



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON
MEDICINA FAMILIAR No 1**

“LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”

RELACIÓN DEL TIPO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LA
EXPRESIÓN DE PSICOPATOLOGÍA EMOCIONAL EN PACIENTES EN
TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL DE PRIMERA VEZ EN EL H.G.R.
CON MF NO. 1 CUERNAVACA MORELOS.

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS: R-2022-1701-026

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MEDINA VERDIGUEL JUAN DANIEL

MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

D. EN C. LAURA ÁVILA JÍMENEZ

COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. DANIEL REAL JUÁREZ

MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

CUERNAVACA, MORELOS, FEBRERO 2024



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.

**RELACIÓN DEL TIPO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LA EXPRESIÓN
DE PSICOPATOLOGÍA EMOCIONAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS
PERITONEAL DE PRIMERA VEZ EN EL H.G.R. CON MF NO. 1 CUERNAVACA
MORELOS.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. MEDINA VERDIGUEL JUAN DANIEL
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

A U T O R I Z A C I O N E S :

**DRA. AMELIA MARISA LEIVA DORANTES
COORD. DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DR. MARIANO CASTILLO SALAZAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**

DRA. SARAHÍ RODRÍGUEZ ROJAS
COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. CIDRONIO ALBAVERA HERNÁNDEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. DANIEL REAL JUÁREZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

**RELACIÓN DEL TIPO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LA EXPRESIÓN
DE PSICOPATOLOGÍA EMOCIONAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS
PERITONEAL DE PRIMERA VEZ EN EL H.G.R. CON MF NO. 1 CUERNAVACA
MORELOS.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DR. MEDINA VERDIGUEL JUAN DANIEL
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

PRESIDENTE DEL JURADO
(DRA. SANDRA IMELDA CAMACHO OCTAVIANO)
MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITA EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.7

SECRETARIO DEL JURADO
(DR MIGUEL CASTAÑÓN MAYO)
MÉDICO NEFRÓLOGO ADSCRITO AL HOSPITAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO.1

VOCAL DEL JURADO
DRA. EN C. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ

VOCAL DEL JURADO
DR. DANIEL REAL JUÁREZ

DEDICATORIA:

Dedicada primeramente y como todo logró a mi familia:

A mi madre, mujer constante, bondadosa y sobre todo con la misión de mirar siempre para con su familia.

A mi padre, ejemplo de disciplina y superación día a día, envidió siempre su entrega y dedicación hacia el futuro.

A mi hermana, con la que comparto un vínculo inusual, y que a pesar de todo estamos el uno para el otro, y quién también me ha regalado a alguien que es parte esencial de mi vida, mi sobrina.

A Alicia, mi sobrina, quien vino a crear nuevos lazos en la familia, y por quien nos esforzamos en el día con día.

Sin embargo, cayendo en el egocentrismo, del cual la mayor parte de los hombres padece, quiero dedicar esta tesis a mí. Esta tesis fue la traducción exacta de una vida tan desordenada, y que, a pesar de ello, tiene extractos de perfeccionismo, claro, a mi manera. Es esta tesis, la culminación de tres años de distintos desafíos profesionales, educativos, personales, y familiares. Es con esta tesis, con las que viví desvelos, evitaciones, enojos, pero a la vez, vinieron con ella nuevos conocimientos, nuevas ambiciones, logros propios. Por eso mismo, quiero dedicar el poco o mucho esfuerzo planteado en este trabajo a mí, para que, en un futuro, cuando el abstracto sendero de la vida se vuelva largo y complejo, recuerde que alguna vez ya lo he logrado...

AGRADECIMIENTOS:

A la primera persona que creyó en mí a pesar de no conocer mi peculiar manera de trabajar, a aquella persona con la que existe un lazo de admiración previa, y con la cual vinieron una decena de emociones a lo largo de esta travesía, quien guio mi camino, trato de quitar parte de mi desorden y quien siempre apoyo este proyecto a pesar de los altibajos. A usted, doctora Laura.

El COVID-19 trajo consigo un sinnúmero de malas noticias, sin embargo, fue esta misma pandemia, la que me hizo conocer a la segunda persona que alumbro parte de este viaje, quien me ofreció su ayuda en todo momento, y quizá se defraudo en algún punto, pero que, a pesar de ello, su profesionalismo y sus valores se priorizaron ante todo, al Dr. Real, parte primordial desde la concepción de la idea hasta la ejecución de la misma y la culminación en esta tesis.

Al Dr. Cidronio, una persona ética y justa en todo momento, con el que hubo algunas tensiones, pero que fueron esenciales para notar la calidad de ser humano que es, y aquel en cual despeje muchas de las dudas que este proyecto me dejaba. Agradezco no sólo la ayuda en mi tesis, sino también el conocimiento en materia de metodología de la investigación, el trabajo como coordinador y su fervor hacia con la medicina familiar.

A la doctora Rosalba, primera coordinadora, con la cual gracias a su insistencia en cumplir con los tiempos, ayudo a que hubieran menos tardanzas en este proyecto.

A muchos doctores en este trayecto de tres años, la doctora Trini, la doctora Toledo, la doctora Orihuela, la doctora Neri, el doctor Bermúdez, la doctora Aranda, el doctor Zúñiga etc.

A mis compañeros de generación, y a los amigos que hice en estos años, Pao, Caty, Martin...

ÍNDICE

DIRECTORIO.....	1
RESUMEN.....	7
MARCO TEÓRICO.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
OBJETIVOS.....	24
HIPÓTESIS.....	25
MATERIAL Y MÉTODOS.....	26
RESULTADOS.....	42
DISCUSIÓN.....	72
CONCLUSIÓN.....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....	91

RESUMEN

RELACIÓN DEL TIPO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LA EXPRESIÓN DE PSICOPATOLOGÍA EMOCIONAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL DE PRIMERA VEZ EN EL H.G.R. CON MF NO. 1 CUERNAVACA MORELOS.

