entre los factores psicosociales más insidiosos en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se encuentran con frecuencia: la ansiedad y depresión que influyen en la vida familiar, académica y/u ocupacional, causando dificultades que pueden aumentar los síntomas psicológicos.

Objetivo general: Conocer las estrategias de afrontamiento ante la insuficiencia renal crónica, de pacientes atendidos en la consulta externa de medicina familiar, del HGZMF No.1, IMSS, Hgo.

Material y métodos: Tipo de investigación: mixta, pues se utilizó en una primera fase el enfoque cualitativo y en segundo plano el cuantitativo para evaluar las estrategias de afrontamiento con base en el inventario de estrategias de afrontamiento. Tipo de estudio.- Descriptivo, exploratorio. Diseño metodológico.- Transversal, retrospectivo.

Universo de trabajo: 1520 Pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal continua ambulatoria, automatizada y hemodiálisis.

Tamaño de la muestra: 76 pacientes con Diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, en tratamiento con diálisis Peritoneal Automatizada, Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y hemodiálisis.

Análisis estadístico: Se obtuvieron Medidas de Tendencia Central como media, mediana y moda. De igual manera se obtuvieron Tablas de contingencia y personalizadas para la presentación de resultados. Para el apartado cualitativo no se utilizó la estadística, por lo que será de manera narrativa-descriptiva por el investigador.

Infraestructura: Se contó con un Hospital General de Zona con Medicina Familiar, que cuenta con 27 consultorios médicos en turno matutino y vespertino, 2 aulas y un auditorio con disponibilidad para aplicación del proyecto.

Experiencia del grupo: Dentro de éste proyecto, participó un asesor metodológico que es médico especialista en medicina familiar con experiencia clínica, un asesor metodológico con experiencia en investigación y un tesista que es residente del tercer año de medicina familiar, con experiencia clínica.

Tiempo a desarrollarse el estudio: El proyecto se aplicó durante 1 mes, posterior a la autorización del comité local de Investigación y ética en salud.

Resultados: La muestra del presente estudio estuvo conformada por 76 pacientes. Respecto a quien dializa al paciente y que técnica utilizan, los resultados fueron los siguientes, 21 de ellos afirmaron dializarse solos; 4 personas de ellas utilizan diálisis peritoneal continua ambulatoria, 15 diálisis peritoneal automatizada y 2 hemodiálisis; 29 de los pacientes, dijeron que quien se encarga de realizarles el procedimiento de diálisis es un familiar, 3 de ellos emplean diálisis peritoneal continua ambulatoria, 20 diálisis peritoneal automatizada y 6 hemodiálisis. Las estrategias de afrontamiento fueron variadas, vinculándose con las respuestas de su situación actual emocional.

Conclusión: El estudio demostró que los pacientes cuentan con capacidad para afrontar los problemas, dentro de las variables cualitativas y la descripción de su situación, permitió identificar la presencia de la familia como factor clave para la aceptación de la enfermedad y el tratamiento. Hay pacientes que aún tienen temores sobre todo hacia las complicaciones. Una de las fortalezas identificadas fue el apoyo social recibido, destacando el apoyo de la familia. Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, lograron una evitación de problemas dado el apoyo familiar recibido, siendo esta la principal estrategia de afrontamiento de manera positiva.

III.- MARCO TEÓRICO:

Las enfermedades crónicas, son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento (1). Por consiguiente la insuficiencia renal crónica (IRC) es un problema de salud pública creciente. En la mayoría de los países este incremento se presenta fundamentalmente en la población de edad avanzada, en más del 50% de los pacientes de edades superiores a 65 años (2). Ello provoca un incremento de la morbimortalidad con consecuencias sociosanitarias trascendentes sobre todo en pacientes que necesitan ser tratados con diálisis o trasplante, cuya evolución en muchos casos es incluso peor que el cáncer avanzado; la situación también es grave en los casos de aquellos que no llegan a la diálisis y presentan proteinuria o una disminución del filtrado glomerular, lo cual se asocia a una gran prevalencia de complicaciones cardiovasculares (3).

En los países desarrollados se vive un progresivo incremento en la incidencia y prevalencia de la IRC que requiere tratamiento sustitutivo renal. Las estadísticas mundiales reportan alrededor de 200 casos de falla renal aguda por millón de habitantes por año, siendo la necrosis tubular aguda con 45% la forma clínica más frecuente, seguida por la falla de tipo prerrenal 21%, la agudización de la falla renal crónica y la uropatía obstructiva con 13% y 10% respectivamente(4); este hecho está convirtiendo a la IRC en un problema de salud pública de primer orden dada la comorbilidad asociada y al costo económico que suponen las terapias sustitutivas(5). Las causas que explican este incremento son fundamentalmente el progresivo envejecimiento de la población y la elevada prevalencia de patologías como la hipertensión arterial y la diabetes (6), En el último reporte publicado por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades en Atlanta, se reporta que en Estados Unidos de América (EUA), la IRC afecta 10% de la población. Ello significa que en Estados Unidos, más de 20 millones mayores de 20 años de edad tienen IRC y este padecimiento es más común entre mujeres que hombres, por lo que, más del 35% de la población es diabética en ese país (7).

Además el 20% de la población de EUA, con hipertensión de 20 años de evolución tienen IRC y cerca de 11,000 pacientes, son tratados por algún tratamiento sustitutivo. La Asociación Americana de Diabetes, refiere que la diabetes, es la principal causa de IRC con 44% de nuevos casos a nivel mundial en 2008. Así mismo, reporta que para el mismo año. Un total de 202, 290 pacientes con IRC secundaria a diabetes vivían con diálisis crónica o un riñón trasplantado en Estados Unidos (8). En México, la realidad no dista de las cifras de EUA. Méndez Durán refiere que no existe un registro real de la tasa de pacientes con dicho padecimiento en México, pero que una incidencia estimada de pacientes con IRC es de 377 casos por millón, con una prevalencia de 1.142, con 52,000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el Instituto Mexicano del Seguro Social proporciona atención al 62,2% de los mexicanos, el Seguro Popular 15,1%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%(9).

3.1.-Insuficiencia Renal Crónica

Las ampliamente adoptadas guías de práctica clínica K-DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) de la National Kidney Foundation (NKF), y confirmadas recientemente por una iniciativa internacional llamada K-DIGO (Kidney Disease Initiative Global Outcomes), definen a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), de un modo resumido, como la presencia de un filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² o la presencia de daño renal, durante 3 meses o más. El daño renal, a su vez, se define por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, con o sin descenso del FG, que puedan producir un deterioro de la función renal, e incluye alteraciones histológicas u otras más simples, como un sedimento patológico, la presencia de microalbuminuria o proteinuria, o anomalías en exploraciones de imagen (10,11).

Las guías Canadienses en su publicación por la Canadian Medical Association Journal (CMAJ) de 2008, menciona y define a la IRC, como la presencia de daño renal por un periodo mayor a los 3 meses. Un estimado de TFG menor a 60 mls/min/1.73 es considerado anormal para adultos. Una tasa mayor de 60 ml/min 1.73 m² es considerada anormal si es acompañada por anomalías de sedimento urinario o resultados de imagen, o en su caso si el paciente ha tenido biopsia con anomalías documentadas. En el update en su más reciente actualización 2012 hace mención, que la presencia de daño renal crónico (es detectada a través de la excreción de albumina urinaria de 30 mg/día o más) o en su caso la disminución de la función renal (definido como la tasa de filtrado glomerular menor a 60 ml/min/1.73 m²) por 3 meses o más, independientemente de la causa de falla renal. Considerando a este autor la definición más conveniente por su facilidad de uso y aplicabilidad (12).

3.1.1.-Etiopatogenia:

Es multivariada, se considera que la glomerulonefritis represente un 33% de causa, las uropatía obstructiva-pielonefritis el 25%, hipoplasia/displasia renal 16% y trastornos trombóticos vasculares el 5% (13).

Los factores de riesgo para IRC se definen como atributos asociados con el riesgo aumentado de desarrollar complicaciones. Las directrices de K/DOQI se centran primariamente en la identificación de la susceptibilidad y de los factores desencadenantes para detectar a los pacientes con riesgo aumentado de desarrollar IRC, y en los factores de progresión para definir a los pacientes con alto riesgo de empeorar el daño renal con la subsiguiente pérdida de la función renal. Debido a la mayor edad de los pacientes cuando comienzan a desarrollar diferentes nefropatías, la lenta declinación de la función renal y la alta tasa de mortalidad debido a Enfermedad Cerebrovascular, la mayoría de los pacientes con IRC no desarrollan insuficiencia renal Aguda. Sin embargo, la Tasa de Filtración Glomerular disminuida, se asocia con una amplia gama de complicaciones, tales como hipertensión arterial, anemia, desnutrición, enfermedad ósea, neuropatía y calidad de vida disminuida (14).

El listado de las causas potenciales de IRC, es casi equivalente al de las enfermedades renales. La frecuencia de los procesos causantes presenta notables diferencias geográficas y cronológicas. Es importante considerar que los cambios en el perfil etiológico de la IRC, se inscriben en un contexto mundial de incremento de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y envejecimiento de la población, al menos en los países desarrollados. Pero también en los países subdesarrollados se asiste un incremento epidémico de la obesidad y la IRC, debidas a nefropatía diabética y causas vasculares. En éstos países, los profundos cambios sociosanitarios (sedentarismo, adopción global de pautas dietéticas) asociados a posibles factores genéticos (como la mayor predisposición a nefroangioesclerosis) son aún más evidentes como factores de riesgo actuales (15).

3.1.2.-Cuadro clínico:

Los primeros síntomas de la enfermedad renal crónica pueden llevar años para llamar la atención, lo mismo ocurre con el síndrome urémica, típico terminal de IRC, que muestra la gran capacidad de adaptación de los riñones, que permiten que el ser humano se mantenga vivo con sólo el 10% de la capacidad renal(16) En las primeras etapas de IRC cuando ya hay manifestaciones clínicas, se detecta astenia, anorexia, pérdida de peso, prurito, hipertensión arterial, poliuria, oliguria, edema, fatiga, anorexia, náuseas, vómito, palidez, disnea, xerosis, miopatía proximal, dismenorrea, amenorrea, atrofia testicular impotencia, déficit cognitivo, déficit de atención y somnolencia(17).

3.1.3.-Métodos diagnósticos:

Un aspecto importante en la evaluación del paciente con enfermedad renal es conocer la duración la enfermedad, de tal forma que conociendo ésta, el diagnóstico diferencial puede limitarse con frecuencia. Habitualmente, cuando la elevación de productos nitrogenados o bien las alteraciones en los parámetros urinarios se desarrollan en el plazo de horas o días estaremos ante un proceso agudo; si la evidencia de enfermedad renal se extiende a varias semanas representa un proceso rápidamente progresivo (subagudo) y, por último, cuando es conocido desde meses o años llevará un curso crónico, pero que puede asociarse con exacerbaciones agudas (18). La base diagnóstica se fundamenta en una exhaustiva historia clínica donde se recojan antecedentes personales y familiares, síntomas clínicos, parámetros analíticos y pruebas de imagen.

