



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

TITULO:

Asociación entre el nivel de ansiedad ante la muerte, el afrontamiento al estrés con la adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.

TESIS

Para obtener el título de la Especialidad de Medicina Familiar

PRESENTA

ISLAS ESTEVEZ ERIK EDGAR

ASESORAS

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

DRA. GABRIELA PASOS ARCE



CIUDAD DE MEXICO, 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

**A todos los involucrados en este proceso de formación educativa,
profesional y personal.**

“GRACIAS TOTALES”

ASESORA

Dra. María del Carmen Aguirre García

Médico Especialista en Medicina Familiar
Profesor titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20

ASESORA

Dra. Gabriela Pasos Arce

Médico Especialista en Nefrología
Adscrita Al Hospital General de Zona No. 24

Vo. Bo.

Dra. Santa Vega Mendoza

Médico Especialista en Medicina Familiar
Mtra. En Ciencias de la Educación
Profesora adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar
adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20

Vo. Bo.

Dr. Gilberto Cruz Arteaga

Médico Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación
adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	3
MARCO TEORICO.....	5
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	17
OBJETIVOS.....	19
HIPOTESIS.....	20
MATERIAL Y METODOS.....	21
ANALISIS ESTADISTICO.....	32
RESULTADOS.....	33
DISCUSION.....	41
CONCLUSION.....	43
COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.....	44
BIBLIOGRAFIA.....	45
ANEXOS.....	50

Asociación entre el nivel de ansiedad ante la muerte, el afrontamiento al estrés con la adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.

Islas Estevez Erik Edgar (1) Aguirre García María del Carmen (2) Pasos Arce Gabriela (3)

- 1. Médico del Tercer Año de Medicina Familiar, UMF 20 IMSS**
- 2. Médico Especialista en Medicina Familiar, UMF 20 IMSS**
- 3. Médico Especialista en Nefrología y Diálisis Peritoneal, HGZ 24 IMSS**

Introducción: El incumplimiento terapéutico constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud de los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de la función renal, y es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos, con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial, y esta se ve influenciada por el nivel de ansiedad ante la muerte, así como el afrontamiento al estrés.

Objetivo: Se determinó la asociación entre el nivel de ansiedad ante la muerte, el afrontamiento al estrés con la adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.

Material y método: Estudio observacional, transversal, analítico y abierto. Previo consentimiento informado se aplicó un instrumento expofeso sobre, ansiedad ante la muerte, el afrontamiento al estrés y adherencia terapéutica, con validez de contenido a 285 pacientes adscritos al servicio de Diálisis Peritoneal del HGZ No. 24 IMSS. Se utilizó estadística descriptiva y analítica.

Resultados: Fueron hombres en el 51.25%, con 1 a 3 años de tiempo con diagnóstico de ERC en un 29.1%; en tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal en un 29.1%. Se correlacionó la adherencia con ansiedad ante la muerte (0.358 p0.003) y el afrontamiento a estrés con (0.149 p 0.00).

Conclusión: Es necesario identificar el estado emocional de los pacientes que afectan la adherencia terapéutica; como un aspecto primordial en la atención médica para favorecer la calidad de vida y el estado de salud integral al que todo ser humano tiene derecho.

Palabras claves: Enfermedad renal crónica, ansiedad ante la muerte, afrontamiento al estrés, adherencia terapéutica, tratamiento sustitutivo.

Association between the level of anxiety in the face of death, coping with stress and the therapeutic adherence of patients with Chronic Kidney Disease in renal replacement therapy.

Islas Estevez Erik Edgar (1) Aguirre García María del Carmen (2) Pasos Arce Gabriela (3)

- 1. Médico del Tercer Año de Medicina Familiar, UMF 20 IMSS**
- 2. Médico Especialista en Medicina Familiar, UMF 20 IMSS**
- 3. Médico Especialista en Nefrología y Diálisis Peritoneal, HGZ 24 IMSS**

Introduction: Therapeutic noncompliance is an important healthcare problem that may affect the health of patients with CKD in renal replacement therapy, and is one of the possible causes of treatment failure, with repercussions from the medical point of view, economic and psychosocial, and this is influenced by the level of anxiety before death, as well as coping with stress.

Objective: The association between the level of anxiety in the face of death, the coping with stress and the therapeutic adherence of patients with Chronic Kidney Disease in renal replacement therapy was determined.

Material and method: Observational, transversal, analytical and open study. Prior informed consent was applied an expofeso instrument on, anxiety before death, coping with stress and therapeutic adherence, with content validity to 285 patients assigned to the Peritoneal Dialysis service of HGZ No. 24 IMSS. Descriptive and analytical statistics were used.

Results: They were men in 51.25%, with 1 to 3 years of time with a diagnosis of CKD in 29.1%; in renal replacement therapy with peritoneal dialysis in 29.1%. Adherence was correlated with death anxiety (0.358 p0.003) and stress coping with (0.149 p 0.00).

Conclusion: It is necessary to identify the emotional state of patients that affect therapeutic adherence; as a fundamental aspect in medical care to promote the quality of life and the state of integral health to which every human being is entitled.

Key words: Chronic kidney disease, anxiety before death, coping with stress, therapeutic adherence, substitution treatment.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento «Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción», define la adherencia al tratamiento, como «el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria». (1)

El incumplimiento terapéutico constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud de los pacientes, y es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos. Se trata de un fenómeno común, sobre todo en procesos crónicos, y de origen complejo. (1)

Es clara e importante la necesidad de contar con evidencia empírica que permita delimitar la problemática emocional y adaptativa del paciente con IRC y generar, con base en evidencia, estrategias de intervención centradas en la realidad clínica, buscando una adecuada adherencia terapéutica. (2)

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Entre estas se encuentran la falta de respuesta terapéutica generadora de retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos que acrecientan el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento. Desde el punto de vista económico constituye un gasto en tiempo y recursos invertidos en la producción, así como en el estudio de la eficacia y seguridad de medicamentos que el paciente no consume o no utiliza adecuadamente. (3)

Por otra parte, puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico y psicológico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida. En la esfera laboral puede implicar un reajuste de metas y propósitos que afectan la vida económica y suelen interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles y responsabilidades que la persona tiene en la familia. (3)

El presente trabajo tiene como objetivo presentar un marco conceptual que fundamenta desde el punto de vista teórico la comprensión del concepto de adherencia al tratamiento en enfermedad renal crónica, como esta se ve influenciada por el nivel de ansiedad ante la muerte, así como el afrontamiento al estrés.

MARCO TEORICO

Debido a la importancia y gran preocupación por los cambios en la salud de la población mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los profesionales de diferentes áreas, se han puesto en la tarea de establecer criterios de evaluación y diagnóstico y profundizar en aquellas enfermedades que se han venido expandiendo de manera rápida y desproporcionada, como es el caso de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).⁽⁴⁾

En la actualidad, se considera que las ECNT son causadas en gran medida por factores de riesgo asociados al comportamiento, que dependen en gran parte de variables económicas como el trabajo, el acceso a los alimentos, la vivienda y la educación. La rápida urbanización y los estilos de vida del siglo XXI han propiciado algunos factores de riesgo como el aumento en el consumo de tabaco, los deficientes hábitos alimenticios, la insuficiencia de actividad física, la obesidad, el uso nocivo de alcohol, la disminución en el número de horas de sueño, la falta de compromiso con los tratamientos médicos y la utilización de servicios sanitarios de una manera inadecuada, el uso incorrecto de medicamentos es un ejemplo claro de ello (OMS, 2011).⁽⁴⁾

Se les ha denominado ECNT por prolongarse a través del tiempo, no tener cura, no conocerse un agente causante que las transmita de un individuo afectado a otro; o como lo dice Hanson y Gluckman (2011), ser enfermedades que no se resuelven espontáneamente, que conllevan cambios mayores en amplios aspectos de la vida de una persona y alteran las rutinas y actividades cotidianas, lo cual a su vez implica ajustes y apoyo a nivel familiar, social y laboral. Según Martos, Pozo y Alonso (2010), la enfermedad crónica se puede definir como “aquella que, por un lado, comporta una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente, y, por otro lado, se trata de un proceso incurable y que consecuentemente implica vivir toda la vida con dicha enfermedad”.⁽⁴⁾

Las ECNT conforman un número importante de enfermedades, dentro de las que se encuentran las cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, la mayoría de las formas clínicas de cáncer, los trastornos metabólicos y las enfermedades respiratorias y pulmonares, además, se suman las enfermedades osteoarticulares y las renales dentro de este grupo.⁽⁴⁾

Estas enfermedades han venido presentando cifras similares a las de epidemias mundiales, y se han identificado como la causa principal de discapacidad y de millones de muertes prematuras en todo el mundo; representan un 60% del total de muertes, de las cuales el 80% ocurre en países de ingresos bajos o medios. Requieren de mayor cuidado en salud, generan altos costos sociales y económicos

a nivel mundial (Adeyi, Smith, & Robles, 2007) y se catalogan como las enfermedades que generan más muertes en el mundo. ⁽⁴⁾

Es importante anotar el aumento en el gasto por parte de los gobiernos en relación con estas enfermedades, tal y como lo exponen Allender et al. (2008). Estos autores comentan que sin intervenciones exitosas se estima que las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus tipo 2 y los accidentes cerebrovasculares costaran \$84 mil millones de dólares entre 2006 y 2015 para la economía de EE. UU. De la misma manera, Daar et al. (2007) previeron que, entre 2007 y 2017, China, India y el Reino Unido dejaran de generar ingresos en su producto interno bruto por \$558, \$237 y \$33 miles de millones de dólares estadounidenses, respectivamente, como consecuencia de una menor productividad económica vinculada con enfermedades del corazón, derrames cerebrales y diabetes. ⁽⁴⁾

En presencia de alguna de las ECNT, se generan cambios en el estilo de vida, que incluyen las actividades cotidianas, el funcionamiento del sistema familiar y económico, los hábitos alimenticios, los espacios de ocio y recreación y el trabajo, entre otras (Jurado & Suarez, 2012). ⁽⁶⁾

La cronicidad de estas enfermedades provoca cambios en la percepción de la autoestima, disminución de la satisfacción marital, cambios de estado de ánimo e irritabilidad. Así como problemas ocupacionales y económicos, que repercuten en la dinámica familiar, y exigen ajustes en los roles y expectativas hacia el futuro (Gonzalez-Gutierrez, Fonseca-Fonseca, & Jimenez-Jordan, 2006). ⁽⁷⁾

ENFERMEDAD RENAL CRONICA

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la presencia de alteraciones en la estructura o función renal durante al menos tres meses y con implicaciones para la salud. ⁽⁵⁾

La variabilidad de su expresión clínica es debida, al menos en parte, a su etiopatogenia, la estructura del riñón afectada (glomérulo, vasos, túbulos o intersticio renal), su severidad y el grado de progresión. ⁽⁵⁾

-La presencia durante al menos tres meses de al menos una de las siguientes situaciones:

-FG inferior a 60 ml/min/1,73 m². Que se calcula con la siguiente formula.