Medina Verdiguél Juan Daniel¹, Jiménez Ávila L1 ², Real Juárez D ³

¹Residente de medicina familiar con sede en el HGR C/MF No.1 Cuernavaca, Morelos, ² Dra. C.CAMIS, IMSS OOAD, Morelos. ³ Médico Psiquiatra. Adscrito a la SSA, Morelos

Introducción: El IMSS, es la institución más importante en el abordaje de pacientes en diálisis peritoneal.

Las estrategias de afrontamiento son procesos dinámicos, del individuo, ante un evento estresor, como la diálisis. En México no existen estudios que relacionen las estrategias de afrontamiento y la expresión patologías psiquiátricas emocionales. Conocer dicha relación permitirá el manejo integral de los pacientes.

Objetivo: Analizar la relación del tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas en la expresión de psicopatología emocional en pacientes con diálisis peritoneal de primera vez en el H. G. R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, analítico, retrospectivo en 79 pacientes en diálisis peritoneal de primera vez. Se aplicó la entrevista MINI, y el inventario de afrontamiento de Cano para determinar el tipo de estrategia de afrontamiento usada y la expresión de psicopatología emocional. Se realizó el análisis bivariado con la prueba estadística de Chi², se realizó una razón de momios para darle dirección a dicha relación.

Resultados y discusión: De los 79 pacientes que participaron en el estudio, 39 de ellos (49.37%) expresaron algún tipo de psicopatología emocional, 37.97% expresó trastorno depresivo mayor, 22.78% expresó trastorno de ansiedad generalizada. Las estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas guardan una relación estadísticamente significativa con la expresión de psicopatología con valores p de 0.028 y 0.005 respectivamente en la prueba de Chi². El uso de estrategias de afrontamiento adaptativas tuvo una RM de 0.35 con valor de p de 0.030 (IC 95%

0.13-0.90) mientras que el uso de estrategias desadaptativas tuvo una RM de 3.78 con valor de p 0.006 (IC 95% 1.47-9.72) en la expresión de psicopatología

Conclusiones: De los 79 pacientes que participaron en el estudio, 39 de ellos (49.37%) expresaron algún tipo de psicopatología emocional, 37.97% expresó trastorno depresivo mayor, 22.78% expreso trastorno de ansiedad generalizada. Existe una relación entre el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas en la expresión de psicopatología emocional. El uso de las estrategias adaptativas protege un 65% para expresar un tipo de psicopatología emocional.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, enfermedad renal crónica, diálisis peritoneal, depresión, ansiedad

1. MARCO TEÓRICO:

Enfermedad Renal Crónica

Definición

La enfermedad renal crónica (ERC) en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² sin otros signos de enfermedad renal (5). Su gravedad se ha clasificado en 5 categorías o grados en función del FG y tres categorías de albuminuria, debido a que la proteinuria (en este caso presentado por la albumina) destaca como el factor pronóstico modificable más potente de progresión de la ERC. En el estadio 5 es necesaria realizar una terapia de sustitución de la función renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis) o la búsqueda del trasplante renal (5).

Epidemiología

A nivel mundial, en 2017 hubieron 697.5 millones casos de ERC. Casi un tercio de los pacientes con ERC vivían en dos países, China (132.3 millones de casos) e India (115.1 millones) Bangladesh, Brasil, Indonesia, Japón, México, Nigeria, Pakistán, Rusia, Estados Unidos y Vietnam tenían más de 10 millones de casos de ERC cada uno (6).

Desde 2013 la prevalencia de enfermedad renal crónica ha aumentado a razón aproximada de 669 personas con insuficiencia renal por cada millón de habitantes. Países como México, Brasil, Panamá, Uruguay, Argentina y Puerto Rico se encuentran sobre estas cifras, ubicándose por sobre la media, indicando tasas que van desde 663 hasta 1740 pacientes por millón de habitantes (7).

En México se estima una incidencia de pacientes con ERC es de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1142 (8). En 2008 la tasa de incidencia más alta de enfermedad renal terminal en el mundo, con 557 casos/millón de habitantes se obtuvo en el estado de Morelos y con 400 casos/millón de habitantes en Jalisco(9). El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la principal institución

que atiende y da tratamiento a la ERC, la modalidad de diálisis peritoneal tiene la mayor frecuencia en la terapia sustitutiva renal. Hasta el 2014 en el IMSS, se atendían 55 101 pacientes con terapia de sustitución de la función renal en su modalidad diálisis peritoneal o hemodiálisis, de los cuales la distribución de los pacientes por modalidad dialítica fue: hemodiálisis (HD) 41% de los pacientes, 18% intramuros y 23% extramuros o servicios subrogados; diálisis peritoneal (DP) 59%, automatizada en 27% y manual 32%(10). En 2017, 11 estados tenían tasas de mortalidad por ERC superiores a la tasa nacional: Puebla, Tlaxcala, Tabasco, Veracruz, Estado de México, Morelos, Guanajuato, Chiapas, Quintana Roo, Chihuahua y Coahuila (7).

Estrés

Definición

Estrés, del latín *stringere*, que significa oprimir, apretar, atar, que en francés dio origen a estrechar, rodear con el cuerpo(11). Según Lazarus y Folkman (en 1986) se presenta cuando la persona identifica una situación o un encuentro como amenazante, cuya magnitud excede sus propios recursos para afrontar, arriesgando su bienestar(12). Según Selye, es algo esencial, un nivel óptimo de estrés es ideal, mientras que demasiado estrés resulta dañino (13).

Selye establece dos conceptos, el eutrés y el distrés, el primero como aquel estrés necesario para motivar, rendir, crecer y para la vida, es incetivante y nos permite adaptarnos a los cambios el distrés por otro lado, es dañino, contribuye a deteriorar la salud mental y acelera el envejecimiento(13).