1. Antecedentes personales y familiares: factores de riesgo cardiovascular, uso de drogas, exposición a elementos tóxicos, así como malformaciones o enfermedades hereditarias.

2. Síntomas clínicos: previamente descritos. Destacar que en numerosas ocasiones la ausencia de síntomas o clínica inespecífica puede estar presentes, sin olvidar que la clínica urémica se manifiesta en fases muy avanzadas.

3. Parámetros analíticos: es frecuente observar las siguientes alteraciones Hematología y metabolismo:

- Anemia: normocítica, normocrómica (déficit de eritropoyetina). En ocasiones patrón microcítico (relación con sangrado o intoxicación por aluminio) o macrocítico (relacionado con déficit de ácido fólico o vitamina. B12).
- Tiempo de hemorragia: alargado (toxinas urémicas).
- Lípidos: Tg y LDL con de HDL (alteración del catabolismo).
- Hidratos de carbono: intolerancia a la glucosa con glucemia normal.

Productos del metabolismo proteico: aumentan con la disminución de la función renal.

- Creatinina: niveles en relación directa con masa muscular. Es preciso una reducción del 20-30% del FG para que se incremente su valor.
- Urea: influenciado por múltiples factores, como el aporte de proteínas en la dieta, la deshidratación, fármacos diuréticos y corticoides, no siendo considerada como cifra única, parámetro idóneo que traduzca el FG.
- Ácido úrico: puede reflejar exclusivamente una alteración del metabolismo de las purinas.

4.-Iones:

- Sodio y potasio: cifras normales hasta fases avanzadas. Hipo e hipernatremia en situaciones de sobrecarga y depleción de volumen. Hiperpotasemia en fases avanzadas (salvo en nefropatía diabética y nefropatía intersticial crónica).
- Calcio: normal o bajo en relación al hiperparatiroidismo secundario.
- Fósforo: hiperfosforemia con IRC moderada severa. Depósito de fosfato cálcico favorecido por hiperPTH.
- Magnesio: hipermagnesemia ligera.
- Acidosis metabólica: mal manejo de bicarbonato e incapacidad renal para excretar aniones orgánicos (19).

5.-Técnicas de imagen:

Trascendentales al aportar información complementaria.

- Ecografía: considerada como la prueba de elección, permite visualizar ecogenicidad, tamaño, asimetrías, posición, estado del sistema y diferenciación cortico-medular.
- Rx simple de abdomen: traduce tamaño, alteraciones groseras del contorno y calcificaciones.
- Urografía intravenosa: aparte del tamaño y la situación, valora la vía excretora.
- TAC: visualización del retroperitoneo y aproximación diagnóstica de masas.

- RMN: alteraciones vasculares.
- Arteriografía renal selectiva: sospecha de estenosis de arteria o infarto renal. Ocasionalmente utilizado como método terapéutico (stent y dilataciones).
- Biopsia renal: indicado cuando el resultado justifique tanto el pronóstico como el tratamiento.

— Factores reversibles: en todo diagnóstico es vital determinar situaciones que puedan acelerar la progresión de la IRC y cuyo tratamiento resuelva dicho estado (20)

3.1.4.-Alternativas de tratamiento:

Una vez el diagnóstico de la IRC, se deben establecer medidas para disminuir la velocidad de la progresión de la misma, las cuales están unidas a sus causas, por lo tanto variarán de un paciente a otro. Sin embargo, hay algunas que pueden considerarse de una manera general para todos los pacientes. Estas son:

1. Control estricto de líquidos de la hipertensión arterial.
2. Restricción proteica
3. Disminuir el desarrollo de osteodistrofia renal
4. Atenuar el estado anémico
5. Control de la hiperlipidemia
6. Prevenir y corregir los trastornos hidroelectrolíticos.
7. Evitar medicamentos u otras sustancias neurotóxicas.

Podría dividirse en 2 etapas el manejo de los enfermos con IRC. La primera fase correspondería al manejo entre el inicio de la enfermedad y la fase final.

Los pacientes con IRC deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico. Entre los tratamientos de sustitución renal están el trasplante de riñón y la diálisis (peritoneal y hemodiálisis), los cuales deben acompañarse de una dieta estricta, toma de medicamentos y restricción de líquidos. En el primer caso existe la posibilidad de que el órgano trasplantado sea rechazado, por lo que el paciente debe tomar fármacos inmunosupresores. La diálisis peritoneal, es un tratamiento ambulatorio que se lleva a cabo mediante el intercambio de solutos y agua que fluye por los capilares y el líquido de diálisis que se encuentra en la cavidad peritoneal y la hemodiálisis que se realiza a través de una máquina que filtra la sangre del paciente para extraer los desechos urémicos de la insuficiencia renal crónica terminal, en este último caso, el paciente debe asistir al menos tres veces por semana a la unidad renal y permanecer allí de tres a cuatro horas por sesión. Por otra parte, el tratamiento debe acompañarse de una estricta dieta alimenticia, para controlar los

niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio, restricciones en la ingesta de líquidos y toma de medicamentos (21).

3.2.-Complicaciones agudas de la insuficiencia renal crónica.

El paciente con IRC puede presentar complicaciones por su enfermedad de base o bien, secundarias a la técnica de depuración artificial empleada, dentro de las que destacan las siguientes:

1. Hiponatremia
2. Hipercalcemia
3. Acidosis metabólica
4. Alteraciones cardiovasculares
5. Hipertensión arterial/crisis hipertensiva
6. Cardiopatía isquémica
7. Insuficiencia cardiaca
8. Arritmias
9. Pericarditis
10. Infecciones
11. Bacteriemia
12. Infecciones del acceso vascular
13. Infección urinaria
14. Infecciones respiratorias
15. Peritonitis en diálisis peritoneal
16. Complicaciones gastrointestinales
17. Neuropatía periférica
18. Complicaciones hematológicas
19. Trastornos del calcio y fosfato
20. Complicaciones durante la hemodiálisis (22).

Las complicaciones derivadas del tratamiento sustitutivo de la función renal y de la propia enfermedad se van agravando con el tiempo, percibiendo estas personas una forma de vivir significativamente más limitada con respecto a la vida normal de los

otros. Esto implica cambios de vida importantes a nivel físico, psicológico y social para el paciente y su familia

3.2.1 Alteraciones emocionales y conductuales del paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

Por lo anteriormente descrito, los pacientes con IRC, se ven enfrentados a múltiples estresores no solo fisiológicos sino también psicosociales que acarrearán cambios potenciales en su estilo de vida, presentando incertidumbre acerca del futuro. Entre los factores psicosociales más insidiosos en pacientes con IRC se encuentran con frecuencia: la ansiedad y depresión que influyen en la vida familiar, académica y/u ocupacional, causando dificultades que pueden aumentar los síntomas psicológicos. La ansiedad es más elevada cuando se tienen más años de vida y durante los primeros meses de hemodiálisis, mientras que la depresión ha sido mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad avanzada.

Otras reacciones emocionales de los pacientes con IRC en tratamiento son la ira/hostilidad, dirigidas hacia el personal asistencial y el régimen terapéutico, como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento. Los factores individuales como el sexo, la forma de vida, los hábitos higiénico-dietéticos, las creencias y prácticas religiosas/espirituales, la situación económica y familiar y la habilidad personal en el enfoque de la enfermedad causan cambios en el abordaje del desarrollo de dichas patologías y en las modalidades de tratamiento(23).

3.3.-Impacto de la enfermedad crónica:

La enfermedad crónica genera en el paciente y su cuidador incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo. Según Ponce y Cols., 2007, entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está: a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiéndose que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico, y b) la familia como recurso; conviene destacar que 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, destacando el papel de esta familia como cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

Las formas en que los cuidadores afrontan o gestionan las demandas de cuidado dependen de lo estresante de la situación y de la etapa de la enfermedad en que se encuentra el receptor de cuidado. Hay una tendencia coherente en los cuidadores a centrar la energía y esfuerzo a hacer frente a los impactos o efectos negativos más que en la solución de problemas y en la búsqueda de beneficios para su salud mental y física. Ante esto, los investigadores han sugerido que el apoyo social reduce las consecuencias negativas de los acontecimientos estresantes que se producen en el cuidado de enfermos crónicos (24).

Resultados de investigación con enfermedades crónicas consideran que estos beneficios en la población afectada operan como factores de protección. Se ha encontrado que éste protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al enfermo y su cuidador para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento

3.4.-Estrategias de afrontamiento:

Durante los últimos años ha ido creciendo el interés sobre las distintas formas de cómo las personas hacen frente a las situaciones difíciles y estresantes que van encontrando en sus vidas. Este creciente interés se ha visto reflejado en una considerable cantidad de investigación que sobre el tema ha ido apareciendo en los últimos años. En la mayoría de casos, las investigaciones sobre las formas de afrontamiento ha tenido como punto de partida la teoría desarrollada por Lazarus y Folkman (1984).

Ambos autores, definieron al afrontamiento, como los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales que exceden los recursos de la persona. Lo describieron como un proceso relacionado con los significados que la persona construye sobre la situación demandante, y afirmaron que los estilos y estrategias de afrontamiento no son constructivos o destructivos en sus consecuencias. Sus costos y beneficios dependen de la persona, su momento y el contexto en que surge la situación estresante

En cuanto a las formas de afrontamiento que suelen utilizar las personas, los investigadores aceptan que, al menos, existen tres amplias estrategias diferentes de afrontamiento:

Afrontamiento focalizado al problema, que hace referencia a los esfuerzos dirigidos a modificar las demandas o eventos ambientales causantes del estrés, intentando resolver el problema o, al menos que disminuya su impacto. **Afrontamiento focalizado a las emociones**, que implica realizar esfuerzos para reducir o eliminar los sentimientos negativos originados por la situación estresante.

Afrontamiento de evitación que implica evitar el problema no pensando en él o distrayéndose con otras actividades o conductas.

Aunque los dos primeros tipos de afrontamiento son fácilmente distinguibles, ambos pueden ponerse en práctica de forma conjunta. Aunque a menudo se cree que las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son más efectivas que las dirigidas a las emociones, la evidencia es bastante compleja. Tradicionalmente se vienen tratado en psicología, por una parte, la vida emocional y por otra, las competencias. Y, en todo caso, se ve a las primeras, en la mayor parte de los casos, como cortapisas o barrera para el desarrollo de las segundas (25). El afrontamiento, viene a ser una manera de manejar las emociones que son promovidas o generadas por los estresores o, dicho de manera más precisa, por las formas de percibir y pensar los estresores. En la medida en

que se trata de «manejo de» situaciones se podría interpretar como un elemento competencial que formaría parte del aparato de competencias humanas (26).