Hombres IFG= (140-edad) x peso (Kg) /72 x creatinina sérica (mg/dl)

Mujeres IFG= (140-edad) x peso (Kg) / 72 x creatinina sérica (mg/dl) x 0.85

Lesión renal, definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG. Las guías explicitan “con implicaciones para la salud”. ⁽⁵⁾

La duración es importante para distinguir la ERC de la patología aguda. Esta definición ha sido aceptada por diversas sociedades científicas (no sólo nefrológicas) y es independiente de la edad, aunque ésta puede determinar la necesidad o no de asistencia personalizada o la relativa urgencia de la misma. ⁽⁵⁾

Clasificación de enfermedad renal crónica (KDIGO)

Estadio	Descripción	TFGe (ml/min/1.73 m ²)	Tratamiento
1	Daño renal con TFGe normal o elevada	≥90	T
2	Daño renal disminución leve de TFGe	60-89	T
3	Disminución moderada de la TFGe	30-59	T
4	Disminución grave de la TFGe	15-29	T
5	Falla renal	≤ 15 (o diálisis)	D

TFGe- Tasa de filtrado glomerular (MDRD), T- Trasplante renal, D- Diálisis, ⁽⁵⁾

La ERC es un problema emergente en todo el mundo.

La importancia de la detección precoz de la ERC radica en que es un problema importante de Salud Pública, en la necesidad de reducir los elevados costes del tratamiento sustitutivo en la fase terminal de la enfermedad y en el aumento progresivo del riesgo de eventos cardiovasculares (infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca crónica, accidente vascular cerebral, arteriopatía periférica, etc.) genéricamente integrados en el llamado Síndrome Cardiorrenal tipo IV, con los costes económicos consiguientes, en gran parte derivados de ingresos hospitalarios complejos, una mortalidad prematura y disminución de la calidad de vida. ⁽⁸⁾

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema importante de salud pública en México con una incidencia de aproximadamente 4000 nuevos casos por año; entre 8 y 10% de la población mexicana mayor de 20 años padece esta enfermedad. ⁽⁸⁾

Las cifras de morbilidad y mortalidad en México, de pacientes con ERC en alguno de los tratamientos sustitutivos, son alarmantes, ya que es una de las principales causas de atención en hospitalización y urgencias; se considera una de las enfermedades más catastróficas en la actualidad por el número de casos, en nuestro país, aun se carece de un registro exacto o aproximado de pacientes con

esta patología. Se estima una incidencia de 377 personas afectadas por cada millón de habitantes y la prevalencia de 1, 142 casos por cada millón de habitantes. ⁽⁸⁾

La incidencia de la insuficiencia renal terminal (IRT) se ha incrementado considerablemente en la última década. Como consecuencia de ello, el número de pacientes que reciben un proceso dialítico ha crecido paralelamente. En Estados Unidos de América, el incremento de pacientes con IRT que ingresan a programa de diálisis es de 6% anual, mientras que en México la tasa anual de pacientes en diálisis es de 154.6 por millón de habitantes, con una tasa anual de trasplante renal de 21.2 por millón de habitantes. ⁽⁹⁾

El rápido aumento en la ocurrencia de esta enfermedad conduce a una serie de condiciones adversas clínicas, económicas, de servicios de salud y, consecuentemente, de calidad de vida de los pacientes afectados. La evaluación de la adaptación psicosocial y el estudio de la calidad de vida en estos pacientes son áreas de interés en la investigación científica, que contribuyen a un mejor entendimiento del incremento en el costo en los cuidados de los pacientes con IRT y de su alta mortalidad. ⁽⁹⁾

La ERC es considerada, como una enfermedad doliente por el sufrimiento humano que provoca en los pacientes y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas, hospitalizaciones, mortalidad y también por la importante repercusión económica a nivel individual y social. El paciente está obligado a realizar cambios individuales complejos, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible. ⁽⁹⁾

El término diálisis peritoneal (DP) incluye las técnicas de tratamiento sustitutivo de la función renal que utilizan como membrana de diálisis la membrana peritoneal, membrana biológica que opera como una membrana dialítica. Existen dos modalidades de DP: la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), que se lleva a cabo manualmente, y otra que se sigue de manera automatizada, la diálisis peritoneal automática (DPA). La DPCA consiste en la aplicación de bolsas gemelas para el intercambio de líquido de diálisis previamente introducido en la cavidad peritoneal. Este líquido se vacía en una de las bolsas, para posteriormente introducir líquido nuevo proveniente de la segunda bolsa. Las toxinas y el exceso de agua de la sangre pasan al líquido que se recambia varias veces al día manualmente. Esto mantiene la función renal residual durante más tiempo. Se ha definido como diálisis adecuada “la cantidad y calidad de diálisis necesaria para que el paciente se encuentre bien, sin sintomatología urémica, con la mejor corrección posible de las alteraciones metabólicas y sistémicas relacionadas con la uremia, consiguiendo una

larga supervivencia del paciente y de la técnica con la menor morbilidad además de permitir una buena calidad de vida".⁽¹⁰⁾

Hemodiálisis (HD) Para limpiar la sangre, la HD utiliza una máquina de diálisis y un filtro especial (dializador). La sangre del paciente ingresa a la máquina desde el punto de acceso en el paciente (fístula, injerto vascular o una línea central temporal), se filtra y luego vuelve al paciente. La sangre y los líquidos de diálisis no se mezclan, la sangre fluye a través de una membrana semi-permeable que solo permite el paso de algunas moléculas. Este procedimiento tarda entre 3 y 6 horas y, por lo general, se realiza tres veces por semana. Normalmente se lleva a cabo en un área de HD para hospitalizados o ambulatorios, bajo la supervisión de personal capacitado.⁽¹⁰⁾

ANSIEDAD Y DEPRESION EN ENFERMEDAD RENAL CRONICA

Estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la ERC y al tratamiento de Diálisis. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la Diálisis, sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de diálisis (Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez & Rebollo, 2001).

Por otro lado, el nivel de impacto de la IRC sobre la calidad de vida del individuo puede estar relacionado con patologías de base asociadas como lo serían, entre otras, la diabetes y la hipertensión arterial.⁽¹¹⁾

La depresión puede estar vinculada a la modalidad de tratamiento de Hemodiálisis (HD), ya que el paciente tiene que estar conectado continuamente a la máquina de hemodiálisis y así experiencia restricciones significativas en la vida independiente. En adición, la tasa de suicidios reportados en HD es más alta, mientras un número considerable de muertes como resultado de la transgresión en la dieta también podrían ser contabilizados como el suicidio.⁽¹¹⁾

Por otra parte, se informó que los pacientes en HD encaran problemas psicosociales, que pueden contribuir a conflictos entre ellos y sus cuidadores. Tal hallazgo podría atribuirse en parte a las condiciones estresantes de la modalidad de HD, incluyendo visitas frecuentes y prolongados tiempos de espera en la unidad de diálisis. Respecto a dimensiones psicológicas en la enfermedad renal en etapa terminal, parece que los pacientes con Diálisis peritoneal (DP) se ajustan mejor que la HD. Esta puede ser debido a que el tratamiento peritoneal da mayor autonomía y control, flexibilidad en la vida cotidiana y el régimen dietético, y menos restricciones sociales. Pacientes con DP se han reportado con mejor calidad de vida, en áreas

específicas como la "capacidad percibida de viajar" "preocupaciones financieras", "restricción en el comer y beber", y "problemas de acceso a la diálisis".

Por otra parte, los pacientes con DP han indicado calificaciones más positivas en varias enfermedades, por ejemplo, menos carga de la enfermedad renal, y siendo más animado y satisfecho con la atención. ⁽⁹⁾

Con respecto al efecto de las variables sociodemográficas en la salud mental de los pacientes, se informa que el género tiene un efecto; por lo que los pacientes femeninos presentan mayores puntuaciones de depresión, así como ansiedad y las puntuaciones más bajas en afectos positivos. Mientras que los pacientes masculinos son reportados con más actividades sociales e intereses y mejor calidad de vida.