Estrés y rendimiento, según Selye

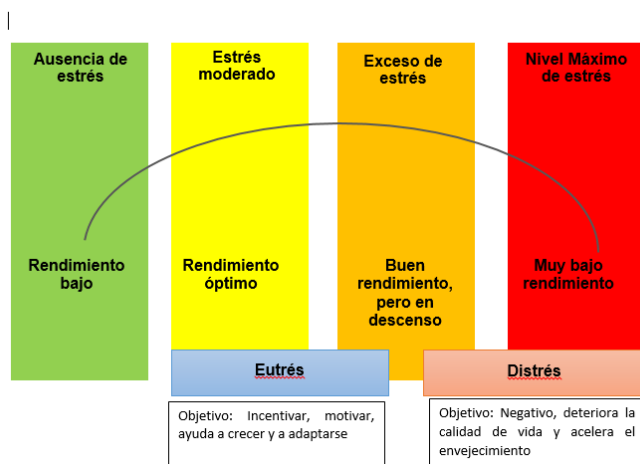


Figura 1. Esquema realizado por el autor según el modelo de estrés y rendimiento de Selye(13).

Causas

De acuerdo con Holmes, el estrés se puede clasificar de acuerdo a la etiología o factor desencadenante de la siguiente manera:

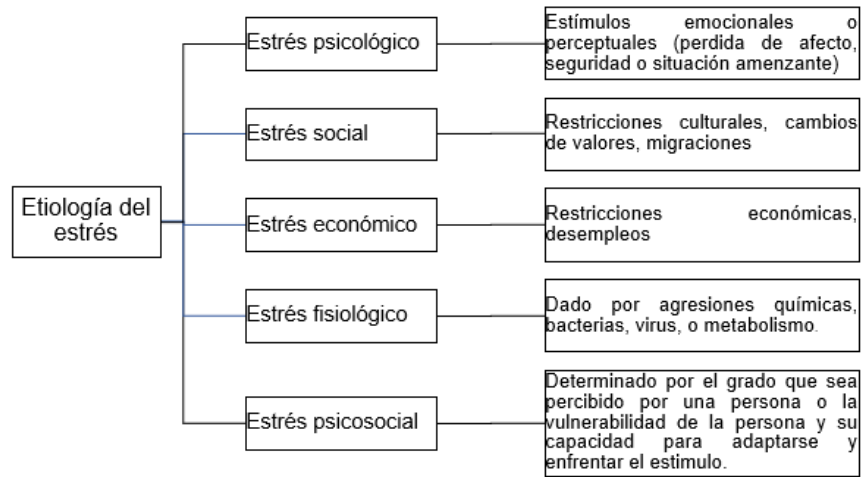


Figura 2. Esquema realizado por el autor, acorde a la clasificación de las causas de estrés según Holmes (14).

Factores estresantes

Elliot & Eisdorfer (1982) indican que los factores estresantes se dividen en cuatro categorías:

- Estresores agudos: aquellos eventos o situaciones de corta duración en el tiempo y generalmente de naturaleza externa.
- Secuencias estresantes: Con una duración más prolongada, asociados a eventos de la vida que salen de lo cotidiano (eventos extraordinarios).
- Estresores intermitentes: conjunto de estresores agudos que se presentan con cierta regularidad o periodicidad y cuya aparición genera respuestas de adaptación al estrés en el individuo.
- Estresores crónicos continuos: Situaciones que se presentan en la vida de los individuos, generan niveles de activación permanentes y son constantes en la cotidianidad de la persona (15).

Síndrome de adaptación General

Acuñado por el biólogo y endocrinólogo Hans Selye, el síndrome de adaptación general (SGA), se define como el cambio que experimenta el cuerpo humano ante una situación de estrés (13). Siendo el concepto un modelo de aplicación a los diversos sistemas biológicos.

Los seres vivos, en un proceso constante de cambio se ven inmersos a múltiples eventos estresores, y deben reaccionar de la manera más adecuada para buscar adaptación y con ello la supervivencia (16).

En los seres humanos se producen reacciones fisiológicas ante el estrés, independientemente del estímulo provocador. El SAG tiene tres fases, etapa de alarma o movilización, etapa de resistencia, etapa de agotamiento (17) . A nivel fisiológico se involucra al eje neuroendocrino, siendo los agentes hormonales los encargados de modular las acciones en el organismo (13).

La fase de alarma: fase de movilización de respuestas fisiológicas defensivas (18), el individuo reacciona ante el evento estresor y visualiza con mayor claridad el entorno.

Fase de resistencia: se activa solamente si el evento estresor se mantiene. Las glándulas suprarrenales secretan cortisol, para mantener constante el nivel de glucosa sanguínea y nutrir los músculos, el corazón y el cerebro. A la par la adrenalina suministra la energía de urgencia y el cortisol además asegura la renovación de las reservas. Es una fase donde el organismo debe "aguantar"(19), el objetivo de la fase es superar el estrés, su duración varía de acuerdo al agente estresor y el tiempo de exposición, yendo de horas, días, meses, o años. La fase también se caracteriza por regresar al estado basal en cuanto el agente estreso se retire.

Fase de agotamiento: No hay una respuesta adecuada de los órganos a los sistemas hormonales y nerviosos, hay disminución energética, y aumenta el riesgo de colapso o fallo del organismo. La hipoactividad del eje hipotálamo hipófisis adrenal (HHA) puede manifestarse a través del síndrome de estrés postraumático, depresión atípica o síndrome de fatiga. Se asocia con una respuesta adrenérgica

reducida, un descenso en la secreción de cortisol, y un incremento de la inflamación mediada por la actividad inmune (20), hay manifestaciones en todo todos los sistemas del organismo.

Hay factores, dentro del SAG, que ayudan a modular el estrés, el tipo de personalidad, el sexo, la edad, la calidad de vida, así como las estrategias de afrontamiento que las personas adopten.

Afrontamiento

El afrontamiento es el conjunto de respuestas cognitivas y emocionales que los sujetos usan para manejar y tolerar el estrés; es decir, estrategias más comunes con las cuales una persona se enfrenta a las situaciones de la vida cotidiana (21). Folkman y Lazarus señalan al afrontamiento como un proceso cambiante, que varía a lo largo del tiempo con fines de adaptación. Lazarus y Folkman (1986) definen al afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (22) Se puede expresar como afrontamiento centrado en el problema, donde se busca eliminar la situación estresante y afrontamiento centrado en la emoción, en el que se busca eliminar el malestar emocional que se presenta secundario a la situación estresante, ambos tienen características específicas, y las diversas investigaciones asocian más al afrontamiento centrado en la emoción a problemas de índole psiquiátrico, sin embargo, cuando ambos se enfocan de manera adecuada dan pie a mecanismos de protección para el evento estresor

El afrontamiento es un proceso dinámico que varía a lo largo del tiempo, dependiendo de las distintas demandas del entorno y su objetivo es la adaptación.