Las estrategias de afrontamiento pueden repercutir, como se ha señalado, sobre el bienestar psicológico. El bienestar Psicológico es considerado un constructo que no tiene marco teórico claro, relacionándolo con el grado que un individuo juzga su vida como un todo en términos favorables y satisfactorios y asociándolo con estados de humores positivos, alta autoestima y baja sintomatología depresiva (27).

Por otro lado, en los últimos 50 años se han venido realizando un sinnúmero de investigaciones donde se ha estudiado la relevancia de las creencias y el afrontamiento espiritual-religioso tanto a nivel de la salud física como mental. Estos dos constructos han sido estudiados especialmente en enfermedades crónicas como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, diabetes, insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide, fibromialgia, esclerosis múltiple, dolor lumbar y crónico, migraña, VIH/Sida, enfermedad coronaria, infarto al miocardio, hipertensión, colón irritable, cánceres de pulmón, próstata, mama, colon rectal y cuello. Igualmente hay algunos estudios que hacen referencia a las creencias y al afrontamiento espiritual-religioso como variables que promueven la Calidad de vida relacionada a la salud en diferentes tipos de enfermedades crónicas como: cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide, esclerosis, VIH/Sida, leucemia, epilepsia. Por consiguiente, a la par con los estudios de calidad de vida y afrontamiento espiritual religioso, particularmente en los últimos 10 años, se evidencia a nivel de la literatura investigaciones sobre percepción de enfermedad (28).

Afrontando el tratamiento sustitutivo.

El proceso de afrontamiento es complejo, multidimensional y dinámico, por lo que hay que tener en cuenta que las estrategias son cambiantes en el tiempo y sensibles tanto a las características personales como a factores externos o del entorno. Las estrategias de afrontamiento que intervienen en el proceso de vivir en diálisis han sido poco estudiadas y han sido señaladas como áreas de interés de estudio. Un conocimiento de cuáles son las estrategias que se asocian a una mejor percepción de la calidad de vida, así como su evolución en tiempo permitirá conocer mejor el proceso de vivir en diálisis, comprender las conductas y adecuar intervenciones profesionales más eficaces. Por todo esto, interesa conocer si a lo largo del tiempo estas personas modifican sus estrategias para afrontar la diálisis, cambiando de estrategias menos adaptativas a más adaptativas y su evolución en la percepción de calidad de vida (29).

Por ende, el diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente el autoconcepto y la adaptación dependerá de una multiplicidad de factores, como la edad, el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los autoesquemas, los estilos de afrontamiento, el equilibrio o control emocional, etc. Igualmente, éstas aparecen, se mantienen o se agravan en función de las conductas individuales ; por lo tanto, es fundamental evaluar el concepto de estilos de

afrontamiento para entender las estrategias que pone en acción o en marcha una persona cuando se enfrenta a una enfermedad como lo es la Insuficiencia Renal Crónica(29,30).

El tema del afrontamiento es de gran importancia dentro del campo de la salud y de la medicina familiar. Con él están relacionadas múltiples categorías y procesos asociados a la estabilidad psíquica y al modo de vida de individuos y grupos, es expresión del papel activo del ser humano ante los desafíos de la vida cotidiana, y se ha constatado que puede mediatizar los efectos adversos del estrés sobre la salud, incluso sobre la competencia inmunológica del individuo (31).

3.5.-Medición de las estrategias de afrontamiento:

No existen demasiados instrumentos desarrollados evaluar estrategias de afrontamiento. Podemos citar la adaptación de la Escala de Modos de Afrontamiento, el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Actuales, el Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes y la adaptación del Centro de Educación de Psicología Educativa de España.

Para esta investigación, se utilizará el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI). Este inventario de 40 ítems, hecho por Cano y cols. (2007), tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias. La persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita. Al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento. Las ocho escalas primarias son las siguientes: 1) Resolución de problemas (estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce), 2) Reestructuración cognitiva (estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante), 3) Apoyo social (estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional), 4) Expresión emocional (estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés), 5) Evitación de problemas (estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante), 6) Pensamiento desiderativo (estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante), 7) Retirada social (estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante) y 8) Autocrítica (estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo) (32).

3.6.-Estudios relacionados:

En evidencias científicas relacionadas al presente estudio, se identificó que Shu-Chuan CJ, en 2007, realizó un estudio denominado Estrategias de Afrontamiento y factores de estrés en pacientes con hemodiálisis. Utilizó la Escala estresante hemodiálisis y la Escala de Afrontamiento entrevistó a 2 642 pacientes (edad media = 57 años; 53,5% mujeres) que recibieron de alta definición. La Escala estresante Hemodiálisis mide el nivel de estrés relacionado con factores de estrés subescalas: la actividad diaria, la

condición física, la dependencia del personal médico, la restricción de líquidos y alimentos, la ambigüedad de rol, los problemas de los vasos sanguíneos y el funcionamiento del sistema reproductivo. La Escala de Afrontamiento Jalowiec identifica el uso de las siguientes estrategias de afrontamiento: orientado a los problemas, la emoción orientada a la búsqueda de apoyo, prevención y pensamientos aislados. Los datos fueron analizados usando un modelo lineal jerárquico. En sus resultados, encontró que los datos se asocian positivamente con el uso de pensamientos y emociones orientadas a la evitación y aislados como los estilos de afrontamiento y negativamente relacionado con la búsqueda de apoyo de los profesionales. Concluyó que las estrategias de afrontamiento más utilizadas en sus pacientes fueron emoción orientada a la evitación, pensamientos y aisladas. La elección de la estrategia de afrontamiento depende de los tipos de estrés (33).

En otro estudio, Sierra LCA, estudio estrategias de afrontamiento en pacientes con Insuficiencia Renal en fase dialítica, el objetivo de esta investigación consistió en identificar las estrategias de afrontamiento asumidas por pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. El enfoque elegido fue el cuantitativo, bajo el paradigma empírico analítico, con un tipo de diseño descriptivo. La muestra fue de 10 pacientes, con edades comprendidas entre 20 y 60 años, en tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal de la Clínica de la Costa de Barranquilla, que fueron seleccionados en forma intencional y participaron voluntariamente. Se utilizó el cuestionario estandarizado en Colombia de afrontamiento al estrés de Sandin & Chorot. De acuerdo con los resultados, el estilo de afrontamiento más común en esta muestra es el centrado en el problema con sus tres dimensiones: centrada en el problema (80% de la población), reevaluación positiva, con un 80%, y búsqueda de apoyo (60%). Ello indica que este grupo de pacientes asume un papel activo y sigue unos pasos concretos, lo que lo hace responder de manera adecuada a los cambios, demandas y tratamiento impuestos por la enfermedad. Le sigue la religión como estilo de afrontamiento, con un 60% alto en las puntuaciones. La religión, perteneciente a la dimensión de evitación y escape, indica que esta muestra percibe una interferencia importante de su condición de salud sobre su función física y, consecuentemente, acude a sus creencias religiosas como una vía de alivio que mejorará la situación (34).

Contreras F, Espinoza JC, Esguerra GA. Investigaron sobre calidad de vida, auto eficiencia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, cuyo propósito consistió en identificar variables psicológicas que median el comportamiento de adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Se realizaron diferentes modelos de regresión logística para predecir la adhesión en pacientes con IRC, de acuerdo con diferentes criterios. Se utilizó un cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE), es una escala de 42 ítems desarrollada y validada por Sandín y Chorot. En cuanto a la adhesión al tratamiento, fue evaluado a través de varios indicadores bioquímicos y clínicos, los cuáles fueron registrados en una ficha diseñada

para tal fin. Los resultados tienen implicaciones en la estrategia de intervención para la conducta de adhesión al tratamiento propuesto por la psicología (35).

Ruíz BAF, en 2008, realizó otro estudio sobre vivir en diálisis: estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Su objetivo fue conocer la influencia de las estrategias de afrontamiento en la calidad y satisfacción con la vida en los pacientes sometidos a tratamiento de diálisis. Fue un estudio transversal observacional con una muestra formada por 93 personas en tratamiento en hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria en tres unidades de nefrología de 3 hospitales, edad < 70 años. Se aplicaron los cuestionarios de estrategias de afrontamiento, calidad de vida (SF36) y satisfacción con la vida. Los análisis estadísticos se ajustaron por edad y sexo. Resultados: se incluyeron 93 pacientes con media de edad 53,67 años, 61 seguían tratamiento mediante hemodiálisis y 32 mediante Diálisis peritoneal. Las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas fueron: búsqueda de información y resolución de problemas, reestructuración cognitiva y expresión regulada de emociones. El componente de salud mental se asoció significativamente en sentido negativo con huida/evitación, rumiación, aislamiento social, descarga emocional y oposición/confrontación. La satisfacción con la vida se asoció significativamente en sentido positivo con búsqueda de apoyo social y reestructuración cognitiva y en sentido negativo con huida/evitación y desesperación/abandono (36).

IV.- JUSTIFICACIÓN:

4.1.-Metodológica:

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), es un instrumento que presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias, en donde la persona comienza por describir detalladamente la situación estresante y posteriormente, el sujeto contesta a 40 ítems, según una escala tipo Likert de cinco puntos, con qué frecuencia hizo en la situación descrita, lo que expresa cada ítem. Este cuestionario ha sido utilizado en otro tipo de enfermedades crónicas para conocer como las personas enfrentan la enfermedad vistas desde el afrontamiento. Para su aplicación se considerará previamente el consentimiento informado.

4.2.-Teórica:

El proceso de afrontamiento en personas con Insuficiencia renal es complejo, multidimensional y dinámico, por lo que se debe tener en cuenta que las estrategias son cambiantes, sensibles y dependen tanto de las características personales como de factores externos o del entorno. Estas estrategias han sido poco estudiadas y no han sido señaladas como áreas de interés de estudio. Hasta el momento se desconocen los motivos para tal indiferencia, a pesar de reconocerse que constituyen un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina psicológica, pues se identifican como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes, como lo son las enfermedades crónicas relacionadas con este sistema.

4.3.-Práctica:

En términos generales, el concepto de afrontamiento hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente a este problema; es decir, para tratar tanto las demandas externas o internas generadas por el proceso patológico. En ésta investigación se pretende identificar las estrategias de afrontamiento que el paciente que vive con Insuficiencia Renal Crónica adoptadas ante el tratamiento, los resultados que se obtengan, serán útiles para una valoración médica más integral ,así mismo podrán utilizarse como referente para la toma de decisiones.

4.4.-Aspectos metodológicos:

4.4.1.-Pertinencia:

Este estudio es pertinente, pues en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, se atienden enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, y el instrumento a utilizar será de fácil aplicación sin generar grandes costos.