Existe evidencia de la presencia de estados emocionales en las ECNT, como la depresión y la ansiedad en la diabetes, el síndrome de fatiga crónica en la artritis, la esclerosis múltiple y la artritis reumatoide; mientras que algunos estudios demuestran que la ansiedad se encuentra asociada en mayor medida a la EPOC y a las enfermedades cardíacas (Moitra, Mongold, Sperry, & Kyle, 2011); por su parte, la depresión y miedo a la muerte se presenta con mayor frecuencia en la fase terminal de la enfermedad renal crónica (Pruchno et al., 2009). ⁽¹¹⁾

Durante las fases de recaída o crisis es común encontrar síntomas de depresión, ansiedad, angustia y ansiedad ante la muerte (Porcelli, 2010), que se generan por las situaciones de hospitalización, la percepción de deterioro de la salud, la aparición de nuevos síntomas asociados a la enfermedad o la presencia de algunos que ya se habían mantenido bajo control. Se crea entonces incertidumbre en el paciente, debido al curso impredecible de la enfermedad, la continua amenaza a la vida y la pérdida de la esperanza de una cura real. ⁽¹¹⁾

Si bien la tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los enfermos renales crónicos y mejorar el tratamiento sustitutivo de la función renal, la presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia al tratamiento, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos. Varias investigaciones enfatizaron que la depresión en los pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y a un aumento de los riesgos de mortalidad (De los Ríos, Ávila & Montes, 2005; Drayer et al., 2006; García et al., 2002; Kimmel & Peterson, 2006). ⁽¹²⁾

Kurella, Kimmel, Young y Chertow (2005) concluyeron en su estudio que la depresión en pacientes renales aumenta en un 84% las probabilidades de suicidio

en comparación con la población general de EE.UU. Según la American Psychiatric Association [APA], “Las que comportan un mayor riesgo suicida son las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas (...) como la insuficiencia renal terminal”.⁽¹²⁾

El hombre vive tan sólo para no morir; de tal suerte que la expectativa de dejar de existir no pueda ser vista sino con ansiedad por bien que se entienda lo irremediable de su ocurrencia y la necesidad de su asunción. La muerte es siempre una separación obligada; separación de este mundo y separación del otro. Cómo bien sostenía Caruso (2005): “Toda separación amorosa es una aproximación a la muerte”, y lo que nos liga a este mundo y a aquellos que lo habitan es en definitiva el amor, el apego. Quizá cuando todos (o al menos esa mayoría significativa que llena nuestra historia) se hayan ido, quizás entonces sea más fácil asumir que hay que seguirles.⁽¹³⁾

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Se ha sugerido (Grau et al., 2008) que la muerte no es un fenómeno instantáneo, sino un proceso biológico, psicosocial y cultural. La ansiedad ante la muerte ha sido definida (Templer, 1970; Limonero, 1997) como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenazas reales o imaginarias a la propia existencia que pueden desencadenarse por estímulos ambientales, situacionales o de disposición relacionados con la muerte propia o ajena. Por otro, Heidegger expone que la angustia ante la muerte es vivida como el miedo a la aniquilación y a la experiencia de la nada, lo cual causa temor.⁽¹⁴⁾

El manejo de la muerte es muy complejo dentro del sistema de salud, principalmente en aquellos servicios de atención a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y en donde la muerte del paciente forma parte del proceso de atención cotidiano. La atención de este tipo de pacientes hace necesario considerar a la muerte, no únicamente como proceso biológico sino como un proceso multidimensional en el que la atención de los aspectos psicosociales, económicos y culturales son importantes de considerar. Estas necesidades se han visto reflejadas en la conformación de los servicios de cuidados paliativos cuya función principal es la atención global para el paciente con enfermedad terminal y su familia y en los que es necesario contar servicios interdisciplinarios. La atención del binomio paciente-familia, es claramente el objeto de la atención del equipo sin embargo, los aspectos de incertidumbre, lo impredecible, lo incontrolable y el sufrimiento que acompañan a la muerte, alcanzan de alguna manera al personal de salud que están expuestos a interaccionar diariamente con dichos factores.⁽¹⁴⁾

Tanto el pensamiento como la consciencia de muerte, son características exclusivamente humanas que provocan emociones intensas y una gama de actitudes y creencias que se manifiestan a través de distintas reacciones como desesperación, miedo y ansiedad, incluso ante la propia muerte. ⁽¹⁴⁾

Sandín y Chorot (1995) plantean que la ansiedad funciona como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante. Puede actuar como respuesta adaptada al preparar al organismo para responder a las demandas de su entorno, o bien como respuesta desadaptativa al anticiparse a un peligro irreal. ⁽¹⁵⁾

Spielberger (1972) diferenció la ansiedad en: ansiedad estado y ansiedad rasgo. Definió la primera como un “estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión, temor, preocupación y una alta activación del sistema nervioso autónomo”. Por otro lado, describió la ansiedad rasgo como una predisposición individual a percibir las circunstancias ambientales como peligrosas y a responder, frecuentemente, con fuertes estados de ansiedad. ⁽¹⁶⁾

AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

En términos generales, el concepto de «afrontamiento» del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés (Sandín, 1995). El afrontamiento del estrés es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la psicología clínica y la psicopatología, ya que el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud (Pelechano, 1992; Pelechano, Matud y De Miguel, 1994; Galán, Pérez San Gregorio, y Blanco, 2000; Fernández y Díaz, 2001). El afrontamiento del estrés, sin embargo, no constituye un concepto unitario, pues, como hemos señalado en otros lugares (p.ej., Sandín, 1995), son diversas las acepciones que se han presentado en la literatura científica. Uno de los significados del afrontamiento que ha adquirido mayor desarrollo en los últimos años tiene que ver con el concepto del estrés como proceso (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984; Sandín, 1995). Partiendo de esta concepción del estrés, el afrontamiento es definido como los esfuerzos en curso cognitivos y conductuales dirigidos a «manejar» las demandas internas o externas que son evaluadas como algo que grava o excede los recursos de la persona. ⁽²⁹⁾

En esta concepción del afrontamiento liderada por el grupo de Lazarus se asume que el individuo utiliza diversas estrategias para tratar con el estrés, las cuales pueden ser o no adaptativas (el afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso del estrés sea adaptativo o desadaptativo). Si bien la consideración del afrontamiento como proceso implica asumir la dependencia contextual el propio Lazarus (1993; Lazarus y Folkman, 1984) ha defendido que las estrategias de afrontamiento pueden ser estables a través de diferentes situaciones estresantes. Este concepto del afrontamiento, por otra parte, es coherente con la idea que tenemos en psicología sobre las diferentes disposiciones personales, en el sentido que las respuestas del individuo suelen estar determinadas por una interacción entre las situaciones externas y las disposiciones personales. En este sentido, como han enfatizado Torestad, Magnuson y Oláh (1990), el afrontamiento está determinado tanto por la situación como por la persona (rasgo), lo cual sería consistente con la evidencia sobre la estabilidad del afrontamiento.⁽²⁹⁾

ADHERENCIA TERAPEUTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento «Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción», define la adherencia al tratamiento, fusionando las definiciones de Haynes y Rand, como «el grado en que el comportamiento de una persona tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria».⁽¹⁾

El incumplimiento terapéutico constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud de los pacientes, y es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos. Se trata de un fenómeno común, sobre todo en procesos crónicos, y de origen complejo.⁽¹⁾

La no adherencia es un problema que se presenta en todas las edades. Se observa en casi todos los estados de las enfermedades crónicas y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia. Puede variar incluso en un mismo individuo, que cumple con el esquema de una medicación, pero no con el de otra u otras.⁽¹⁴⁾

Además, el comportamiento puede variar en el tiempo debido a la percepción del individuo, a la eficacia de la medicación, a los factores económicos, etc.

En general, se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas. En el caso de enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%. Cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, el incumplimiento es incluso más elevado.⁽¹⁹⁾

Siguiendo la clasificación de la OMS, la adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial determinado por la acción conjunta de cinco tipos de factores. Así, cada enfermedad podrá estar influenciada por todos, varios o por sólo alguno de ellos, en función de sus características particulares. ⁽¹⁹⁾

La edad es un factor con una demostrada influencia sobre la adherencia terapéutica, aunque de manera irregular. Debe evaluarse por separado para cada afección y, si fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo (es decir, niños dependientes de los padres, adolescentes, adultos y pacientes ancianos). ⁽¹⁹⁾

Las condiciones socioeconómicas y las variables relacionadas, como la raza, también se han analizado como factor predictivo de adherencia terapéutica en determinados trastornos. ⁽¹⁹⁾

Parece ser que una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica. Sin embargo, se han estudiado más los factores sanitarios que ejercen un efecto negativo. Entre éstos, podemos mencionar los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de adiestramiento y la sobrecarga de trabajo del personal sanitario, la falta de incentivos y la retroalimentación sobre el desempeño, o las consultas de corta duración. ⁽¹⁹⁾

Están relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad, y la disponibilidad de tratamientos efectivos. En este marco, los síntomas resultan clave para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato al adherirse a las prescripciones médicas tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de cumplimiento, mientras que el que presenta una enfermedad asintomática no dispone de claves internas para la acción, y su seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo. ⁽²⁰⁾

Los más notables son los relacionados con la complejidad del régimen médico: la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos secundarios y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. ⁽²⁰⁾

Los factores relacionados con el paciente, a pesar de ser sólo un determinante, merecen una especial consideración.

La adherencia dependerá, entre otros factores, de los recursos, los conocimientos, las creencias y las actitudes acerca de la enfermedad y la motivación para recuperar la salud. Algunos factores relacionados con los pacientes son el deterioro sensorial y los estados alterados del ánimo. Los pacientes deprimidos tienen 3 veces más posibilidades de ser no adherentes que los pacientes no deprimidos. ⁽²⁰⁾

La tasa de no adherencia al tratamiento dietético en pacientes renales es elevada, independientemente del estadio de la enfermedad y modalidad de TSR.