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento (EA) son los procesos concretos utilizados en cada ambiente determinado, siendo altamente cambiantes al depender de las situaciones desencadenantes (23). Su objetivo es mediar las demandas que agotan o sobrepasan al individuo (21).

Existen tantas EA como autores que han abordado el tema, se retoma mayormente el binomio de Lazarus y Folkman, los cuales dividen al afrontamiento en dos, en el afrontamiento conductual o centrado en el problema, con un abordaje directo de la situación, y el afrontamiento emocional, centrado en el restablecimiento del equilibrio emocional que la situación ha alterado al paciente, generalmente mediante el cambio en las cogniciones (24).

En el afrontamiento centrado en el problema, los esfuerzos se dirigen a solucionarlo (mediante la modificación, eliminación o reducción). Se considera el estilo de afrontamiento más eficaz para el manejo de situaciones estresantes y está asociado a una mejor adaptación y al bienestar psicológico, por su parte el afrontamiento emocional no se intenta modificar la situación, sino que los esfuerzos pretenden disminuir el malestar generado por la misma, este tipo se asocia con psicopatología y al implicar estados emocionales negativos, su eficacia es menor (24).

La literatura menciona que los dos tipos de estrategias, enfocados de manera positiva, generan un factor de adaptación al estrés, por el contrario un mal enfoque en ambos tipos, predispone una desadaptación al estrés, sin embargo, también se hace mención que el afrontamiento centrado en la emoción, al tener una eficacia menor, se puede considerar un afrontamiento desadaptativo por sí mismo, por lo cual, para fines del presente protocolo, se homologará el concepto de estrategias de afrontamiento adaptativo, a las estrategias de afrontamiento centradas en la conducta y se entenderá al afrontamiento desadaptativo, a las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción

Desarrollo de Psicopatología

Suarez en 2010, menciona que los fracasos continuos y las estrategias desadaptativas pueden producir cambios en la salud del individuo, provocando la aparición o empeoramiento de enfermedades, tanto mentales como fisiológicas. Asimismo, la exposición a situaciones estresantes o traumáticas puede derivar en el desarrollo de sintomatología o trastornos mentales.(24)

La forma en cómo se aborda y afronta una situación de adversidad o desafío, puede marcar una diferencia material en su desarrollo posterior. Si la persona se siente abrumada, pueden volverse más vulnerable a problemas y trastornos psicológicos posteriores; si está a la altura del desafío, puede volverse más dura, se fortalece y será más resistente a las amenazas y dificultades futuras. En una comparativa con el sistema inmune frente a microorganismos, donde se desarrollan anticuerpos y memoria, el caso del afrontamiento ante el estrés, brinda adaptabilidad. Las formas desadaptativas de afrontamiento de ésta manera, están relacionadas con la psicopatología (25).

Se han estudiado los vínculos que asocian al afrontamiento y a la psicopatología, por ejemplo Aldao Amelia en su artículo “Especificidad de las estrategias de regulación cognitiva de las emociones: un examen transdiagnóstico, publicado en 2010 nos brinda la conclusión que estrategias de regulación cognitiva desadaptativas en el contexto emocional estaban fuertemente asociadas con la psicopatología (26). En 2019 Falgares Giorgio, demostró que los síntomas depresivos o de ansiedad, en pacientes con amputación, estaban mediados por el afrontamiento desadaptativo orientado a la emoción(27). Las investigaciones tornan en un eje, dividir al afrontamiento en el que se centra en el problema o en la emoción, en el activo o el pasivo, en el evitativo o el enfocado.

Sobre la psicopatología y las estrategias de afrontamiento, Coyne y Racioppo (2000) refieren que en una búsqueda en PsycINFO, desde 1967 hasta el 2000 existían más de 23.000 artículos que hacían referencia al afrontamiento como predisponente al desarrollo de enfermedades psiquiátricas(28).

El afrontamiento se ha conceptualizado como un moderador, mediador, mecanismo y proceso recíproco en las relaciones entre estrés y psicopatología, se postula que todas (o algunas formas) de afrontamiento son moderadores que minimizan, amortiguan o exacerbaban los efectos negativos del estrés en el ajuste o en la aparición o recaída de la psicopatología. El afrontamiento puede considerarse un factor estabilizador o desestabilizador que ayuda a mantener un ajuste psicológico positivo durante los períodos estresantes o puede explicar por qué los factores estresantes conducen a la psicopatología (25).

La asociación entre psicopatología y afrontamiento es compleja, pero hay referencias en la literatura que muestran un vínculo probablemente bidireccional entre ambas entidades, la resiliencia o el desarrollo de enfermedad forman parte del resultado final de la ecuación estrés, individuo y afrontamiento. Cuando se hallaba instaurada una enfermedad psiquiátrica por ejemplo, Oxman, Hegel, Hull, y Dietrich, en 2008 refieren que las estrategias de afrontamiento actuaban como moderadores en la respuesta del tratamiento psicológico en pacientes con depresión.(29) Autores como Broen, Read y Kahler en 2003, Holley y colaboradores; en 2014 Levin, Ilgen y Moos en 2007, consideran que las estrategias de afrontamiento actúan como variables mediadoras en los resultados de los tratamientos, en un amplio tipo de problemáticas (30) . Por lo tanto, el afrontamiento es un marcador clave y un actor en las cascadas del desarrollo de las que emerge la psicopatología(25). Incidir en esta línea es clave para el correcto manejo en los pacientes con un afrontamiento desadaptativo.