4.4.2.-Magnitud:

En lo que respecta al panorama epidemiológico mundial de la situación de la IRC, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que en el mundo hay aproximadamente 150 millones de personas con diabetes las cuales si no reciben un cuidado estricto de su padecimiento serán las que estarán llenando las Unidades Nefrológicas, que en el momento actual ya están resultando insuficientes para la atención de los pacientes diabéticos con enfermedad renal. Los datos compilados por la OMS, muestran la existencia aproximada de 150 millones de personas a nivel mundial con diabetes, predicen que este dato puede ser doblado a más de 300 millones

para el 2025(37). En México, la realidad no dista del resto del planeta. En un estudio presentado por Méndez Duran en la Revista Nefrología y Diálisis en España a través de Elsevier en 2010, titulado la “Epidemiología de la Insuficiencia Renal en México” hace mención a que no existe un registro real de la tasa de pacientes con dicho padecimiento, pero que una incidencia estimada de pacientes con IRC es de 377 casos por millón con una prevalencia de 1,142. 52,000 pacientes en terapias sustitutivas de los cuales 80% son atendidos en instituciones públicas (IMSS). Para el caso del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, se tiene un total de 1520 pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica que se encuentran en el programa de diálisis peritoneal y hemodiálisis.

4.4.3.-Trascendencia:

Las enfermedades crónicas, representan una gran tarea para los sistemas de salud, por ello la IRC es un padecimiento que requiere constante evidencia científica, pues la atención hacia este padecimiento debe tener un enfoque integral, incluida la manera en como el paciente hace frente a su adversidad (IRC).

4.4.4.-Relevancia:

La manera en como el paciente enfrenta el diagnóstico y el tratamiento de la IRC, es sin duda el cambio más drástico en su vida, por ello el estudio de estas variables cobra relevancia al tener día a día nuevos casos de este padecimiento y que en gran medida, no son atendidas ni detectadas sus necesidades emocionales como lo es en las físicas.

4.4.5.-Factibilidad:

Esta investigación es factible, ya que en el HGZMF No.1 se tiene una población de 1520 pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento con diálisis peritoneal y hemodiálisis, a quienes se les podrá aplicar el instrumento de recolección de datos. De igual manera se cuenta con consultorios de medicina familiar en donde reciben seguimiento estos pacientes.

4.4.6.-Político:

Las tendencias actuales del Sistema Mexicano de Salud, persiguen la adopción de conductas de autocuidado que favorezcan la prevención de complicaciones en personas ya enfermas, por ello, la esfera emocional en pacientes con enfermedades crónicas, se ubica como pieza clave en el desarrollo de programas de atención en salud, como lo es para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.4.7.-Administrativo:

De acuerdo a los lineamientos administrativos institucionales, se justifica éste estudio, ya que cumple con criterios organizacionales de la instituciones como lo son turnos y horarios, así como se apegará a la normatividad administrativa institucional con la coordinación directa con los jefes de servicio de la consulta externa de Medicina Familiar.

4.4.8.-Aspectos éticos:

El presente estudio, no afecta física, mental ni emocionalmente a los participantes, y para su aplicación, se firmará con anticipación el consentimiento informado.

4.4.9.-Viabilidad:

El estudio es viable, pues la principal causa de demanda de atención en el HGZMF No.1 son las enfermedades crónicas, donde se incluye la Insuficiencia Renal Aguda y

Crónica. A estos pacientes se les otorgan atención para su control en los consultorios de Medicina Familiar en turnos matutino y vespertino, en donde podrán ser abordados para la ejecución de ésta investigación.

4.4.10.-Interesante:

El estudio de las estrategias de afrontamiento que los individuos adoptan ante la insuficiencia renal crónica es de gran interés, ya que permite al personal sanitario, conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, lo cual incluye valores, creencias y percepciones; este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de la vida por la que esté atravesando el usuario.

4.4.11.-Novedoso:

Son pocas las evidencias científicas a nivel mundial que han estudiado las estrategias de afrontamiento en pacientes con Insuficiencia Renal. Para el caso del HGZM No. 1, no se encontró algún estudio relacionado, lo que representa un campo amplio para investigación en esta esfera.

V.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La IRC es un síndrome con manifestaciones clínicas variadas que afecta a la mayor parte de órganos y sistemas, lo cual refleja la complejidad de las funciones que desempeña el riñón en condiciones fisiológicas y las severas consecuencias de la disfunción renal. Para mantener a un paciente en estas condiciones con vida debe someterse a tratamientos de sustitución renal no curativos, los cuales son invasivos y demandantes. Ello implica un alto costo físico, psicosocial y económico para aquél y su familia. Entre los tratamientos de sustitución renal, se encuentra el trasplante de riñón, la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, que en ambos casos deben acompañarse de una dieta estricta, para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio; además de restricciones en la ingesta de líquidos y toma de medicamentos diarios, para suplir las sustancias que el organismo ha dejado de producir y para controlar efectos de la IRC o de la enfermedad que la causó. El paciente se ve sometido a un severo deterioro físico; suele presentar insomnio, fatiga, pérdida de la movilidad, cansancio, palidez y edema; debido a la falta de eliminación de desechos. Esta situación, pone de manifiesto, la manera en como hacen frente al cambio de estilos de vida, utilizando estrategias para equilibrar su estado físico, mental y social. Por lo anterior, surge la pregunta:

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento ante la insuficiencia renal crónica, de pacientes atendidos en la consulta externa de medicina familiar, del HGZMF No.1, IMSS, Hgo?

VI.- OBJETIVOS:

6.1.-General:

- Evaluar las estrategias de afrontamiento ante la insuficiencia renal crónica, de pacientes atendidos en la consulta externa de medicina familiar, del HGZMF No.1, IMSS, Hgo.

6.2.-Específicos:

- Conocer aspectos sociodemográficos de los pacientes.
- Describir los cambios emocionales que enfrentó el paciente ante el diagnóstico de insuficiencia renal crónica.
- Describir los cambios emocionales, familiares y de su entorno al iniciar tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria, Diálisis peritoneal automatizada o hemodiálisis.
- Diferenciar las estrategias de afrontamiento de paciente con tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria, automatizada y de pacientes sometidos a hemodiálisis.
- Describir la postura del paciente ante la enfermedad desde la resiliencia.
- Evaluar el estado emocional de los pacientes antes y después de la enfermedad y el tratamiento.

VII.- HIPÓTESIS

7.1.-Alterna:

Las estrategias de afrontamiento ante la insuficiencia renal crónica, de pacientes atendidos en la consulta externa de medicina familiar, son de resolución de problemas, expresión emocional y de reestructuración cognitiva.

7.2.-Hipótesis nula:

Las estrategias de afrontamiento ante la insuficiencia renal crónica, de pacientes atendidos en la consulta externa de medicina familiar, son evitación de problemas y retirada social.

VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS:

8.1.-Tipo de investigación: mixta, pues se utilizó en una primera fase el enfoque cualitativo y en segundo plano el cuantitativo para evaluar las estrategias de afrontamiento con base en el inventario de estrategias de afrontamiento.

8.2.- Tipo de estudio.- Descriptivo, exploratorio.

8.3.- Diseño metodológico.- Transversal, retrospectivo.

8.4.- Universo de trabajo: 1520 Pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal continua ambulatoria, automatizada y hemodiálisis.

8.5.- Tamaño de la muestra.- La muestra estuvo conformada por 76 pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, que se encontraban en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria, automatizada o hemodiálisis, atendidos en la consulta externa de medicina familiar.

8.6.-Muestreo: De tipo probabilístico, bajo la siguiente fórmula para población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N = 1520

Z α = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (5%)

Por lo tanto:

$$n = \frac{(1520 \times 1.96^2) (0.05 \times 0.95)}{0.05^2 (1520 - 1) + 1.96^2 (0.05 \times 0.95)}$$

$$n = \frac{(1520 \times 3.8416) (0.0475)}{0.0025 (1519) + 3.8416 (0.0475)}$$

$$n = \frac{(5839.23) (0.0475)}{3.7975 + 0.182476}$$

$$n = \frac{277.36}{3.9799}$$

$$n = 69 + 10\%$$

$$n = 76$$

8.7.- Lugar donde se realizó el estudio:

Se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 de Pachuca Hidalgo, siendo este un Hospital de segundo nivel, que proporciona atención de Medicina Familiar.

8.8.- Criterios de selección

De inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica.
- Pacientes con tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal continua ambulatoria, diálisis peritoneal automatizada o hemodiálisis.
- Que estuvieran adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1.
- Que hubieran recibido atención médica por medicina familiar.
- Sexo: Indistinto.
- Edad: de 18 a 60 años de edad.
- Que supieran leer y escribir.
- Que aceptaran participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

De exclusión:

- Pacientes de otras unidades médicas.
- Pacientes con Insuficiencia Renal Aguda
- Pacientes con problemas mentales.
- Pacientes Hospitalizados
- Pacientes que no cubrieran el rango de edad.
- Pacientes que a pesar de responder el cuestionario, no firmaran consentimiento informado.

De eliminación:

- Pacientes que respondieron de manera incompleta el cuestionario.

8.9.- Instrumento de recolección de datos

Se utilizó el Inventario de Estrategias de afrontamiento, que consta de 40 ítems, hecho por Cano y cols. (2007), el cual tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias. La persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que

define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita. Al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento. Las ocho escalas primarias son las siguientes: 1) Resolución de problemas (estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce), 2) Reestructuración cognitiva (estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante), 3) Apoyo social (estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional), 4) Expresión emocional (estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés), 5) Evitación de problemas (estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante), 6) Pensamiento desiderativo (estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante), 7) Retirada social (estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante) y 8) Autocrítica (estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo).

Para evaluar la fiabilidad de los factores, se obtuvieron las alphas de Cronbach para cada uno de los rubros, que fluctuaron entre 0.63 a .89, y el promedio de .78125 alpha de Cronbach.

8.10.- Descripción general del estudio

1. Se sometió el protocolo a evaluación por el comité local de investigación y ética en salud del HGZMF No.1.
2. Una vez aprobado el proyecto, se acudió a las áreas de consulta externa de medicina familiar y se hizo difusión del proyecto.
3. Durante 30 días se acudió a la consulta externa, para la obtención de la muestra con la aplicación del instrumento, en donde se explicó detalladamente a cada uno de los pacientes en qué consistiría el estudio.
4. A los pacientes que aceptaron participar, se les solicitó firmaran el consentimiento informado.
5. Para la aplicación del instrumento, se solicitó a las autoridades de enseñanza del HGZMF No.1, un aula para abordar a los pacientes y poder aplicar el instrumento de recolección de datos.
6. Se integró una base de datos a través del programa estadístico SPSS versión 19.
7. Se realizó el análisis de resultados en coordinación con el asesor clínico y metodológico.
8. Se integró conclusiones, discusiones y sugerencias.
9. Se integró la tesis y se presentará para su revisión.

8.11.- Procesamiento de datos

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS, versión 19, así como en el programa Excel.

8.12.- Análisis estadístico:

Se obtuvieron Medidas de Tendencia Central como media, mediana y moda. De igual manera se obtuvieron Tablas de contingencia y personalizadas para la presentación de resultados.

Para el apartado cualitativo no se utilizó la estadística, por lo que será de manera narrativa-descriptiva por el investigador.