Se ha reportado que alrededor del 50% de pacientes con ERC se adhieren en forma inadecuada a su régimen terapéutico, lo cual podría comprometer gravemente su efectividad, por lo que es importante que el equipo de salud promueva intervenciones a mejorar esta situación en pacientes renales. ⁽²¹⁾

Reconocer la complejidad de los regímenes terapéuticos, y en consecuencia la adhesión a los tratamientos ha sido descrito como uno de los problemas más comunes a los que se enfrenta tanto el paciente renal como el personal de las unidades de diálisis. Sin embargo, aunque existen estudios que relacionan dicha variable con la calidad de vida, aún es escasa la evidencia científica que describe el papel de la adhesión al tratamiento y las variables psicosociales sobre en los pacientes en diálisis. ⁽²¹⁾

En cuanto a los factores emocionales, a pesar de las elevadas tasas de depresión en los pacientes en HD, que oscilan entre un 25-50 %, son escasos los estudios que tienen en cuenta la adherencia al tratamiento en relación con los problemas emocionales. Algunos datos recientes afirman que la depresión y la ansiedad son dos de las psicopatologías más frecuentes en pacientes renales, lo que aumenta la no adherencia y el incumplimiento de las restricciones dietéticas y los intentos suicidas indirectos. ⁽²¹⁾

Adicionalmente, varios trabajos centrados en analizar los determinantes de la no adherencia con muestras de pacientes ancianos sostienen que una posible causa del incumplimiento terapéutico es precisamente el bajo estado de ánimo. ⁽²²⁾

La adherencia al tratamiento tiene un efecto importante en la calidad de vida del paciente con falla renal, porque conlleva cambios importantes en el estilo de vida al conjuntarse elementos como el consumo de medicamentos, dolor, limitación de líquidos, restricción dietética, fatiga, debilidad, restricciones para realizar algunas actividades físicas, alteraciones del sueño, y frecuentes hospitalizaciones entre otros (Rivera-Ledesma et al., 2012). ⁽²²⁾

Todo ello puede ocasionar que algunos pacientes con ERC no se adhieran al tratamiento porque se dan cuenta de que todo lo que hacen no es para lograr una cura, ya que esto resulta imposible; y aunque el objetivo es que se encuentren mejor, esto no les es suficiente por cuanto deberán seguir acudiendo a sesiones de tratamiento sustitutivo de función renal y tendrán las diversas limitaciones que el tratamiento conlleva. Frente a esto los enfermos lo único que quieren es vivir lo que les quede de vida, realizando las actividades que les resultan placenteras, aunque estas perjudiquen su salud, ya que están cansados de no poder hacer muchas cosas que antes solían hacer (Pérez Balseiro, 2014).⁽²²⁾

De esta manera, el padecimiento de la enfermedad se acompaña de estrés y ansiedad que pueden afectar la adherencia al tratamiento; las personas que experimentan estos estados emocionales han perdido el interés, llegando a no importarles, pues consideran que ya se encuentran mal y piensan que el tratamiento médico no cambiará las cosas (Ruíz, 2013). En general es un proceso difícil para el paciente y sus familiares, lo que provoca que la adaptación a tratamiento sustitutivo de la función renal sea un fenómeno multifacético que involucra conductas, procesos fisiológicos, psicológicos y variables sociodemográficas (Secretaría de Salud, 2000).⁽²³⁾

Dentro de las variables que afectan la adherencia se suma la presencia de trastornos emocionales como depresión y ansiedad y el estado de desesperanza. Estos suelen mediar la evolución de la enfermedad por el impacto que provocan en la adherencia terapéutica, lo que puede complicar la sintomatología orgánica e impactar nuevamente en el estado emocional de los pacientes (García & Calvanese, 2008). La ansiedad se cree que esta se expresa específicamente en el incumplimiento de las conductas recomendadas en el tratamiento (Cohen, Cukor, & Kimmel, 2016).⁽²⁴⁾

Estudios realizados en distintos medios han encontrado una relación entre el nivel de estrés y la adherencia a tratamiento. En los Estados Unidos y en España se informó que en pacientes VIH+, el nivel de estrés percibido era un predictor importante de la adhesión al tratamiento antirretroviral. En un estudio con pacientes trasplantados de riñón, aquellos con menor adherencia al tratamiento con inmunosupresores presentaban mayor nivel de estrés percibido. Respecto de los pacientes hemodializados, un estudio estableció que a mayor nivel de estrés disminuía la adherencia a la restricción de líquidos.⁽²⁵⁾

PREGUNTA DE INVESTIGACION

Es clara e importante la necesidad de contar con evidencia empírica que permita delimitar la problemática emocional y adaptativa del paciente con IRC y generar, con base en evidencia, estrategias de intervención centradas en la realidad clínica de los sujetos que acuden a los centros hospitalarios en busca de una atención integral.

La ansiedad ante la muerte ha sido definida (Templer, 1970; Limonero, 1997) como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenazas reales o imaginarias a la propia existencia que pueden desencadenarse por estímulos ambientales, situacionales o de disposición relacionados con la muerte propia o ajena. Por otro, Heidegger expone que la angustia ante la muerte es vivida como el miedo a la aniquilación y a la experiencia de la nada, lo cual causa temor.

En términos generales, el concepto de «afrontamiento» del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés (Sandín, 1995). El afrontamiento del estrés es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la psicología clínica y la psicopatología, ya que el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud (Pelechano, 1992; Pelechano, Matud y De Miguel, 1994; Galán, Pérez San Gregorio, y Blanco, 2000; Fernández y Díaz, 2001). Partiendo de esta concepción del estrés, el afrontamiento es definido como los esfuerzos en curso cognitivos y conductuales dirigidos a «manejar» las demandas internas o externas que son evaluadas como algo que grava o excede los recursos de la persona.

Muchos de los síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la ERC; debido a esto es importante realizar una evaluación integral que no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico a través del cual se intente abordar esta problemática con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y tengan una adecuada adherencia terapéutica.

Por lo anterior nos preguntamos:

¿Se asocian el nivel de ansiedad ante la muerte y el afrontamiento al estrés con la adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal?

OBJETIVO GENERAL

Se determinó la asociación entre el nivel de ansiedad ante la muerte, el afrontamiento al estrés con la adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Se describió el perfil sociodemográfico de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.
- Se mencionaron los aspectos clínicos de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal. (tiempo de evolución de la enfermedad renal crónica, tipo tratamiento sustitutivo de la función renal, tipo de tratamiento farmacológico).
- Se indagó la adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.
- Se midió el nivel de ansiedad ante la muerte de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.
- Se describió el afrontamiento al estrés de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.

HIPOTESIS

H0 No existe asociación entre el nivel de ansiedad ante la muerte, el afrontamiento al estrés con la adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.

H1 Existe asociación entre el nivel de ansiedad ante la muerte, el afrontamiento al estrés con la adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Se buscó la asociación entre el nivel de ansiedad ante la muerte, el afrontamiento al estrés con la adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.

POBLACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal que estén recibiendo atención en la unidad de Diálisis del Hospital General de Zona No. 24 durante noviembre y diciembre del 2017, realizado por el residente de Medicina Familiar Erik Edgar Islas Estevez, por medio de encuestas.

1. Paciente con diagnóstico de enfermedad renal crónica en fase terminal.
2. Pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal (diálisis peritoneal).

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Zona No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, hospital categorizado como atención de segundo nivel, el cual cuenta con múltiples especialidades de atención, donde encontramos la Unidad de diálisis. Dicho hospital se encuentra en Avenida Insurgentes Norte No. 1322, en la Colonia Magdalena de las Salinas, con un Código Postal 07760, en la delegación Gustavo A. Madero, en la Ciudad de México.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DEL ESTUDIO:

Hombres y mujeres derechohabientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal con atención en la unidad de diálisis del Hospital General de Zona No. 24, mayores de 18 años.

DISEÑO:

Estudio observacional, transversal, analítico y abierto.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes derechohabientes de la Unidad de Diálisis del Hospital General de Zona No. 24.
- Pacientes de sexo indistinto que se encontraban en tratamiento sustitutivo de la función renal.
- Pacientes que contaron con la mayoría de edad y aceptaron participar en el estudio.
- Expedientes clínicos de los pacientes en unidad de diálisis.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que tuvieron alguna discapacidad mental y/o deterioro cognitivo/ estado confusional por la enfermedad que les impida llenar el cuestionario.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que no llenaron el cuestionario de manera adecuada.
- Pacientes que desearon retirarse al momento del estudio.
- Expedientes clínicos ilegibles y con información incompleta.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se acudió al servicio de A. R. I. M. A. C. del Hospital General de Zona no.24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual refiere un total de la población adscrita a la Clínica de diálisis peritoneal, de 1100 al momento del estudio, partiendo de aquí se obtiene una muestra poblacional,

Con un nivel de confianza de 95% y un error muestra de 5%.

Así como una proporción esperada del 50% ya que no se conoce.

Se determinó una n de pacientes obtenida por medio de la fórmula para cálculo de la muestra de poblaciones finitas, la cual, se despliega a continuación:

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

Donde:

- n = Tamaño de la Población
- N = Total de la población (Pacientes adscritos a la Clínica de diálisis peritoneal del Hospital General de Zona No. 24, siendo 1100 al momento del estudio)
- $Z\alpha$ = 1.96 al cuadrado (Si la seguridad es del 95%)
- p = Proporción esperada (En este caso, 50% = 0.50)
- q = $1 - p$ (En este caso, $1 - 0.50 = 0.50$)
- d = Precisión (En investigación, se usará 5% = 0.05)

Aplicando fórmula:

$$n = \frac{(1100 * (1.96^2) * 0.50 * 0.50)}{((0.05^2) * (1100 - 1)) + ((1.96^2) * 0.50 * 0.50)}$$

$$n = \frac{(1056.44)}{((2.7475) + (0.9604))}$$

$$n = \frac{(1056.44)}{(3.7079)}$$

$$n = 284.91$$

Tamaño de la Población = 285 pacientes

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables sociodemográficas:

EDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento actual, en el que son consideradas 4 etapas: infancia para las personas menores a 10 años; adolescencia a los que se encuentran entre los 11 y 19 años; madurez, que es entre los 20 y 59 años y; vejez para mayores a 60 años.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se medirá en años cumplidos.

ESCALA DE MEDICIÓN: Cuantitativo continua.

SEXO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Condición orgánica determinada por el genotipo y expresada en fenotipo, que distingue entre macho (hombre) y hembra (mujer) en los seres humanos.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Resultado obtenido por cuestionario aplicado.

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa nominal dicotómica.

ESCOLARIDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Grado de escolaridad del paciente ha cursado.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se obtendrá la información a través de un cuestionario: analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato o equivalente, licenciatura y posgrado.

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa ordinal.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Representa el nivel económico correspondiente al indicativo económico.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se obtendrá tras la aplicación de un cuestionario, teniendo en cuenta rangos entre los ingresos de los pacientes: de \$0.00 a \$2,699.00; de \$2,700.00 a \$6,799.00; de \$6,800 a \$11,599.00; de \$11,600.00 a \$34,999.00 y más de \$35,000.00.