Para homologar conceptos, se definirá a la psicopatología como un símil de trastornos mentales, si bien no hay una definición en concreto, la mayoría de ellas incluyen las cuatro “D”:

(Desviación) Conductas fuera de las normas de funcionamiento, ya sean porque son diferentes, extremas, inusual, quizás incluso bizarras

(Distrés) Los comportamientos, ideas o emociones tienen que además causar malestar, angustia, desagrado, molestia. (Disfunción) El comportamiento tiende a ser disfuncional porque interfiere con el funcionamiento, la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades diarias de manera constructiva (Dangerous/Peligro, por su vocablo en inglés) El comportamiento puede entrañar peligrosidad hacia sí mismo o hacia los otros (31).

Lo anterior describe entonces a las alteraciones a nivel conductual, funciones cognitivas, comportamiento que interfieren con la vida de las personas, y que por tal motivo desencadenan problemas somáticos, sociales y generan una calidad de vida baja.

Dentro de la psicopatología, se han estudiado los procesos de regulación emocional, que tienen un papel esencial en un importante número de trastornos. Son muy frecuentes las investigaciones que coinciden en encontrar diversos problemas de regulación emocional en la población clínica. Dichos problemas se han encontrado en personas con trastornos depresivos, ansiedad y trastornos de la personalidad. Se entenderá entonces como psicopatología emocional a los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo (depresión mayor y persistente, o antes llamada distimia), los cuales se encuentran entre los problemas mentales más frecuentes (32).

Trastorno depresivo persistente o distimia

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) es el estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años (33).

Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento (34). Los criterios del DSM-5 incluyen alteraciones en el estado de ánimo, la pérdida de interés o placer, alteraciones en el peso, sueño, concentración, así como sentimientos de culpabilidad, o pensamientos de muerte (33).

Trastorno de ansiedad generalizada

En el DSM-5 se cataloga como

Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades, causando inquietud fatiga, problemas para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones en el sueño, deterioro laboral (33).

Aspectos psicosociales de la enfermedad renal crónica

La Enfermedad Renal Crónica, constituye un punto de inflexión en la vida de las personas que la padecen. Surgen numerosos cambios percibidos como "*desafíos*" a los que hay que enfrentarse, generando confusión y ansiedad como consecuencia de las amenazas a la identidad, a nivel físico (salud), psicológico (creencias, sentimientos) y social (roles, estatus socio-económico (35).

El tiempo de evolución de la enfermedad, la edad y sexo del paciente, así como el contexto sociocultural y familiar, constituyen parámetros para afrontar la patología, sin embargo, son las estrategias que individualmente el paciente con enfermedad renal mantenga, para mantener un equilibrio, o en caso contrario una perturbación en su salud mental cuando exista un evento estresor mayor, como es el inicio de la terapia de sustitución renal.

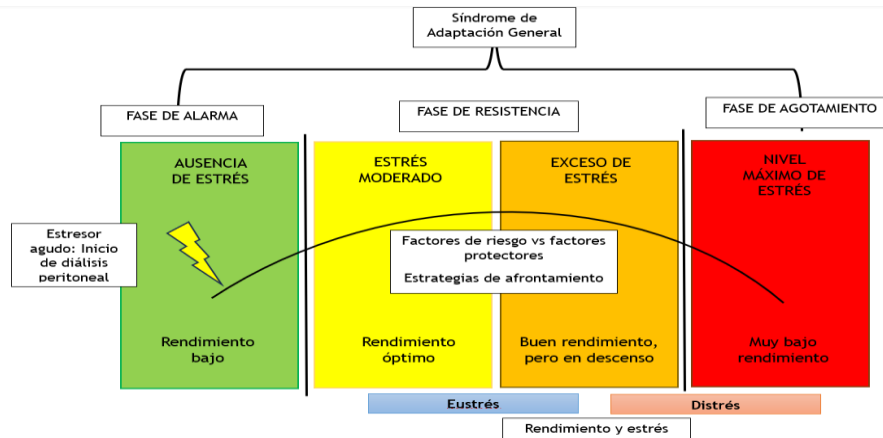


Figura 3. Esquema realizador por el autor, en base al modelo del SAG y del estrés propuesto por Selye, el cual incorpora al evento estresor (DP), las estrategias de afrontamiento del paciente y la adaptación o desadaptación, con la expresión o no de la psicopatología emocional (13) (17).

Trastornos psiquiátricos dentro de la terapia de sustitución renal

Un meta análisis en el ámbito de depresión y pacientes con diálisis mostró que la prevalencia de depresión en la población en diálisis variaba según la metodología de diagnóstico, desde el 22,8% mediante el diagnóstico basado en entrevistas hasta el 39,3% utilizando escalas de calificación auto administradas o administradas por el médico (36).

En 2019, en un estudio que evaluaba la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis crónica se encontró que el 42,6% de los pacientes presentaron probabilidad de tener ansiedad, el 52,5% depresión, y el 32,8% presentaban la probabilidad de padecer ambas alteraciones (ansiedad y depresión) (37).

Instrumentos de evaluación

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento realizado por Cano y cols. (2007), cuya versión inglesa es de Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989)(38). es una encuesta de 40 ítems. Validado por la UNAM en 2010 se obtuvieron alfas de

Cronbach entre 0.70 y 0.86 (1) mientras que en estudio de Cano en 2007 se obtuvieron alfas de.63 a 0.89, con un promedio de 0.78 (38).

El inventario, evalúa las estrategias de afrontamiento, y las divide en las centradas en la emoción o en el problema. Tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias(39). La persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que define la frecuencia de realización en la situación descrita. Al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento (38).