8.13.- Variables de estudio

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de medición | Indicadores | Dimensiones |
|-------------------------------------|---|---|---------------------------|--------------------|---|---|
| Estrategias de afrontamiento | Son los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales que exceden los recursos de la persona | Proceso relacionado con los significados que la persona construye sobre una situación demandante. Los estilos y estrategias de afrontamiento no son constructivos o destructivos en sus consecuencias | Dependiente, cuantitativa | Nominal | Ítem 1, 9, 17,25 y 33. Ítem 2,10,18,26 y 34 Ítem 3, 11, 19,27 y 35. Ítem 4,12,20,28 y 36 Ítem 5, 13, 21, 29 y 37 Ítem 6, 14, 22, 30 y 38 Ítem 7, 15, 23, 31 y 39 Ítem 8, 16, 24, 32 y 40 | Resolución de problemas Autocritica Expresión emocional Pensamiento desiderativo Apoyo social Reestructuración cognitiva. Evitación de problemas Retirada social |

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de medición | Indicadores | Dimensiones |
|-----------------------------|--|--|----------------------------|--------------------|--|-------------|
| Insuficiencia Renal Crónica | Es una enfermedad irreversible de ambos riñones en la que el organismo pierde la capacidad de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre. | Proceso patológico que se caracteriza por generar grandes cambios intrínsecos y extrínsecos en la persona que la padece, demandando así estrategias para su afrontamiento. | Cualitativa, independiente | Ordinal | Daño renal † ≥ 90 con FG normal | Estadío I |
| | | | | | Daño renal † con FG 60-89 ligeramente disminuido | Estadío II |
| | | | | | FG moderadamente 30-59 disminuido | Estadío III |
| | | | | | FG gravemente disminuido 15-29 | Estadío IV |
| | | | | | Falla renal | Estadío V |

Variables sociodemográficas:

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de medición | Indicadores |
|----------|--|----------------------------------|------------------|--------------------|---|
| Edad | Número de años cumplidos por el individuo al momento de aplicar el instrumento | Tiempo de vida expresado en años | Cuantitativa | De razón | <ul style="list-style-type: none"> 18 a 60 años. |

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo variable de | Escala de medición | Indicadores |
|--------------|---|---|------------------|--------------------|--|
| Sexo | Condición biológica determinada por la presencia de caracteres sexuales secundarios | Diferencia un individuo de otro por sus características sexuales. | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Mujer • Hombre |
| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo variable de | Escala de medición | Indicadores |
| Escolaridad | Formación académica de un individuo. | Nivel de Instrucción académica según condiciones sociales | Cualitativa | Ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Medio superior • Superior |
| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo variable de | Escala de medición | Indicadores |
| Estado civil | Situación de las personas físicas, determinada por relaciones de familia. | Determina la relación social de un ente. | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Viudo • Unión libre |

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo variable de | Escala de medición | Indicadores |
|---------------------|--|---|------------------|--------------------|--|
| Diálisis peritoneal | Es un método de depuración sanguínea extrarrenal de solutos y toxinas. | Técnica por la cual se infunde una solución de composición y osmolaridad controlada en la cavidad peritoneal, se deja un tiempo de permanencia y posteriormente se drena. | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Diálisis peritoneal Automatizada • Diálisis peritoneal continua Ambulatoria. • Hemodiálisis. |

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo variable | Escala de medición | Indicadores |
|-----------------------------|---|--|----------------------|---------------------------|--|
| Hemodiálisis | Técnica de depuración sanguínea extracorpórea, que se utiliza en la insuficiencia renal aguda o crónica terminal. | Procedimiento que suple las siguientes funciones renales: excreción de solutos, eliminación del líquido retenido y regulación del equilibrio ácido-base y electrolítico. | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Fístula arterio-venosa interna • Fístula arterio-venosa externa • Catéter subclavio (Mahurkar) |
| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo variable | Escala de medición | Indicadores |
| Actividad | Acciones que realiza un individuo de acuerdo a sus condiciones personales | Capacidad del paciente para desarrollar alguna función con base a sus fortalezas, asociándolas con la enfermedad. | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Ejercicio • Trabajo • Deporte • Hogar |
| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo variable | Escala de medición | Indicadores |
| Aceptación del padecimiento | Capacidad de un individuo de aceptar un proceso patológico tomándolo como una adversidad | Condición en la que el paciente asimila su padecimiento. | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |

IX.- ASPECTOS DE ETICOS:

En base a la Declaración de Helsinki de 1975, Finlandia en 1964, de la Asociación Médica Mundial, Leyes y Códigos de México, Ley General de Salud, Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, se respetará el anonimato de las participantes. Esta investigación se hará bajo el consentimiento informado del paciente sobre los riesgos y beneficios del estudio y podrán negarse a contestar la encuesta.

De acuerdo a los objetivos planteados en este proyecto, no se afecta la integridad física, emocional ni sentimental de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, sin embargo; según los lineamientos éticos no se encuestará a ningún paciente sin tener el consentimiento informado, por lo que previo a la participación de cada uno, se explicará con detalle la participación para dejar a consideración del paciente su participación. La cuál consistirá únicamente en responder a un cuestionario.

X.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

10.1.-Humanos:

- 1 médico Residente de Medicina Familiar.
- 1 Asesor metodológico.
- 1 Asesor clínico.
- 2 Encuestadores

10.2.-Materiales:

- Hojas de papel bond
- Lápices
- Lapiceros
- Impresiones
- Pizarrón
- Aula con butacas.
- Computadora

10.3.-Financieros:

Los recursos financieros serán cubiertos por el investigador.

XI.- ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

Este protocolo es de tipo descriptivo, no es experimental, por ende, no se manipulará ninguna variable de tipo biológico y no son pertinentes los aspectos de bioseguridad y únicamente se basará en las consideraciones éticas, legales y el consentimiento informado. Su evaluación será por el comité local de investigación IMSS y no por el comité nacional.

XII.- RESULTADOS

Descripción de su situación personal de los pacientes.

Análisis cualitativo:

En este apartado de enfoque cualitativo, los pacientes describieron aspectos positivos, destacando:

Mi familia me apoya y eso me ha ayudado a salir adelante.
Mi familia es muy unida y me ayudaron a aceptar la enfermedad.
Me siento tranquilo ya he aceptado la enfermedad.
Me siento bien y hago las actividades que hacía antes
Seguiré luchando

Por otra parte, dentro de los factores estresantes, los pacientes respondieron:

Me siento triste porque he dejado de hacer las cosas que hacía antes.
Estoy asustado porque retengo líquidos
Sentí miedo cuando me dijeron que tenía que dializarme
Sentí un golpe muy fuerte cuando me dijeron que tenía insuficiencia renal
Me sentí muy mal cuando inicié porque tuve náuseas, me deprimí pero con el apoyo de mi familia salí adelante.
Me deprimí cuando presente peritonitis
El momento más crítico de mi vida fue cuando me enteré de mi enfermedad y cuando me operan y me realizan mi primera diálisis ya que me sentí muy triste.
Sentí miedo porque mi esposa falleció de esa enfermedad
Lo que más me cuesta es aceptar la enfermedad.
Le tengo miedo a la hemodiálisis
Es muy difícil esta enfermedad
Lo que más me cuesta es aceptar la instalación del catéter

Análisis cuantitativo:

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 76 pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1 a consecuencia de insuficiencia renal crónica que se encuentran con tratamiento sustitutivo de diálisis; el **Cuadro 1**, describe la edad y sexo de los pacientes entrevistados, 15 de ellos se encontraron en el rango de edad de entre 18 y 26 años, de los cuales 2 fueron mujeres y 13 hombres; en el rango de 27 a 35 años, se encontraron 13 personas, de las cuales 6 pertenecieron al sexo femenino y 7 al masculino; entre 36 a 44 años, 8 personas fueron registradas, 4 de sexo femenino y 4 de sexo masculino; en el rango de edad de 45 a 53 años, 12 fueron los pacientes, quienes se distribuyeron 6 y 6 en cada sexo; finalmente en el rango de 54 a 60 años, 28 fueron los registrados, y 16 personas pertenecieron al sexo femenino y las 12 restantes al sexo masculino.

Respecto a quien dializa al paciente y que técnica utilizan, los resultados fueron los siguientes, 21 de ellos afirmaron dializarse solos; 4 personas de ellas utilizan diálisis peritoneal continua ambulatoria, 15 diálisis peritoneal automatizada y 2 hemodiálisis; 29 de los pacientes, dijeron que quien se encarga de realizarles el procedimiento de diálisis es un familiar, 3 de ellos emplean diálisis peritoneal continua ambulatoria, 20 diálisis peritoneal automatizada y 6 hemodiálisis. (**Cuadro 2**)

La información que concierne a si el paciente considera que ha aceptado su enfermedad y si se siente triste actualmente se presenta en el **Cuadro 3**; y se observa que del total de los pacientes que respondieron a esta pregunta 66 dijeron que si han aceptado su enfermedad, de esta misma cifra, 24 afirmaron sentirse tristes actualmente y 42 dijeron que no; por otra parte, 10 fueron las personas que dijeron aun no haber aceptado su enfermedad y que se sienten tristes actualmente.

La **Figura 1**, presenta información detallada sobre qué tipo de procedimiento utilizan los pacientes para realizarse diálisis, el 10% utiliza diálisis peritoneal continua ambulatoria, el 35% emplea hemodiálisis y finalmente el 55% diálisis peritoneal automatizada.

El estado civil de los pacientes encuestados, se presenta en la **Figura 2**; del 100% de la muestra, el 5% afirma ser viudo(a), 9% divorciado(a), 15% sostiene vivir en unión libre, 21% dijeron estar solteros y el 50% ser casados.

En cuanto a las dimensiones que se evaluaron, en el **Cuadro 4** se muestra la información respecto a la resolución de problemas, donde se observa los siguientes resultados; sobre si los pacientes lucharon para resolver el problema, 4 dijeron que en lo absoluto, 15 un poco, 13 bastante, 13 mucho y 31 totalmente; en la variable que cuestiona si el paciente se esforzó para resolver los problemas de la situación, 7 dijeron que en lo absoluto, 8 un poco, 16 bastante, 14 mucho y 30 totalmente; en cuanto a que si el paciente hizo frente al problema, 8 dijeron que en absoluto, 9 un poco, 7 bastante, 9 mucho y 43 totalmente; la última variable, que hace referencia a si el paciente sabía lo que debía hacer, así que doblo sus esfuerzos y trato con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran, 7 dijeron que en absoluto, 8 u poco, 10 bastante, 8 mucho, y 43 totalmente.

El **Cuadro 5**, muestra la información respecto a la autocrítica por parte de las pacientes, en cuanto a si se recriminaban a ellos mismos por permitir que ocurriera esto, 46.42% del total dijo que en absoluto, 21.05% un poco, 7.90% bastante, 11.84% mucho y 14.47% totalmente; si se criticaron por lo ocurrido, 9.47% en absoluto, 26.31% un poco, 6.57% bastante, 1.90% mucho y 17.10% totalmente; si es que se dieron cuenta de que era personalmente responsable de sus dificultades y se lo reprocho, 36.84% respondió que en lo absoluto, 18.42% un poco, 15.78% bastante, 10.56% mucho y 14.47% totalmente; finalmente si se culpó a sí mismo, el 50% respondió que en absoluto, 30.26% un poco, 7.90% bastante, 7.90% mucho y 2.63% totalmente.