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa ordinal.

OCUPACIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Actividad, acción, cargo, oficio o profesión en la que la persona emplea su tiempo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se obtendrá la información a través de un cuestionario: funcionarios y directivos; profesionistas y técnicos; auxiliares; comerciantes y ventas; servicios personales; agricultura, ganadería, forestal; artesanales; operadores; elementales.

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa nominal politómica.

Variables de características clínicas:

TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de la enfermedad hasta la fecha actual.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Valor obtenido a través de expediente médico. También se valorará con la aplicación de cuestionario para conocer si el paciente conoce el tiempo que lleva padeciendo la enfermedad.

ESCALA DE MEDICIÓN: Cuantitativo continuo.

TIEMPO DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL:

DEFINICION CONCEPTUAL: Recurso terapéutico de soporte renal en cualquiera de las modalidades: diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal.

DEFINICION OPERACIONAL: Revisando expediente clínico, o a través de encuesta que evalúa el conocimiento del paciente sobre su tratamiento, en este estudio solo se tomara pacientes que se encuentren en diálisis peritoneal.

ESCALA DE MEDICION: Cuantitativo continuo.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

DEFINICION CONCEPTUAL. Conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo.

DEFINICION OPERACIONAL: Se obtendrá el tratamiento actual del paciente a través de la revisión del expediente clínico, así como la aplicación de cuestionario para observar conocimiento del paciente sobre su tratamiento farmacológico actual.

ESACALA DE MEDICION: Cualitativo politómico

VARIABLE DEPENDIENTE

ADHERENCIA TERAPÉUTICA:

DEFINICION CONCEPTUAL: El grado en que el comportamiento de una persona toma el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria

DEFINICION OPERACIONAL: Se evaluará la adherencia terapéutica con la aplicación del cuestionario para la evaluación de adherencia terapéutica: MBG MARTÍN-BAYARRÉ-GRAU, las categorías que componen la definición de adherencia terapéutica propuestas para la confección del cuestionario de evaluación:

- Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas.
- Participación activa en el cumplimiento: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento: es la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.
- Aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y su médico: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para elaborar la estrategia a seguir para garantizar el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.

Para observar con en influenciada por otros factores.

ESCALA DE MEDICION: Cualitativo nominal

VARIABLES INDEPENDIENTES

AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS:

DEFINICION CONCEPTUAL: Hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés.

DEFINICION OPERACIONAL: Se obtendrá con la aplicación Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003). Sus 7 dimensiones de afrontamiento han reflejado bajas correlaciones entre sí (Sandín y Chorot, 2003), lo que apoya la posibilidad de evaluar los estilos de afrontamiento de manera independiente. Para observar como hace frente al estrés el paciente, de manera positiva o negativa.

ESCALA DE MEDICION: Cualitativo dicotómica

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE:

DEFINICION CONCEPTUAL: Reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenazas reales o imaginarias a la propia existencia que pueden desencadenarse por estímulos ambientales, situacionales o de disposición relacionados con la muerte propia o ajena.

DEFINICION OPERACIONAL: Se obtendrá con la aplicación de la escala de Ansiedad ante la Muerte, EAAM (Templer, 1970; adaptada a sujetos mexicanos por Rivera- Ledesma y Montero-López Lena, 2010). En la versión adaptada a adultos mayores mexicanos, se evidenciaron tres factores (miedo a la muerte, miedo a la agonía o la enfermedad y miedo a que la vida llegue a su fin, que incluyeron 15 reactivos). Para observar el grado de ansiedad ante la muerte en los pacientes.

ESCALA DE MEDICION: Cualitativa ordinal

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previo consentimiento informado, se aplicó una encuesta a los pacientes derechohabientes que se encuentren inscritos en la Clínica de diálisis peritoneal del Hospital General de Zona No. 24 de la Ciudad de México, y que deseen participar en el estudio.

Este cuestionario incluyó el perfil sociodemográfico, donde se preguntará edad, sexo, ocupación, nivel socioeconómico y escolaridad.

También incluyó la escala de ansiedad ante la muerte de Templer y el cuestionario de afrontamiento al estrés. Cuestionario para la evaluación de adherencia terapéutica: MBG MARTÍN-BAYARRÉ-GRAU. A continuación, se describen dichas escalas:

Escala de Ansiedad ante la Muerte, EAAM (Templer, 1970; adaptada a sujetos mexicanos por Rivera- Ledesma y Montero-López Lena, 2010). En la versión adaptada a adultos mayores mexicanos, se evidenciaron tres factores (miedo a la muerte, miedo a la agonía o la enfermedad y miedo a que la vida llegue a su fin, que incluyeron 15 reactivos). La escala de ansiedad ante la muerte original contiene 15 ítems con respuesta verdadero - falso, de los cuales reciben un punto si se elige la respuesta “verdadero”, en tanto los 6 restantes son calificados con un punto si son contestados “falso”. El puntaje más bajo para la ansiedad ante la muerte es cero y el más alto es 15.

Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003). Sus 7 dimensiones de afrontamiento han reflejado bajas correlaciones entre sí (Sandín y Chorot, 2003), lo que apoya la posibilidad de evaluar los estilos de afrontamiento de manera independiente.

Consta de 42 ítems, con un rango de respuesta de 5 puntos (de 0 nunca a 4 casi siempre) y siete factores de primer orden: BAS = Búsqueda de apoyo social (6, 13, 20, 27, 34 y 41), REP = Reevaluación positiva (3, 10, 17, 24, 31 y 38), FSP = Focalización en la solución de problemas (1, 8, 15, 22, 29 y 36), RLG = Religión (7, 14, 21, 28, 35 y 42), EEA = Expresión emocional abierta (4, 11, 18, 25, 32 y 39), AFN = Auto-focalización negativa (2, 9, 16, 23, 30 y 37) y EVT = Evitación (5, 12, 19, 26, 33 y 40). Con estos siete factores de primer orden se definen dos dimensiones o factores de segundo orden: Estilo de Afrontamiento Positivo o centrado en el problema (EAP) con BAS, FSP y REP, se refiere a los esfuerzos dirigidos fundamentalmente a la fuente de origen del estrés para modificarla o eliminarla y buscar una solución satisfactoria para el sujeto. Y Estilo de Afrontamiento Negativo o centrado en la emoción (EAN) con EEA, RLG, EVT y AFN, se refiere a los esfuerzos encaminados a regular los estados emocionales que están

en relación con, o son una consecuencia de las situaciones estresantes, en este caso el sujeto no modifica la situación por lo que en algunas ocasiones el manejo no es funcional.

Cuestionario para la evaluación de adherencia terapéutica: MBG MARTÍN-BAYARRÉ-GRAU, las categorías que componen la definición de adherencia terapéutica propuestas para la confección del cuestionario de evaluación:

- Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas.
- Participación activa en el cumplimiento: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento: es la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.
- Aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y su médico: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para elaborar la estrategia a seguir para garantizar el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.

Son ítems en forma de 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Likert compuesta por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. El cuestionario recoge, además de datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad, información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético.

Su calificación se establece a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar

Por otra parte, a través de la revisión del expediente se corroboraron las características clínicas de la enfermedad, donde revisamos el tiempo de evolución de la enfermedad, tiempo de tratamiento sustitutivo de la función renal, tratamiento farmacológico.

Con todo esto se corroboro la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal.

Se revisaron las encuestas para verificar su llenado completo, se agradeció la participación y se otorgó número de folio, para que, en caso de que el paciente quiera conocer su resultado, éste sea identificable.

Posteriormente, se codificó la información para utilizar un paquete estadístico, y realizar tablas de salidas que permitieron su interpretación y análisis de datos para la redacción del escrito final.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y frecuencias, y porcentajes para variables cualitativas.

Se utilizó χ^2 para probar de hipótesis que compara la distribución observada de los datos con una distribución esperada de los datos, OR intervalo de confianza al 95%. O correlación de Spearman que es una medida de la correlación entre dos variables aleatorias continuas, en busca de asociación de las variables de estudio, considerando significancia estadística cuando $p \leq 0.05$.

Posteriormente se mostrarán los resultados con gráficas y cuadros. Mediante el SPSS versión 24

RESULTADOS

Se encuestaron 285 pacientes con una media de edad de 46.65 ± 15.31 años (18-89 años).

El perfil sociodemográfico que predominó fue hombres en el 51.25% (n=146); de escolaridad bachillerato en el 40% (n=114), con ocupación elemental (obreros, intendencia) en el 49.8% (n=142), con un ingreso económico de \$6, 800 a \$11, 599 en el 41.4% (n=118). **Cuadro 1**

Cuadro 1: Perfil sociodemográfico de los pacientes encuestados.

Variables	n	%
Sexo		
Hombre	146	51.2
Mujer	139	48.8
Escolaridad		
Primaria	39	13.7
Secundaria	103	36.1
Bachillerato	114	40.0
Licenciatura	29	10.2
Ocupación		
Profesionista y técnico	46	16.1
Auxiliares	26	9.1
Comercio y ventas	65	22.8
Servicios Personales	2	.7
Operadores	4	1.4
Elementales	142	49.8
Ingreso mensual		
De \$0.0 a \$2, 699	3	1.1
De \$2, 700 a \$6, 799	88	30.9
De \$6, 800 a \$11, 599	118	41.4
De \$11, 600 a \$35, 000	76	26.7

Las características clínicas reportadas fueron tener entre 1 y 3 años de tiempo con diagnóstico de ERC en un 29.1% (n=83); en tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal en un 29.1% (n=83). **Cuadro 2.**

Cuadro 2: Características clínicas.