Las ocho estrategias primarias son: Resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica. (37)

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)

Las entrevistas diagnósticas estructuradas y semiestructuradas en psiquiatría se han desarrollado de forma paralela a las clasificaciones internacionales (DSM IV y CIE 10), para orientar y guiar los procesos clásicos de valoración. Se utilizan tanto para la investigación como en la práctica clínica cotidiana, agilizando procesos y mejorando la fiabilidad óptima de los diagnósticos. Estandarizan los trastornos y sus comorbilidades, evalúan también su duración y su evolución.(40)

La MINI es una breve entrevista diagnóstica estructurada desarrollada en Francia y Estados Unidos, la cual explora en los adultos sus principales trastornos psiquiátricos y puede ser aplicada por entrevistadores no especializados. Incluye todos los síntomas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), los diagnósticos son establecidos durante la entrevista, las respuestas son dicotómicas y evalúa la presencia de los desórdenes más comunes; así mismo, confirma la severidad de los síntomas.(41)

Este instrumento determina la presencia de 16 trastornos mentales con una especificidad y sensibilidad de 85% y valor predictivo positivo de 75%; para algunos trastornos evalúa episodios actuales; para otros, episodios de por vida o ambos (42).

2. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad renal crónica representa un problema de salud pública a nivel local, nacional y mundial. Son diversas sus etiologías sin embargo el desenlace es el mismo, la terapia de sustitución de la función renal. La diálisis peritoneal es la principal terapia utilizada en México, siendo el IMSS la principal institución que se encarga de este abordaje.

A pesar de ser la diálisis peritoneal la principal terapia utilizada en el país, hay un déficit de información epidemiológica a nivel nacional acerca de las diversas modalidades de la terapia de situación renal, las cifras más recientes varían entre 2017 y 2018. En Morelos hay escasa o nula epidemiología sobre el tema.

Se han realizado estudios sobre estrategias de afrontamiento y terapia sustitutiva de la función renal, sin embargo, la mayoría abordan a pacientes en hemodiálisis por una mayor frecuencia de esta modalidad en países desarrollados. Se encuentran investigaciones acerca de la calidad de vida y el desarrollo de depresión y ansiedad en pacientes con diálisis o hemodiálisis. Los estudios que relacionen las estrategias de afrontamiento y un vínculo con psicopatología de tipo emocional en pacientes con enfermedad renal crónica son prácticamente inexistentes en México.

Dado que en México la terapia sustitutiva renal más frecuente es la diálisis peritoneal, transpolar parte de la metodología utilizada previas investigaciones (como la de Turquía en 2019, con pacientes en hemodiálisis por Işık Ulusoy y Kal, o la de Arabia Saudita, en 2019 hecha en pacientes con hemodiálisis por Erbay, Zebgin y colaboradores) y conjuntarlas nos llevará a una comparativa interesante, y los resultados que se obtengan serán de suma importancia en el primer nivel de atención, teniendo en cuenta que el abordaje como médico familiar tiene un enfoque biopsicosociocultural, y dependiendo el vínculo que se encuentre entre estrategias de afrontamiento y de patologías psiquiátricas será la manera de abordar a los pacientes para un mayor impacto en su tratamiento y calidad de vida.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por sí misma la ERC representa un evento agresor o estresor para el paciente, el sumarle otro evento (físico y mental) como lo es la diálisis peritoneal, desencadena en el paciente una serie de estrategias encaminadas a la adaptación. Cuando estas estrategias tienen un enfoque inadecuado, el proceso de adaptación es alterado y puede propiciar la aparición o exacerbación de enfermedades o trastornos psiquiátricos, si bien diversos estudios, dentro de la literatura abordan el desarrollo de psicopatología con las estrategias de afrontamiento desadaptativas.

El establecer una relación entre las estrategias de afrontamiento como modificadoras del curso de la enfermedad renal crónica ante un evento de tipo diálisis peritoneal, con la posterior expresión de trastornos psiquiátricos de tipo emocional previos o de novo, da un panorama interesante de investigar para establecer las bases de un abordaje terapéutico que integre la salud mental en los pacientes con terapia sustitutiva renal, desde estadios previos, en un primer nivel de atención, para fortalecer factores protectores en estos pacientes.

Por lo tanto, nos planteamos la siguiente **pregunta de investigación:**

¿Cuál es la relación del tipo de estrategias de afrontamiento en la expresión de psicopatología emocional, en los pacientes con diálisis peritoneal de primera vez del H. G. R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos

4. OBJETIVO:

Objetivo General.

Analizar la relación del tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas en la expresión de psicopatología emocional en pacientes con diálisis peritoneal de primera vez en el H. G. R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Objetivos específicos:

- Identificar la frecuencia y los tipos de estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con diálisis peritoneal de primera vez en el H. G. R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.
- Estimar la frecuencia de expresión de psicopatología emocional acorde al tipo de estrategias de afrontamiento en los pacientes con diálisis peritoneal de primera vez en el H. G. R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.
- Comparar la relación entre el tipo de estrategias de afrontamiento y la expresión de psicopatología emocional utilizadas en los pacientes con diálisis peritoneal de primera vez en el H. G. R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estrategias de afrontamiento desadaptativas se correlacionan con la expresión de psicopatología emocional en los pacientes con diálisis peritoneal de primera vez del H. G. R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

a. Tipo de diseño

Estudio de tipo encuesta transversal, retrospectivo y analítico. Se incluyó a 79 pacientes en diálisis peritoneal de reciente instauración (menos de un mes) de 11 a 18 años, derechohabientes, hospitalizados en la unidad de diálisis del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, en el periodo de febrero-junio 2023, mediante muestreo no probabilístico. Encuesta Transversal

b. Cálculo de tamaño de la muestra

No se realizó cálculo de tamaño de muestra, se realizó un calculo de potencia estadística.

Se calculó la potencia estadística para una prueba de hipótesis nula (H_0) con una proporción igual a 0.5000. Se establecieron las siguientes suposiciones: un nivel de significancia (α) de 0.0500, una prevalencia de psicopatología (acorde a lo visto anteriormente en el marco teórico) de 0.3250 y un tamaño de muestra de 79 pacientes. Con estos parámetros, el poder estimado de la prueba fue de 0.90.