En cuanto a la expresión emocional, el **Cuadro 6** proyecta la siguiente información; si dejo salir sus sentimientos para reducir el estrés, 9 dijeron que en absoluto, 24 un poco, 13 bastante, 14 mucho y 22 totalmente; si expreso sus emociones, lo que sentía, 14 dijeron que en absoluto, 20 un poco, 9 bastante, 17 mucho y 22 totalmente; si el paciente analizo sus sentimientos y simplemente los dejo salir, 11 dijeron que en absoluto, 22 un poco, 12 bastante, 14 mucho y 24 totalmente; si dejo desahogar sus emociones, 14 afirmaron que en absoluto, 20 un poco, 11 bastante, 19 mucho y 18 totalmente.

Las variables del cuadro de pensamiento desiderativo, se muestran en el **Cuadro 7**, donde de primera instancia se le cuestionó al paciente sobre si deseó que la situación nunca hubiera empezado, a lo que 19 respondieron que en absoluto, 12 un poco, 5 bastante, 7 mucho y 40 totalmente; si deseó que la situación no existiera o que de alguna manera terminase, 12 dijeron que en absoluto, 15 un poco, 8 bastante, 15 mucho y 32 totalmente; si deseó no encontrarme nunca más en esta situación, 16 pacientes dijeron que en absoluto, 14 que un poco, 8 bastante, 7 mucho y 35 totalmente; finalmente se es interrogado sobre si deseó poder cambiar lo que había sucedido, 11 paciente dijeron que en absoluto, 12 un poco, 6 bastante, 16 mucho y 37 totalmente.

El cuadro que contiene información sobre el apoyo social que recibieron los pacientes, se describe de la siguiente manera; encontró a alguien que escucho mi problema, 13.15% dijo que en absoluto, 19.73% un poco, 9.21% bastante, 23.68% mucho y 42.10 totalmente; habló con una persona de confianza, 11.84% en absoluto, 14.47% un poco, 14.47% bastante, 23.68% mucho y 40.78% totalmente; pasó algún tiempo con mis amigos, 27.63% en absoluto, 25% un poco, 19.73% bastante, 21.05% mucho y 11.84% totalmente; dejó que mis amigos me echaran una mano, 18.42% en absoluto, 17.10% un poco, 17.10% bastante, 25% mucho y 30.26% totalmente. (**Cuadro 8**)

El **Cuadro 9**, describe la información respecto a la reestructuración cognitiva, si el paciente repasó el problema una y otra vez en su mente y al final vio las cosas de una forma diferente, 6 dijeron que en absoluto, 12 un poco, 16 bastante, 15 mucho y 33 totalmente; si cambio la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas, 8 dijeron que en absoluto, 16 un poco, 17 bastante, 16 mucho y 26 totalmente; se convenció de que las cosas no eran tan malas como parecían, 6 dijeron que en absoluto, 17 un poco, 12 bastante, 22 mucho y 25 totalmente; si el paciente se preguntó que era realmente importante y descubrió que las cosas no estaban tan mal después de todo, 8 dijeron que en absoluto, 16 un poco, 12 bastante, 20 mucho y 27 totalmente.

El **Cuadro 10**, muestra información sobre la evitación de problemas, el paciente no dejo que le afectara; evitó pensar en ello demasiado, 10.52% respondió que en absoluto, 25% que un poco, 22.36% bastante, 23.68% mucho y 26.31% totalmente; trató de olvidar por completo el asunto, 28.94% en absoluto, 31.57% un poco, 15.78% bastante, 11.84% mucho y 21.05% totalmente; Quitó importancia la situación y no quiso preocuparse más, 25% en absoluto, 25% un poco, 18.42% bastante, 14.47% mucho y 26.31% totalmente; Se comportó como si nada hubiera pasado, 30.15% en absoluto, 23.68% un poco, 14.47% bastante, 13.15% mucho y 17.10% totalmente. En cuanto a la información que concierne a la retirada social, el **Cuadro 11**, describe los siguientes datos, si el paciente pasó algún tiempo solo, 35 dijeron que en absoluto, 17 un poco, 9 bastante, 9 mucho y 11 totalmente, si evitó estar con gente, 38 pacientes dijeron que en absoluto, 18 un poco, 7 bastante, 7 mucho y 13 totalmente; ocultó lo que pensaba y sentía, 24 dijeron que en absoluto, 26 un poco, 8 bastante, 7 mucho y 17 totalmente; No dejó que nadie supiera como se sentía, 25 pacientes dijeron que en absoluto, 22 un poco, 11 bastante, 11 mucho y por ultimo 14 totalmente.

Cuadro 1
Edad y sexo

| | | Edad | | | | |
|------|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 18 - 26 años | 27 - 35 años | 36 - 44 años | 45 - 53 años | 54 - 60 años |
| Sexo | Femenino | 2 | 6 | 4 | 6 | 16 |
| | Masculino | 13 | 7 | 4 | 6 | 12 |

Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

Cuadro 2
Quien lo dializa y que técnica utiliza

| | | Utiliza | | |
|------------------|-------------|--|----------------------------------|--------------|
| | | Diálisis peritoneal continua ambulatoria | Diálisis Automatizada peritoneal | Hemodiálisis |
| Quien lo dializa | Yo solo | 4 | 15 | 2 |
| | Un familiar | 3 | 20 | 6 |

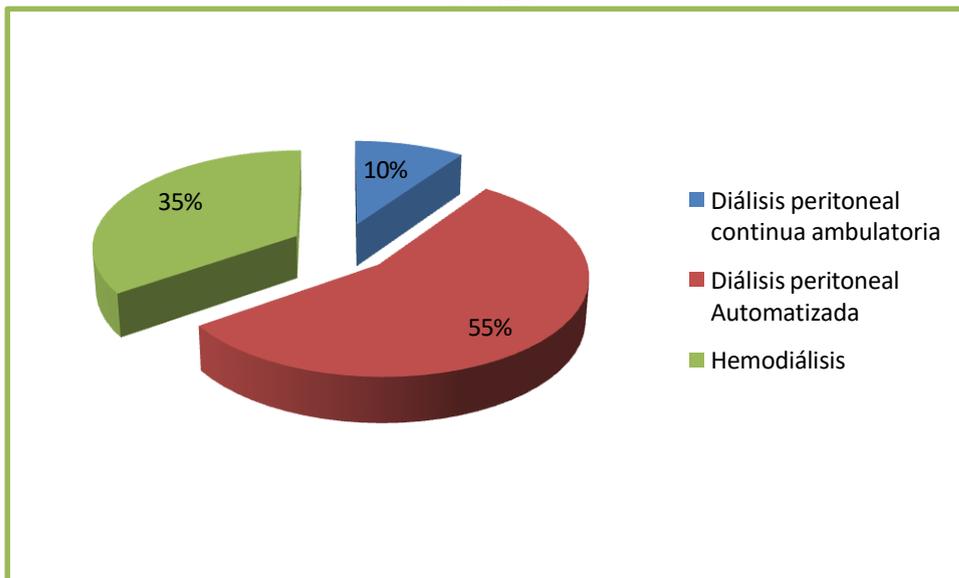
Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

Cuadro 3
Considera que ha aceptado su enfermedad y si se siente triste actualmente

| | | Se siente triste actualmente | |
|---|----|------------------------------|----------|
| | | SI | NO |
| | | Recuento | Recuento |
| Considera que ha aceptado su enfermedad | SI | 24 | 42 |
| | NO | 10 | 0 |

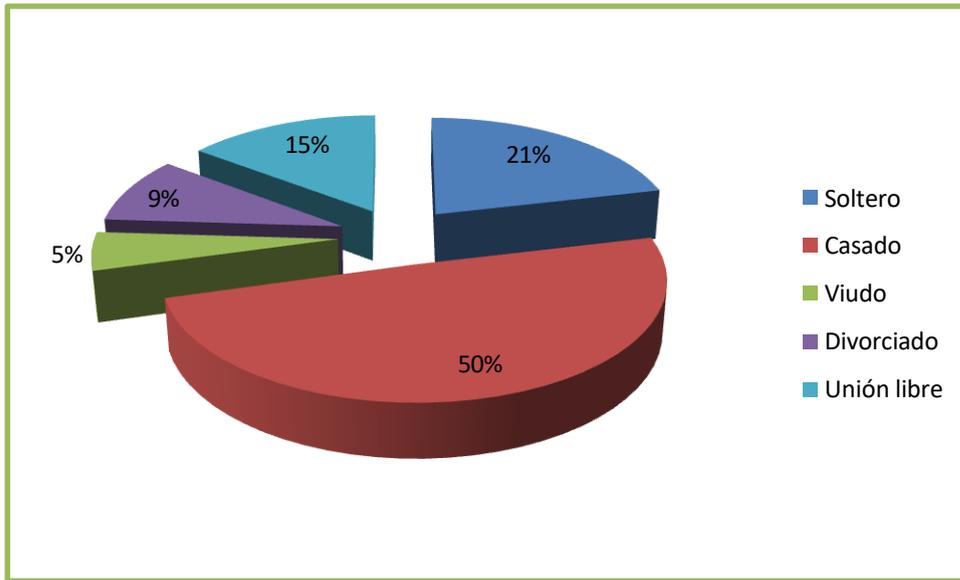
Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

Figura 1
Utiliza



Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

**Figura 2
Estado Civil**



Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

**Cuadro 4
Resolución de problemas**

| Resolución de problemas | | | | | | | | | | |
|---|-------------|--------|---------|--------|----------|--------|-------|--------|------------|--------|
| | En absoluto | % | Un poco | % | Bastante | % | Mucho | % | Totalmente | % |
| Luche para resolver el problema | 4 | 5.26% | 15 | 19.73% | 13 | 17.10% | 13 | 17.10% | 31 | 40.80% |
| Me esforcé para resolver los problemas de la situación | 7 | 9.21% | 8 | 10.52% | 16 | 20.05% | 14 | 18.42% | 30 | 39.47% |
| Hice frente al problema | 8 | 10.52% | 9 | 11.84% | 7 | 9.21% | 9 | 11.84% | 43 | 56.58% |
| Supé lo que debía de hacer, así que doble mis esfuerzos y trate con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran | 7 | 9.21% | 8 | 10.52% | 10 | 13.15% | 8 | 10.52% | 43 | 56.58% |

Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

Cuadro 5 Autocritica

| Autocritica | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--------|---------|--------|----------|--------|-------|--------|------------|--------|
| | En absoluto | % | Un poco | % | Bastante | % | Mucho | % | Totalmente | % |
| Me recriminé por permitir que esto ocurriera | 33 | 46.42% | 16 | 21.05% | 6 | 7.90% | 9 | 11.84% | 11 | 14.47% |
| Me critique por lo que ocurrido | 30 | 39.47% | 20 | 26.31% | 5 | 6.57% | 6 | 7.90% | 13 | 17.10% |
| Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché | 28 | 36.84% | 14 | 18.42% | 12 | 15.78% | 8 | 10.56% | 11 | 14.47% |
| Me culpe a mí mismo | 38 | 50% | 23 | 30.26% | 6 | 7.90% | 6 | 7.90% | 2 | 2.63% |

Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

Cuadro 6 Expresión emocional

| Expresión emocional | | | | | | | | | | |
|---|-------------|--------|---------|--------|----------|--------|-------|--------|------------|--------|
| | En absoluto | % | Un poco | % | Bastante | % | Mucho | % | Totalmente | % |
| Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés | 9 | 11.84% | 24 | 31.57% | 13 | 17.10% | 14 | 18.42% | 22 | 28.94% |
| Expresé mis emociones, lo que sentía | 14 | 18.42% | 20 | 26.31% | 9 | 11.84% | 17 | 22.36% | 22 | 28.94% |
| Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir | 11 | 14.47% | 22 | 28.94% | 12 | 15.78% | 14 | 18.42% | 24 | 31.57% |
| Dejé desahogar mis emociones | 14 | 18.42% | 20 | 26.31% | 11 | 14.47% | 19 | 25% | 18 | 23.68% |

Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

Cuadro 7
Pensamiento desiderativo

| Pensamiento desiderativo | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--------|---------|--------|----------|--------|-------|--------|------------|--------|
| | En absoluto | % | Un poco | % | Bastante | % | Mucho | % | Totalmente | % |
| Deseé que la situación nunca hubiera empezado | 19 | 25% | 12 | 15.78% | 5 | 6.57% | 7 | 9.21% | 40 | 52.63% |
| Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase | 12 | 15.78% | 15 | 19.73% | 8 | 10.56% | 15 | 19.73% | 32 | 42.10% |
| Deseé no encontrarme nunca más en esta situación | 16 | 21.05% | 14 | 18.42% | 8 | 10.56% | 7 | 9.21% | 35 | 46.05% |
| Deseé poder cambiar lo que había sucedido | 11 | 14.47% | 12 | 15.78% | 6 | 7.89% | 16 | 21.05% | 37 | 48.68% |

Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

Cuadro 8
Apoyo social

| Apoyo social | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--------|---------|--------|----------|--------|-------|--------|------------|--------|
| | En absoluto | % | Un poco | % | Bastante | % | Mucho | % | Totalmente | % |
| Encontré alguien que escucho mi problema | 10 | 13.15% | 15 | 19.73% | 7 | 9.21% | 18 | 23.68% | 32 | 42.10% |
| Hable con una persona de confianza | 9 | 11.84% | 11 | 14.47% | 11 | 14.47% | 18 | 23.68% | 31 | 40.78% |
| Pasé algún tiempo con mis amigos | 21 | 27.63% | 19 | 25% | 15 | 19.73% | 16 | 21.05% | 9 | 11.84% |
| Dejé que mis amigos me echaran una mano | 14 | 18.42% | 13 | 17.10% | 13 | 17.10% | 19 | 25% | 23 | 30.26% |

Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

Cuadro 9
Reestructuración cognitiva

| Reestructuración cognitiva | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--------|---------|--------|----------|--------|-------|--------|------------|--------|
| | En absoluto | % | Un poco | % | Bastante | % | Mucho | % | Totalmente | % |
| Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente. | 6 | 7.89% | 12 | 15.78% | 16 | 21.05% | 15 | 19.73% | 33 | 43.42% |
| Cambie la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas | 8 | 10.52% | 16 | 21.05% | 17 | 22.36% | 16 | 21.05% | 26 | 30.26% |
| Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían | 6 | 7.89% | 17 | 22.36% | 12 | 15.78% | 22 | 28.94% | 25 | 32.89% |
| Me pregunte que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo | 8 | 10.52% | 16 | 21.05% | 12 | 15.78% | 20 | 26.31% | 27 | 35.52% |

Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

Cuadro 10
Evitación de problema

| Evitación de problemas | | | | | | | | | | |
|---|-------------|--------|---------|--------|----------|--------|-------|--------|------------|--------|
| | En absoluto | % | Un poco | % | Bastante | % | Mucho | % | Totalmente | % |
| No deje que me afectara; evité pensar en ello demasiado | 8 | 10.52% | 19 | 25% | 17 | 22.36% | 18 | 23.68% | 20 | 26.31% |
| Traté de olvidar por completo el asunto | 22 | 28.94% | 24 | 31.57% | 12 | 15.78% | 9 | 11.84% | 16 | 21.05% |
| Quitó importancia la situación y no quise preocuparme más | 19 | 25% | 19 | 25% | 14 | 18.42% | 11 | 14.47% | 20 | 26.31% |
| Me comporte como si nada hubiera pasado | 29 | 38.15% | 18 | 23.68% | 11 | 14.47% | 10 | 13.15% | 13 | 17.10% |

Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

Cuadro 11
Retirada social

Retirada social

| | En absoluto | % | Un poco | % | Bastante | % | Mucho | % | Totalmente | % |
|---|--------------------|----------|----------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|-------------------|----------|
| Pase algún tiempo solo | 35 | 46.05% | 17 | 22.36% | 9 | 11.84% | 9 | 11.84% | 11 | 14.47% |
| Evite estar con gente | 38 | 50% | 18 | 23.68% | 7 | 9.21% | 7 | 9.21% | 13 | 17.10% |
| Oculte lo que pensaba y sentía | 24 | 31.57% | 26 | 34.21% | 8 | 10.52% | 7 | 9.21% | 17 | 22.36% |
| No deje que nadie supiera como me sentía | 25 | 32.89% | 22 | 28.94% | 11 | 14.47% | 11 | 14.47% | 14 | 18.42% |

Fuente: Inventario de Estrategias de afrontamiento

XIII.- CONCLUSIÓN:

El estudio demostró que los pacientes cuentan con capacidad para afrontar los problemas, dentro de las variables cualitativas y la descripción de su situación, permitió identificar la presencia de la familia como factor clave para la aceptación de la enfermedad y el tratamiento. Hay pacientes que aún tienen temores sobre todo hacia las complicaciones.

Para la realización de la diálisis se observó la participación activa del mismo paciente y de la familia. Con relación al tipo de estrategias de afrontamiento, en resolución de problemas se observó una buena capacidad, donde solo 19 pacientes no han resuelto el problema que es la enfermedad.

La autocrítica fue una de las estrategias más destacadas negativamente, pues al ser diagnosticados, ellos mismos se recriminaron en un 71.05 %. De igual forma una vez diagnosticados destacó la expresión emocional, caracterizada por tristeza.

Una de las fortalezas identificadas fue el apoyo social recibido, destacando el apoyo de la familia. Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, lograron una evitación de problemas dado el apoyo familiar recibido, siendo esta la principal estrategia de afrontamiento de manera positiva.

Lo anterior permite no rechazar la hipótesis alterna que dice: las estrategias de afrontamiento ante la insuficiencia renal crónica, de pacientes atendidos en la consulta externa de medicina familiar, son de resolución de problemas, expresión emocional y de reestructuración.

XIV.- DISCUSIÓN:

Shu-Chuan CJ, en 2007, realizó un estudio denominado Estrategias de Afrontamiento y factores de estrés en pacientes con hemodiálisis. En sus resultados, encontró que los datos se asocian positivamente con el uso de pensamientos y emociones orientadas a la evitación y aislados como los estilos de afrontamiento y negativamente relacionado con la búsqueda de apoyo de los profesionales. Concluyó que las estrategias de afrontamiento más utilizadas en sus pacientes fueron emoción orientada a la evitación, pensamientos y aisladas. La elección de la estrategia de afrontamiento depende de los tipos de estrés, lo cual coincide con esta investigación pues la principal estrategia de afrontamiento fue la evitación de problemas, destacando emocionalmente la tristeza.

En otro estudio, Sierra LCA, estudio estrategias de afrontamiento en pacientes con Insuficiencia Renal en fase dialítica. De acuerdo con los resultados, el estilo de afrontamiento más común en esta muestra es el centrado en el problema con sus tres dimensiones: centrada en el problema (80% de la población), reevaluación positiva, con un 80%, y búsqueda de apoyo (60%). Ello indica que este grupo de pacientes asume un papel activo y sigue unos pasos concretos, lo que lo hace responder de manera adecuada a los cambios, demandas y tratamiento impuestos por la enfermedad. Que de igual manera coincide con los resultados, pues a pesar de destacar la autocrítica los pacientes siempre intentan luchar por enfrentar el problema.

Ruíz BAF, en 2008, realizó otro estudio sobre vivir en diálisis: estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Se incluyeron 93 pacientes con media de edad 53,67 años, 61 seguían tratamiento mediante hemodiálisis y 32 mediante Diálisis peritoneal. Las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas fueron: búsqueda de información y resolución de problemas, reestructuración cognitiva y expresión regulada de emociones. Estos resultados coinciden con nuestra investigación, pues las estrategias de afrontamiento fueron de igual manera similares.

XV.- SUGERENCIAS:

De acuerdo a los resultados se sugiere que el médico familiar realice una valoración integral donde cobre importancia la situación emocional, sentimental y mental de los pacientes, dado que son pilares fundamentales para la aceptación y seguimiento de la enfermedad y el tratamiento. Es importante también sugerir que exista un grupo de apoyo liderado por un psicólogo clínico para dar seguimiento a casos específicos y brindar una mayor oportunidad de esperanza de vida a los pacientes.

Los médicos familiares se deben involucrar en la identificación de problemas holísticos del paciente, para poder vincular el tratamiento con su situación personal, lo que garantizará una mejor calidad de atención.