Característica clínica	N	%
Tiempo de diagnóstico de ERC		
Menos de 6 meses	43	15.1
De 6 meses a 1 año	38	13.3
De 1 a 3 años	83	29.1
De 3 a 5 años	75	26.3
De 5 a 10 años	46	16.1
Tiempo de inicio de Diálisis Peritoneal		
Menos de 6 meses	43	15.1
De 6 meses a 1 año	38	13.3
De 1 a 3 años	83	29.1
De 3 a 5 años	75	26.3
De 5 a 10 años	46	16.1

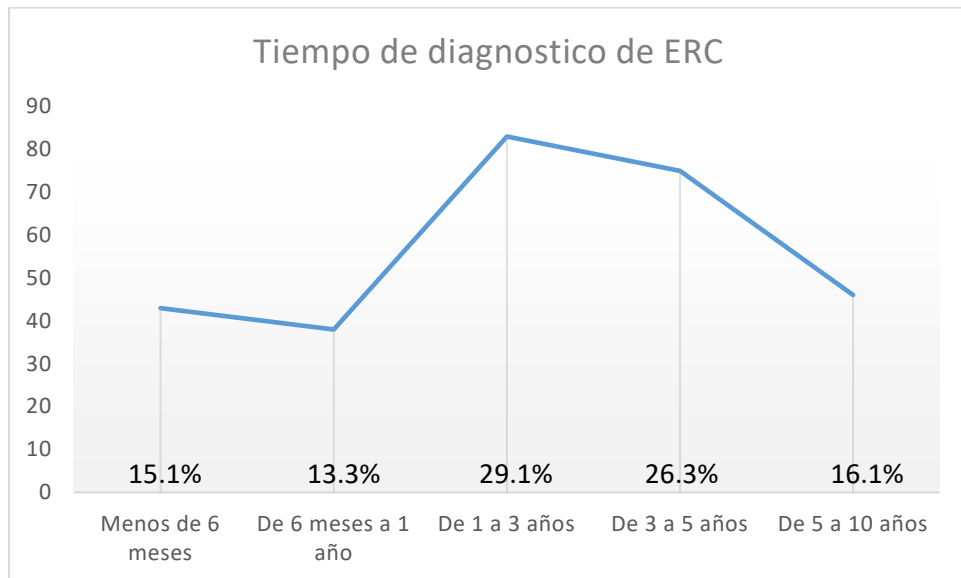


Grafico 1: Tiempo de diagnóstico de ERC.

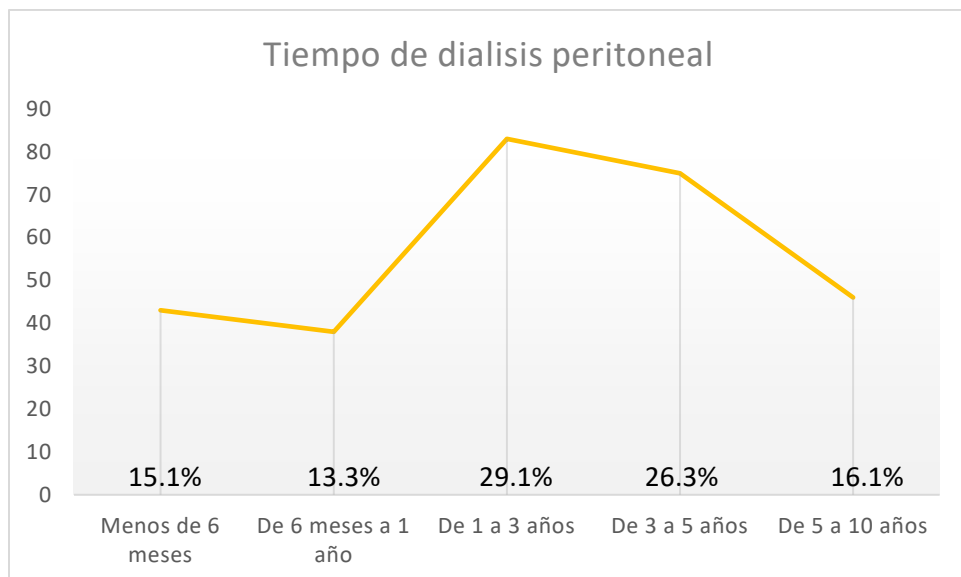


Grafico 2: Tiempo de diálisis peritoneal.

El tratamiento farmacológico usado por los pacientes encuestados fue en la siguiente distribución: Protectores de mucosa gástrica 17%, antihipertensivos 27%, multivitamínicos 46% y Estimulantes de la eritropoyesis 11%. **Grafico 3.**

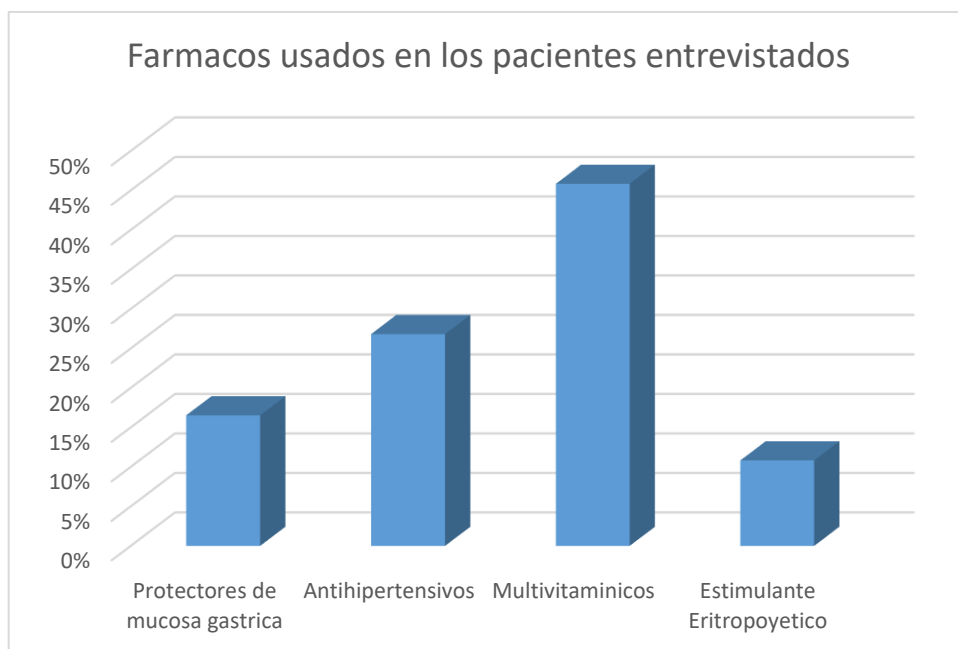


Grafico 3: Fármacos usados en los pacientes entrevistados.

La ansiedad ante la muerte se percibió alta en el 65.6% (n=187), se obtuvo una media de 11.82±1.72 puntos (8.5-14.5). **Cuadro 3.**

Cuadro 3: Ansiedad ante la muerte.

Ansiedad ante la muerte	n	%
Media	58	20.4
Alta	187	65.6

El afrontamiento al estrés fue medio con 73% (n=208), se obtuvo una media de 112.529±16.97 puntos (67-149). **Cuadro 4.**

Cuadro 4: Afrontamiento al estrés.

Afrontamiento al estrés	N	%
Bajo	17	6.0
Medio	208	73.0
Alto	60	21.1

La no adherencia terapéutica se percibió en el 98.6% (n=281), se obtuvo una media de 29.50±6.75 puntos (16-44). **Cuadro 5.**

Cuadro 5: Adherencia terapéutica.

Adherencia terapéutica	N	%
Adheridos	4	1.4
No adheridos	281	98.6

Al aplicar la correlación entre las variables de adherencia, ansiedad y afrontamiento se obtuvo una correlación leve con la ansiedad ante la muerte con 0.358 y con el afrontamiento a estrés con 0.149. **Cuadro 6.**

Cuadro 6: Correlación ρ de Spearman

ρ de Spearman	Ansiedad ante la muerte	Afrontamiento al estrés
Adherencia terapéutica	0.358	0.149
	P=0.003	P=0.000

Análisis bivariado

Se encontró asociación entre menor ansiedad ante la muerte alta y la adherencia terapéutica con una p de 0.003. Comportándose como un factor de protección con un OR de 0.93 e IC al 95% (0.86-0.99) **Cuadro 7.**

Cuadro 7: Asociación de ansiedad ante la muerte y adherencia terapéutica.

	Si adheridos a tratamiento	No adheridos a tratamiento	p
Ansiedad ante la muerte media	4	54	0.003 OR 0.93 IC al 95% (0.86-0.99)
Ansiedad ante la muerte alta	0	187	

Se encontró una asociación entre un alto afrontamiento al estrés y la adherencia terapéutica con una p de 0.000. Comportándose como un factor de protección con un OR de 0.93 e IC al 95% (0.86-0.99). **Cuadro 8.**

Cuadro 10: Asociación de afrontamiento al estrés y adherencia terapéutica.

	Si adheridos a tratamiento	No adheridos a tratamiento	p
Bajo afrontamiento al estrés	4	13	0.000 OR 0.93 IC al 95% (0.86-0.99)
Medio afrontamiento al estrés	0	208	
Alto afrontamiento al estrés	60	0	

Análisis con regresión logística ordinal

Los pacientes no se adhieren al tratamiento en un 79.6% (n=195) al tener una ansiedad ante la muerte alta en un 76.3% (n=187) y al expresar un afrontamiento medio al estrés 71% (n=174). **Cuadro 9.**

Con Cox y Snell de 0.171, Nagelkerke de 0.254 y McFadden de 0.167.

Cuadro 9: Análisis con regresión logística ordinal de ansiedad ante la muerte, afrontamiento al estrés con la adherencia terapéutica.

Variable	N	Porcentaje marginal
No adheridos a tratamiento	195	81.2%
Si adheridos a tratamiento	46	18.8%
Media ansiedad ante la muerte	58	23.7%
Alta ansiedad ante la muerte	187	76.3%
Bajo afrontamiento a estrés	17	6.9%
Medio afrontamiento al estrés	174	71.0%
Alto afrontamiento al estrés	54	22.0%

DISCUSION

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre el nivel de ansiedad ante la muerte, el afrontamiento al estrés con la adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal, donde se encontró que los pacientes no se adhieren a su tratamiento en el 80% cuando la ansiedad ante la muerte es alta y expresan un afrontamiento medio al estrés.