Prueba H_0 : $p = 0.5000$, donde p es igual a la proporción

Suposiciones:

Alpha = 0.0500

Prevalencia = 0.3250

Tamaño de muestra = 79

Poder estimado:

Poder = 0.90

c. Criterios de selección del estudio

i. Criterios de inclusión

-Pacientes mayores de edad, ambos sexos, que se encuentren en terapia sustitutiva de la función renal tipo diálisis peritoneal de reciente instauración (menos de un mes) y que se encuentren en el proceso de capacitación en el servicio de diálisis peritoneal, en el periodo de enero – junio 2023

Criterios no inclusión

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado de participación
- Pacientes que rechacen participar en el estudio
- Pacientes que no contesten completamente los instrumentos de evaluación

Operacionalización de variables

Variable dependiente: Estrategias de afrontamiento

Variable independiente: Expresión de psicopatología emocional

Nombre	Tipo	Función	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Indicador
Estrategias de afrontamiento	Cualitativa	Independiente	Esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como situaciones que agotan o sobrepasan los recursos personales	Aplicando el inventario de afrontamiento modificado por Cano, en 2017, con 40 ítems, Se obtendrán 8 escalas primarias, las cuales pueden agruparse empíricamente en dos grupos estrategias de afrontamiento centradas en la conducta/ emoción	Nominal/dicotómica	Estrategias de afrontamiento adaptativo / estrategias de afrontamiento desadaptativo
Expresión de psicopatología emocional	Cualitativa	Dependiente	Trastorno distímico; es el estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está	Se aplicará la entrevista MINI, por la OMS, en su modulo B para la detección psicopatología emocional de tipo trastorno distimico determinando	Nominal/dicotómica	Presencia/ Ausencia

			ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años	si está presente o ausente	
			Trastorno de depresión mayor: trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento	Se aplicará la entrevista MINI, por la OMS, en su modulo A para la detección psicopatología emocional de tipo trastorno depresivo mayor, determinando si está presente o ausente	
			Trastorno de ansiedad generalizada: Ansiedad y preocupación excesiva	Se aplicará la entrevista MINI, por la OMS, en su modulo O para la detección	

			(anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades	psicopatología emocional de tipo trastorno de ansiedad generalizada, determinando si está presente o ausente		
Edad	Cuantitativa	Covariabl e	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Se realizará la cedula de identificación del paciente y se obtendrán los datos necesarios, posteriormente se	Discreta	Años
Sexo	Cualitativa	Covariabl e	Apunta a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres	Se realizará una la ficha de identificación del paciente y se obtendrán los datos necesarios	Nominal /dicotómica	Hombre Mujer
Religión	Cualitativa	Covariabl e	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamient o y de	Se realizará una la ficha de identificación del paciente. Se obtendrá los datos	Nominal /dicotómica	Profesa religión no profesa religión

			ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses)	necesarios y se identificará si profesa o no alguna religión		
Nivel de escolaridad	Cualitativa	Covariabl e	Máximo grado de estudios aprobado por las personas en cualquier nivel del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero	Se realizará una la ficha de identificación del paciente. Se obtendrá los datos necesarios y se agruparan acorde al número de grados académicos que tengan	Ordinal	Ningún grado académico De 1 a 2 grados académicos 3 o más grados académicos

Recolección de datos

Una vez obtenida la aprobación y el número de registro del Comité Local de Investigación en Salud y del Comité de Ética en Investigación 1701, 17018, respectivamente, los investigadores procedimos a solicitar el permiso a los médicos nefrólogos encargados del área de diálisis peritoneal para poder reclutar a los pacientes que deseen de manera voluntaria participar en el protocolo de estudio

Por medio de un abordaje directo, se realizó la invitación al protocolo de investigación. Abordando a los pacientes que se encontraban en la sala de diálisis peritoneal, incentivando su participación, dando una detallada explicación sobre el tema a investigar, así como el objetivo de este. Se respetó de manera estricta las medidas protección al paciente que los médicos y personal de enfermería indicaron, (uso de la ropa adecuada, bata, botas, gorro y cubrebocas, así mismo el lavado de manos continuo en los cinco momentos correspondientes, se adoptaron las medidas epidemiológicas implementadas por la contingencia de salud, por el COVID-19, manteniendo el uso de cubrebocas, careta, desinfección de manos con el uso de alcohol gel al 70%, sana distancia)

Firma del con consentimiento informado: En el área de diálisis peritoneal de hospitalización a los pacientes interesados en el protocolo se entregó el consentimiento informado para que fuera leído completamente (en caso de que el paciente no supiera leer, el investigador leyó el consentimiento informado en su totalidad), a la par se explicaron los beneficios, y riesgos del estudio, aclarado que tenían la libertad, en cualquier momento, de abandonar el estudio cuando se sintieran incomodos, o así lo desearan, por diversas situaciones, sin afectar con esto su tratamiento por parte del instituto. De la misma manera se despejaron las dudas que tuvieron con relación al consentimiento informado

Aplicación de cuestionarios. Obtenida la firma de paciente, en la cama respectiva del paciente (en el área de diálisis peritoneal de hospitalización), para mayor comodidad de este. Se proporcionó los dos primeros cuestionarios autos aplicados. la cédula de datos sociodemográficos para la recolección de datos personales. El

“Inventario de estrategias de afrontamiento”, donde el tuvo que describir un acontecimiento que en el último mes le haya causado estrés y al término el paciente tuvo que contestar una serie de 40 afirmaciones y un ítem extra, con respuestas de tipo Lickert, de 5 opciones de respuesta, las cuales iban del 0 al 4, dependiendo el grado en que haya realizado la situación (0 En absoluto; 1 Un poco; 2 Bastante; 3 Mucho; 4 Totalmente), los resultados nos reportaron las estrategias de afrontamiento más utilizadas, las estrategias de afrontamiento que mide el instrumento son ocho principales, 1) resolución de problemas, 2) reestructuración cognitiva, 3) apoyo social, 4) expresión emocional, 5) evitación de problemas, 6) pensamiento desiderativo. 7) retirada social, 8) autocrítica. Identificada la estrategia más utilizada, se agrupará empíricamente a una de las dos escalas secundarias: estrategias de afrontamiento centradas en la emoción o estrategias de afrontamiento centradas en la conducta. El estimado de tiempo para contestarlo fue de 15 a 20 minutos