XVI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Treviño BA. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Cirugía y cirujanos* 2008; 72:2-3
2. Córdova JA, Barriguete JA, Lara EA, Et. al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: Sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública Mex* 2008; 50:420-422
3. De Francisco M. Prevalencia de insuficiencia renal en centro de atención primaria en España: estudio EROCAP. *Revista Nefrología* 2008; 27:301-302
4. Urzúa MA, Jarne EA. Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista interamericana de Psicología*, 2008; 42(1): 151-160
5. Barrio V. Día mundial del riñón: el papel global del trasplante renal. *Revista Nefrología* 2012; 32:1-6
6. Almirall J. Prevalencia de la insuficiencia renal en la población general mayor de 64 años y episodios cardio-vasculares asociados. *Revista Nefrología* 2009; 25:656
7. Levey AS, Atkins R, Coresh J, Et. al. Enfermedad renal crónica como problema global de salud pública: abordaje e iniciativas-propuesta de la Kidney disease improving global outcomes. *Kidney international* 2009; 3:232-245
8. Méndez DA, Méndez JF, Tapia YT, Et. al. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Elsevier Doyma* 2010; 31:8-9
9. Rodríguez ML, Frías ML. Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Revista de Psicología y salud* 2009; 15:169-170
10. Canal C, Calero F, Gracia F, Et. al. Enfermedad crónica: nuevos criterios diagnósticos y riesgo cardiovascular asociado. *Elsevier Doyma*, 2009; 1: 18-24
11. Ribes EA. Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica. *Anales de cirugía cardiaca y vascular*, 2009; 10(1): 8-76
12. García OD. Insuficiencia Renal Crónica: Centro Integral de Especialidades Nefrológicas. *Revista de Nefrología y Diálisis*, 2010; 9: 1-10
13. Saborío CP. Insuficiencia Renal Crónica. *Revista Nefrología*, 2009; 1: 1-8
14. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Et. al. Definición y clasificación de la enfermedad renal crónica: Propuesta de KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). *Kidney International*, 2005; 1: 135-146

15. Avendaño LH, Aljama PG, Arias MR Et. al. Nefrología Clínica. Revista Médica Panamericana, 2008; 1;52-113
16. De Cassia HM, Allana GS, Fávaro DR, Et. al. Caracterizao e etiología da insuficiencia renal cronica em unidade de nefrología do interior do estado de Sao Paulo. Acta Paulista de Enfermería, 2008; 21(1): 207-211
17. Díaz DM. Insuficiencia Renal Aguda. Limusa, 2008; 2: 1-10
18. Tenorio MT, Galeano C, Rodríguez N, Et. al. Diagnóstico diferencial de la insuficiencia renal aguda. Revista NefroPlus, 2010; 3(2): 16-32
19. Alcázar AR, Orte L, Gonzáles EP, Et. al. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. Revista Nefrología, 2008; 28(3): 273-282
20. Junyent M, Martínez M, Borrás M, Et. al. Utilidad de las técnicas de imagen y biomarcadores en la predicción del riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica en España: Proyecto NEFRONA. Revista Nefrología, 2010; 30(1): 119-126
21. Contreras F, Esguerra G, Espinosa JC, Et. al. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de Hemodiálisis. Acta Colombiana de Psicología, 2009; 10(2): 1-7
22. Skorecky K, Green J, Brenner BM. Insuficiencia Renal Crónica. Principios de Medicina Interna, 16ª edición, México, McGraw Hill, 2009; 1824-1835
23. Vinaccia S, Quiceno JM. Resiliencia y Calidad de vida relacionada con la Salud en pacientes con insuficiencia renal crónica – IRC. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 2011; 20(3): 201-211
24. Vega OM, González DS. Apoyo social. Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería, 2009; 16: 1-6
25. Chico EL. Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. Psicothema, 2010; 14(3): 544-550
26. Pelechano V. Acerca de afrontamiento y enfermedad crónica: Una reflexión ¿fundada? Con alguna sugerencia. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2011; 10(1): 3-14
27. González RB, Montoya IC, Casullo M, Et. al. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. Psicothema, 2009; 14(2): 363-368
28. Vinaccia S, Quiceno JM, Remor E. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida

- relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 2012; 28(2): 366-377
29. Ruiz BA, Basabe NB, Fernández EP, Et. al. Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.*, 2009; 12(1): 11-17
 30. Gavira AM, Quiceno JM, Vinaccia S. Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia Psicología*, 2009; 27(1): 5-13
 31. Ledón LL, Agramonte AM, Mendoza MT, Et. al. Proceso de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas. *Revista Cubana de Endocrinología*, 2009; 18(2): 1-56
 32. Cano GJ, Rodríguez FL, García JM. Adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas Especializadas de Psiquiatría*, 2011; 35(1): 29-39
 33. Shu J, Hsueh Ch. Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosomatic Medicine*, 2012; 69: 182-190
 34. Sierra CA, Julio JC. Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Psicogente*, 2010; 13(23): 27-41
 35. Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, *Psicología y Salud*, 2008; 18(2): 165-179
 36. Ruiz BA, Basabe NB, Fernández EP, Et al. Vivir en diálisis: estrategias de afrontamiento y calidad de vida. *Metas de enfermería*, 2008; 11(9): 27-32
 37. Hsu CC, Hwang SJ, Wen CP, Et. al. High prevalence and low awareness of CKD in Taiwan: a study on the relationship between serum creatinine and awareness from nationally representative survey. *Am J Kidney Dis*, 2009; 48(5): 727-738

XVII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

| Año | 2012 | | | | 2013 | | | | | | |
|---|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Actividad/mes | Sep | Oct | Nov | dic | Ene | Feb | Mar | Abr | may | jun | jul |
| 1.-Delimitación del tema a estudiar | | | | | | | | | | | |
| Realizado | | | | | | | | | | | |
| 2.-Recuperación, revisión y selección de la bibliografía | | | | | | | | | | | |
| Realizado | | | | | | | | | | | |
| 3.-Elaboración del protocolo | | | | | | | | | | | |
| Realizado | | | | | | | | | | | |
| 4.-Presentación al comité | | | | | | | | | | | |
| Realizado | | | | | | | | | | | |
| 5.-Planeación operativa | | | | | | | | | | | |
| Realizado | | | | | | | | | | | |
| 6.-Recolección de la información | | | | | | | | | | | |
| Realizado | | | | | | | | | | | |
| 7.-Análisis de los resultados | | | | | | | | | | | |
| Realizado | | | | | | | | | | | |
| 8.-Escritura de tesis e informes | | | | | | | | | | | |
| Realizado | | | | | | | | | | | |
| 9.-Otras actividades. | | | | | | | | | | | |
| Realizado | | | | | | | | | | | |

ANEXOS

Anexo 1.-Carta de consentimiento informado.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del Estudio: “Estrategias de afrontamiento ante la insuficiencia renal crónica, de pacientes atendidos en la consulta externa de medicina familiar”

Lugar y fecha: Pachuca de Soto, Hgo., a _____ del mes de _____ de _____.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Evaluar las estrategias de afrontamiento ante la insuficiencia renal crónica, de pacientes atendidos en la consulta externa de medicina familiar, del HGZMF No.1, IMSS, Hgo.

Procedimientos: Se aplicará un cuestionario por cada paciente.

Posibles riesgos y molestias: No generará ningún riesgo, ni alterará la integridad física ni emocional de los pacientes, probablemente el uso de su tiempo no mayor a 15 minutos para responder el cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Los grandes beneficios se enfocan a que usted podrá tener posibilidad de una mejor atención médica, en donde su médico familiar tome las mejores decisiones para su tratamiento, utilizando los resultados de ésta investigación como base.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El paciente podrá acudir a la jefatura de enseñanza e investigación clínica del HGZMF No.1, para poder conocer los resultados finales del proyecto, así mismo se tendrá como primera intención la difusión de la información.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Beneficios al término del estudio: Recibir una atención con mayor calidad, en donde el médico familiar refuerce su conocimiento y habilidad para controlar mejor mi padecimiento.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Lic. Máximo Ventura Jesús. Teléfono 771 71 378 33 Ext. 6355.

Colaboradores:

Asesor clínico: Dra. Wendoly Venecia Carrillo Crespo. Teléfono 771 71 3 78 33 Ext. 6331.

Tesista: Dr. Aarón Rodríguez Calva. Tel.- 771 266 62 24

Comisión de ética e investigación de la CNIC del IMSS: av. Cuauhtémoc 330 4to. Piso bloque B de la unidad de congresos, colonia doctores. México DF., CP 06720, teléfono (55) 56 27 69 00 ext. 21230, correo electrónico: comisión Ética imss.gob.mx

| | |
|---|--|
| _____ Nombre y firma del sujeto | _____ Dr. Aarón Rodríguez Calva _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento |
| Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma | Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma |

Anexo 2 Inventario de Estrategias de Afrontamiento

| | |
|--------|--------|
| Fecha: | Folio: |
|--------|--------|

Introducción: El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y como estas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba que ocurrió e incluya detalles como el lugar, quien o quienes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, solo escriba tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario. Antes de escribir, le invitamos a proporcionar algunos datos, en donde solo encerrará la letra que considere.

Aparatado I.-Datos sociodemográficos y socioculturales.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.-Edad: a) 18-26 años d)45- 53 años b) 27-35 años e)54- 60 años c) 36- 44 años | 2.-Sexo: a)Hombre b)Mujer | 3.-Escolaridad a)Primaria incompleta b)Primaria completa c)Secundaria incompleta d)Secundaria completa e)Medio superior f)Superior | 4.-Estado civil: a)Soltero b)Casado c)Viudo d)Divorciado e)Unión libre |
| 5.-Tiempo de padecer Insuficiencia Renal Crónica a) 0 – 2 años d)7-8 años b) 3 – 4 años e)9-10 años c) 5 – 6 años f)Más de 10 años | 6.-Utiliza: a) Diálisis peritoneal continua ambulatoria b) Diálisis peritoneal automatizada b) Hemodiálisis | 7.-Toma algún medicamento a) Si b) No | 8.-Cuantos medicamentos toma: a) 1 – 2 medicamentos b) 3 – 4 medicamentos c) 5 – 6 medicamentos d) Más de 7 medicamentos |
| 9.-Quién lo dializa: a) Yo solo b) Un familiar | 10.-Realiza alguna actividad: a) Ninguna b) Ejercicio c) Trabajo d) Deporte e) Hogar | 11.-Se siente triste actualmente: a) Si b) No | 12.-Considera que ha aceptado su enfermedad: a) Si b) No |

Apartado II.-Descripción de su situación personal.

Apartado III

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; **1:** un poco; **2:** bastante; **3:** mucho; **4:** totalmente

Este seguro de que responde a todas las frases y de que marca solo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Luche para resolver el problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Me culpe a mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Deseé que la situación nunca hubiera empezado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Encontré a alguien que escucho mi problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | No deje que me afectara; evité pesar en ello demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | Pasé algún tiempo solo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | Me esforcé para resolver los problemas de la situación | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Expresé mis emociones, lo que sentía | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Hable con una persona de confianza | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Cambie la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Traté de olvidar por completo el asunto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Evite estar con gente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Hice frente al problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Me critique por lo ocurrido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Deseé no encontrarme nunca más en esa situación | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | Dejé que mis amigos me echaran una mano | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Oculte lo que pensaba y sentía | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Supe lo que había de hacer, así que doble mis esfuerzos y trate con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Me recriminé por permitir que esto ocurriera | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. | Deje desahogar mis emociones | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. | Deseé poder cambiar lo que había sucedido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | Pasé algún tiempo con mis amigos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | Me pregunte que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Me comporte como si nada hubiera pasado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. | No deje que nadie supiera como me sentía | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. | Mantuve mi postura y luche por lo que quería | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. | Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. | Me imagine que las cosas podrían ser diferentes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. | Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. | Me fije en el lado bueno de las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. | Evite pensar o hacer nada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. | Trate de ocultar mis sentimientos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Me considere capaz de afrontar la situación | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Fin de la prueba.