En un estudio realizado por Rojas-Villegas y cols. (2017) ³⁴ que sé que se llevó a cabo en 33 habitantes de la zona noroeste de México, bajo tratamiento sustitutivo de la función renal, reportaron que la sintomatología depresiva incide negativamente sobre la adherencia al tratamiento, sin embargo, no se encontró relación entre ansiedad y adherencia terapéutica, aunque los niveles de ansiedad evaluados fueron graves y moderados. Sugieren pueda deberse al instrumento utilizado para la medición de dicha variable, así como el predominio del género femenino. No obstante, este estudio se encaminó a la ansiedad hacia la muerte y no se midió de manera general como en el anterior, por lo que nuestras puntuaciones oscilaron de leve a alta

A diferencia Gómez-Arias y cols. (2011) ³⁵ en una investigación realizada en Colombia de carácter descriptivo-cuantitativa en una muestra de 12 pacientes con ERC a los que se les aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión de Hamilton. Encontraron niveles significativos de ansiedad en el 66% y depresión en el 28%, puntuaciones que corresponden a niveles normales y medios, aunque se aplicó una escala diferente a la utilizada en este estudio los resultados respecto a la ansiedad son similares a los referidos en este estudio.

Por otra parte, en el estudio de Contreras y col. (2006) ³⁶, en Bogotá Colombia con 33 pacientes en tratamiento sustitutivo de la función con hemodiálisis se encontró que la adhesión al tratamiento parece fortalecer la percepción de control que tiene el individuo sobre su enfermedad y tratamiento, lo que puede tener incidencia sobre los aspectos emocionales (afrontamiento, expectativas de eficacia, ansiedad y depresión entre otras), en los que este grupo reporta mayores niveles, relacionados con puntuaciones más altas en salud mental y en el componente mental en general, aspectos que podrían relacionarse a su vez con el menor dolor percibido en este grupo de pacientes. Lo cual coincide con los resultados obtenidos, a diferencia que los pacientes presentan otro tipo de tratamiento sustitutivo de la función que es una variable que aquí no se estudió.

Así mismo Taskapan y cols. (2005) ³⁷, en un estudio realizado en Turquía, con 40 pacientes en hemodiálisis, el diagnóstico de depresión se encontró en el 35% y/o ansiedad en el 65% lo cual se correlaciona con disminución de la adhesión terapéutica, que coincide con la asociación encontrada en este estudio aun siendo diferente la variable de tratamiento sustitutivo de la función y el número de pacientes entrevistados.

En conclusión, se encontró que los pacientes no se adhieren cuando tienen alta ansiedad ante la muerte y un afrontamiento, sin embargo, faltaría explorar otras variables que puedan influir en la adherencia como la red social e apoyo aspectos familiares o apoyo familiar, calidad de vida, etapa de la enfermedad, conductas de autocuidado, que pueden actuar como mediador sobre la adherencia.

CONCLUSION

El perfil sociodemográfico que predominó fue una media de edad de 46.65 ± 15.31 años (18-89 años), hombres en el 51.25%; de escolaridad bachillerato en el 40%, con ocupación elemental (obreros, intendencia) en el 49.8%, con un ingreso económico de \$6, 800 a \$11, 599 en el 41.4%

Los aspectos clínicos de los pacientes que predominaron fue 1 y 3 años de tiempo con diagnóstico de ERC en un 29.1%; en tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal en un 29.1%, con tratamiento farmacológico con protectores de mucosa gástrica en el 17%, antihipertensivos en el 27%, multivitamínicos en el 46% y estimulantes de la eritropoyesis en el 11%.

La no adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal se percibió en el 98.6%.

Al medir el nivel de ansiedad ante la muerte de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal se percibió alta en el 65.6%.

El afrontamiento al estrés de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal se observó medio con el 73% (n=208),

Se encontró que existe correlación leve entre adherencia terapéutica, con la ansiedad ante la muerte con 0.358 y con el afrontamiento al estrés con 0.149.

Los resultados del estudio permitieron verificar las proposiciones entre los indicadores de las variables, edad, género, ocupación, escolaridad, ingresos mensuales, tiempo diagnóstico de enfermedad renal crónica, tiempo de diálisis peritoneal y los instrumentos que se utilizaron Escala de ansiedad ante la muerte de Templer, Cuestionario de afrontamiento al estrés y cuestionario para evaluación de adherencia terapéutica, con una muestra de 285 pacientes , que se atienden en la clínica de diálisis peritoneal del Hospital General de Zona no. 24 del Instituto Mexicano de Seguro social.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Se establece que los factores como alta ansiedad ante la muerte y un afrontamiento medio al estrés ante la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento sustitutivo de la función renal en este caso diálisis peritoneal, se pudo sustentar que se afectada al no adherirse correctamente a su tratamiento.

En este estudio se ha analizado el efecto de aquellas variables que mostraron un elevado interés descriptivo, en general coincidentes con las consideradas en otros estudios y, en general, los resultados observados en nuestro estudio no difieren de los publicados en la literatura revisada.

Asimismo, es necesario identificar en qué medida los servicios de salud y el personal de salud toman en consideración el estado emocional o psicológico de los pacientes, no solo como factores que se relacionan con la adherencia terapéutica; sino como un aspecto primordial en la atención médica para favorecer la calidad de vida y el estado de salud integral al que todo ser humano tiene derecho.

BIBLIOGRAFÍA:

1. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Geneva: OMS; 2004.
2. Rivera LA, Montero LM, Sandoval AR, Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal, Salud Mental 2012;35:329-337, Vol. 35, No. 4, julio-agosto 2012.
3. Garcia-Llama H. Remor E. Selgas R. Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis Psicothema 2013, Vol. 25, No. 1, 79-86, doi: 10.7334/psicothema2012.96, ISSN 0214-9915 Coden Psoteg.
4. Orozco, G, A, Castiblanco, O, L, Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles, (Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia), Revista colombiana de psicología Vol. 24 N.º 1 Enero-Junio 2015 ISSN 0121-5469 Impreso 2344-8644 En línea Bogotá Colombia - pp. 203-217.
5. KADIGO 2012, Clinical Practice Guideline For The Evaluation and Management of Chronic Disease 2013, 3:1-150
6. García. LI. H, Barbero, T. J. Olea, C. Jiménez, G. del Peso, J.L. Miguel, R. Sánchez, O. Celadilla, F. Trocoli, M.T. Argüello, Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso, R. Sergas, Nefrología 2010;30(3):297-303, doi: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Apr.10407.
7. Moreno N. E, Arenas J. M. D, Porta B. E, Escalant C. L, Cantó G. M. J, Castell G. G, Serrano G. F, Samper LI. J, Millán M. D. Cases I. J, Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis, Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2010; 7 (4): 225/233.
8. Alba M, R. Insuficiencia renal crónica: cuando se pierde la autonomía, Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 42, 2015. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.04>.

9. González a. B. S, Rodríguez P. M, Ruipérez G. L, Ferré G. A, Cunillera P. O. Rodríguez L. L, Enfermedad renal crónica en Atención Primaria: prevalencia y factores de riesgo asociados, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.06.003>212-6567/© 2014 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

10. Páez, A, Jofré, M. Azpiroz, C. De Bortoli, M, A. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis, Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 8 No. 1 PP. 117-124 ene-abr 2009 ISSN 1657-9267.

11. Capote L, E. Torres L, V. Prevalencia y comportamiento clínico de síntomas depresivos en pacientes en hemodiálisis periódica intermitente, Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba. Revista Cubana de Medicina Militar 2014;43(1):61-71, <http://scielo.sld.cu>.

12. Herrera, L, Nobles E, Acuña, E, Características psicodinámicas de duelo en pacientes con insuficiencia renal terminal, Universidad de San Buenaventura (Cartagena), Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. N.º 28: 197-218, 2011.

13. Theofilou, P, Depression and Anxiety in Patients with Chronic Renal Failure: The Effect of Sociodemographic Characteristics, Department of Psychology, University of Panteion, Eratous, 14568 Athens, Greece, International Journal of Nephrology, Copyright © 2011 Paraskevi Theofilou.

14. Rivera-Ledesma, A. Montero-López L, M. Sandoval-Ávila, R. Escala de Ansiedad ante la Muerte, de Templer: propiedades psicométricas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal Journal of Behavior, Health & Social Issues, vol. 2, núm. 2, noviembre-abril, 2010, pp. 83-91 Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud, A. C. Distrito Federal, México

15. Colin R. Martin, A. E. Tweed, M, S. Metcalfe, A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients diagnosed with end-stage renal disease, Department of Health Sciences, University of York, UK, Department of Medical Psychology, University Hospitals of Leicester NHS Trust, UK, Department of Surgery, University Hospitals of Leicester NHS Trust, UK, British Journal of Clinical Psychology (2014), 43, 51–64.

16. Lim, L, Jin, A, Ng, T, Anxiety and depression, chronic physical conditions, and quality of life in an urban population sample study, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2012) 47:1047–1053DOI 10.1007/s00127-011-0420-6.

17. Elliott, B, Gessert, C, Larson, P, Russ, T, Shifting responses in quality of life: People living with dialysis, Qual Life Res (2014) 23:1497–1504DOI 10.1007/s11136-013-0600-9.

18. Sánchez M. Jiménez B, E, Conductas resilientes de dos adolescentes con insuficiencia renal crónica en fase terminal, MEDISAN 2014; 18(2):225.

19. Vilaplana P, C, González J, F, Ordoñana M, J, Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica, Departamento de Anatomía Humana y Psicobiología. Universidad de Murcia. Pharm Care Esp. 2012; 14(6): 249-255.

20. Rangel C, M, Méndez H, M, Adherencia al Tratamiento Dietético en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diferentes Modalidades de Tratamiento, un Análisis Comparativo, Vol. 1 no. 2, Verano de la Investigación Científica, 2015.

21. Martín A, Grau, A, Espinosa B, Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas, Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40 (2):225-238.

22. Mabán, E, A, Almagiá, E, B, autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados, Ciencia y Enfermería XVI (3): 63-72, 2010 ISSN 0717-2079.

23. Duca, M, Gallegos, G, Trenchi, M. Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia, Revista Biomedicina | Medicina Familiar y Comunitaria. 2013, 8 V(10) | u | m 6e n- 1V5I || INS°S N2 |15 J1u0I-i9o7 240711

24. García-Llana, H, Remor, E, del Peso, G, Selgas, R, El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura, *Nefrología* 2014;34(5):637-57 doi:10.3265/Nefrología.pre2014.Jun.11959
25. Rodríguez-López, M; Varela A, M; Rincón-Hoyos, H; Velasco P, M. Caicedo B, D; Méndez P, F; Gómez G, O, Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2015; 33 (2): 192-199. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n2a06
26. Huertas, M, P, Pérez, G. R, Albalade, M, de Sequera, P, Ortega, M, Puerta, M, Corchete, P, Alcázar, R, Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica, *Nefrología* 2014;34(6):737-42 doi:10.3265/Nefrología.pre2014.Jul.12477
27. Rojas, V, Y, Ruíz, A, González, S, R, Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal, *Revista de Psicología*, 26(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>.
28. González, M. Landero, R. Cuestionario de afrontamiento del estrés (cae): validación en una muestra mexicana, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 12, N.º 2, pp. 189-198, 2007, ISSN 1136-5420/07.
29. Código de Nuremberg (1946), tomado de: <http://campus.easp.es/recursos/CursoBioetica/bioetica/Codigo%20de%20nuremberg.pdf>
30. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Tomada de: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeem/article/viewFile/4982/4586>
31. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental Fuente: National Institutes of Health, disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._I_NTL_Informe_Belmont.pdf
32. Ley general de salud. Última reforma DOF12-11-2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>

33. Carta de consentimiento informado (adultos), 2810-003-002. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normativaInst/2810-003-002_Anexo_2.pdf
34. Biblioteca de la Universidad Pública de Navarra, Oficina de Referencia. Guía para citar y referenciar. Estilo Vancouver (internet), 2016, Recuperado a partir de: <https://goo.gl/LaU/46>.
35. Rojas-Villegas, Y. Ruíz-Martínez, A. González-Sotomayor, R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. REVISTA DE PSICOLOGÍA 2017, 26(1), 1-13. ISSN 0716-8039-ISSNe 0719-0581. www.revistapsicologia.uchile.cl
36. Gómez Arias, J. M. Naranjo Guzmán, L. Y. Olarte Briñez, E. J. Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia-Quindío. Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis», 21, 1-11. <https://dx.doi.org/10.21501/16920945.67>.
37. Contreras, f. Esguerra, G. Espinosa, J. C. Gutiérrez, C. Fajardo, I. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Universitas Psychologica. ISSN: 1657-9267. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750305>
38. Taskapan H, Ates F, Kaya B, Emul M, Kaya M, Taskapan C, et al. Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic haemodialysis. Nephrology (Carlton) 2005;10(1):15-20.

ANEXOS:

Anexo 1: Carta de consentimiento informado:

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Adultos)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Asociación entre el nivel de ansiedad ante la muerte, el afrontamiento al estrés con la adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No. 24. Av. Insurgentes Norte No. 1322, Colonia Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Gustavo A. Madero, Ciudad de México.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Buscar como el nivel de ansiedad ante la muerte y el afrontamiento al estrés afecta o altera la adherencia terapéutica (si cumple con el tratamiento) de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal (diálisis peritoneal)
Procedimientos:	Realización de cuestionario dirigido a paciente de forma escrita.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta no se obtiene ningún beneficio personal, sin embargo los resultados son muy valiosos para aplicarlos a todo el grupo de pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal (diálisis peritoneal) informando al personal de salud que tomará todas las medidas y estrategias que favorezcan una mejor calidad de atención, ser enviados a otros servicios cuando sea necesario, orientar a los pacientes para una mejor adherencia terapéutica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos que deriven de las encuestas nos darán la oportunidad de establecer estrategias educativas intencionadas a brindar información y mejorar la calidad de atención.
Participación o retiro:	La participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento que usted así lo decida, sin tener ninguna repercusión en la continuidad de tratamiento preestablecido.
Privacidad y confidencialidad:	Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley general de Salud, la información se mantendrá de manera confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
☐ ☐ ☐	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA. Médico Familiar. Matricula: 10859357. Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS. Calzada Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas. Ciudad de México. Tel: 55874422 Ext.15368 y 15320. Correo electrónico: carmenaguirre1@yahoo.com.mx
Colaboradores:	DR. Erik Edgar Islas Estevez. Residente de Segundo Año en la Especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS. Matricula 98352567. Celular: 5531484430. Correo electrónico: erikedgari@gmail.com DRA. GABRIELA PASOS ARCE: Médico Nefrólogo. Matricula: 11172169. Hospital General de Zona No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Avenida Insurgentes Norte No. 1322, Col. Magdalena de las Salinas, con un Código Postal 07760, en la Ciudad de México. Tel. 5577 5906 : Correo electrónico: nefrologagaby@yahoo.com.mx
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. Ciudad de México, CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

Anexo 2: Cuestionarios

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

FICHA DE IDENTIFICACION

Es importante que recuerde que toda la información proporcionada en esta investigación es estrictamente confidencial.
Por su cooperación gracias.

Numero de seguridad social: _____
Edad _____ Teléfono _____ Sexo: Hombre ____ Mujer ____

Escolaridad:

Analfabeta	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Posgrado
------------	----------	------------	--------------	--------------	----------

Ocupación:

FUNCIONARIOS Y DIRECTIVOS	PROFESIONISTAS Y TÉCNICOS	AUXILIARES	COMERCIANTES Y VENTAS	SERVICIOS PERSONALES
AGRICULTURA Y GANADERÍA	FORESTAL	ARTESANALES	OPERADORES	ELEMENTALES

Ingresos mensuales:

de \$0.00 a \$2,699.00;	de \$2,700.00 a \$6,799.00;	de \$6,800 a \$11,599.00;	de \$11,600.00 a \$34,999.00	más de \$35,000.00.
-------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------	---------------------

Insuficiencia Renal Crónica diagnosticada hace:

MENOS DE 6 MESES	MAS DE 6 MESES, PERO MENOS DE 1 AÑO	DE 1 A 3 AÑOS	DE 3 A 5 AÑOS	DE 5 A 10 AÑOS MAS DE 10 AÑOS
------------------	-------------------------------------	---------------	---------------	-------------------------------

El tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal se realiza desde hace9:

MENOS DE 6 MESES	MAS DE 6 MESES, PERO MENOS DE 1 AÑO	DE 1 A 3 AÑOS	DE 3 A 5 AÑOS	DE 5 A 10 AÑOS MAS DE 10 AÑOS
------------------	-------------------------------------	---------------	---------------	-------------------------------

¿MENCIONE QUE MEDICAMENTOS TOMA Y DESDE HACE CUANTO TIEMPO?

Medicamento: _____ Tiempo: _____
Medicamento: _____ Tiempo: _____
Medicamento: _____ Tiempo: _____
Medicamento: _____ Tiempo: _____
Medicamento: _____ Tiempo: _____
Medicamento: _____ Tiempo: _____

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Marque con una cruz la respuesta con la que esté de acuerdo.

1. Tengo mucho miedo de morirme.	Verdadero	Falso
2. Pienso en la muerte.	Verdadero	Falso
3. Me pone nervioso que la gente hable de la muerte.	Verdadero	Falso
4. Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme.	Verdadero	Falso
5. Tengo miedo de morir.	Verdadero	Falso
6. Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer	Verdadero	Falso
7. Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte.	Verdadero	Falso
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo.	Verdadero	Falso
9. Me da miedo tener una muerte dolorosa.	Verdadero	Falso
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.	Verdadero	Falso
11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.	Verdadero	Falso
12. Pienso que la vida es muy corta.	Verdadero	Falso
13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.	Verdadero	Falso
14. Me horroriza ver un cadáver.	Verdadero	Falso
15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro.	Verdadero	Falso

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA TERAPEUTICA:
MBG MARÍN-BAYARRE-GRAU16, PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIO DE DIÁLISIS

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CON LA QUE ESTÉ DE ACUERDO:

1.- Toma los medicamentos en el horario establecido

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

2.- Se toma todas las dosis indicadas

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

3.- Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

4.- Realiza los cuidados del catéter indicados

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

5.- Asiste a las consultas de seguimiento programadas

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

6.- Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

7.- Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

8.- Puede cumplir el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

9.- Puede llevar a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

10.- Usted y su médico deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

11.- Usted y su médico conversan acerca de cómo cumplir el tratamiento

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

12.- Tuvo la posibilidad de manifestarla aceptación del tratamiento prescrito por su médico

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
---------	--------------	---------	------------	-------

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín & Chorot, 2003).

Rodee con un cruz la respuesta con la que este de acuerdo:

Nunca 0	Pocas veces 1	A veces 2	Frecuentemente 3	Casi siempre 4
---------	---------------	-----------	------------------	----------------

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1.Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

2.Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

4. Descargué mi mal humor con los demás

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

6.Le conté a familiares o amigos cómo me sentía

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

7.Asistí a la Iglesia

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

8.Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

10.Intenté sacar algo positivo del problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

11.Insulté a ciertas personas

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

12.Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

13.Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

14.Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

15.Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

16.Comprendí que yo fui el principal causante del problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

17.Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

18.Me comporté de forma hostil con los demás

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

19.Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

20.Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

21.Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

22.Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

23.Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

24.Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

25.Agredí a algunas personas

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

26.Procuré no pensar en el problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

27.Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

28.Tuve fe en que Dios remediaría la situación

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

29.Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

30.Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

31.Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»

0	1	2	3	Casi siempre 4
---	---	---	---	----------------

32.Me irrité con alguna gente

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

33.Practiqué algún deporte para olvidarme del problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

34.Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

35.Recé

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

36.Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

37.Me resigné a aceptar las cosas como eran

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

38.Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

39.Luché y me desahugué expresando mis sentimientos

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

40.Intenté olvidarme de todo

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

41.Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------

42.Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar

Nunca 0	1	2	3	Casi siempre 4
---------	---	---	---	----------------