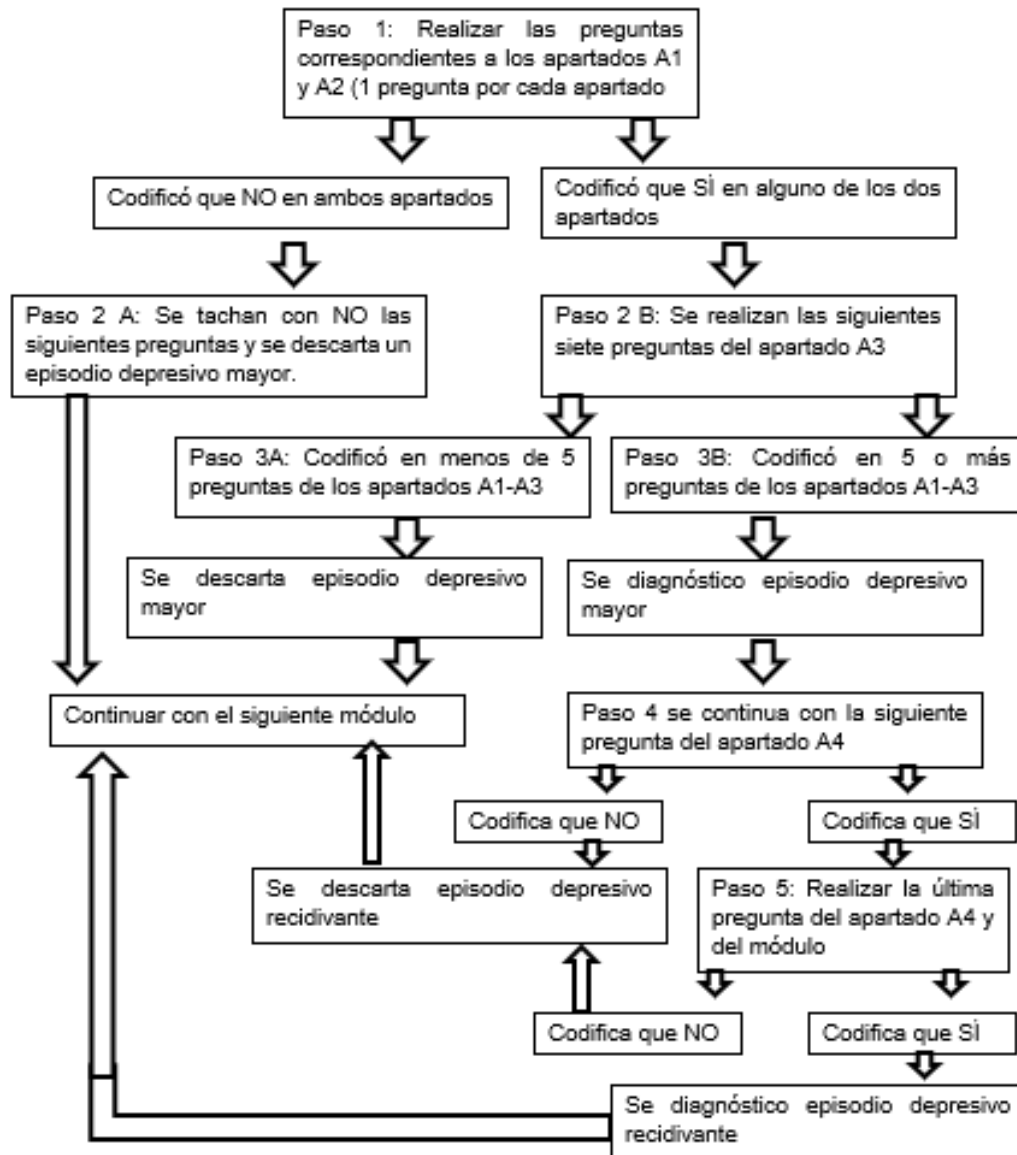
Paso 5: Realización de la entrevista MINI: Acabados los dos instrumentos auto aplicados, el investigador le explicó al paciente que le realizará una entrevista breve y estructurada, sacada de la entrevista MINI; para fines del protocolo se realizaron los módulos A, B y O, que evaluaron los trastornos emocionales (trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno de ansiedad generalizada). El módulo A que explora el trastorno depresivo mayor, consta de 11 preguntas, de las cuales dos preguntas marcan la pauta para determinar si se debía continuar con las siguientes 9 o si se continuaba con el siguiente modulo (si codificaba en ambas que “No”, se continuó con el siguiente módulo, si codifico que “Sí” en alguna de las dos, se continuaba con las siguientes 7 preguntas, se realizó una sumatoria y si codificó en 5 o más preguntas que “Sí”, se diagnosticó episodio depresivo mayor y se contestó la siguiente pregunta, si el paciente codifica que “No”, se descartó un episodio depresivo mayor recidivante, si codificó que “Sí” se contestó la última pregunta, en caso de codificar que “Sí” se diagnosticó un episodio depresivo mayor recidivante, en caso contrario se descartó un episodio depresivo mayor recidivante) (Ver algoritmo de aplicación la entrevista MINI para el módulo A “Episodio depresivo mayor”), Se continuo con el siguiente modulo . El módulo B se utilizó para el

diagnóstico de trastorno distímico, constó de 9 preguntas (se realizó la primera pregunta, si codificó que “No”, se continuaba con el siguiente módulo, en caso contrario se procedía a contestar la segunda pregunta, en caso de codificar “Sí”, se procedía a continuar con el siguiente modulo, si codifica que “No” se procedía a contestar las siguientes 6 preguntas, si codificó que “Sí” en 2 o más preguntas de las últimas 6 se procedía a contestar la última pregunta, si codificó en menos de 2 preguntas se descarta el trastorno distímico, si en la última pregunta codifica “No” se descarta el trastorno distímico, y se procedía a contestar el siguiente módulo, y sí codificó que “Sí” se diagnosticó trastorno distímico).(Ver algoritmo de aplicación la entrevista MINI para el módulo B “Trastorno distímico ”).

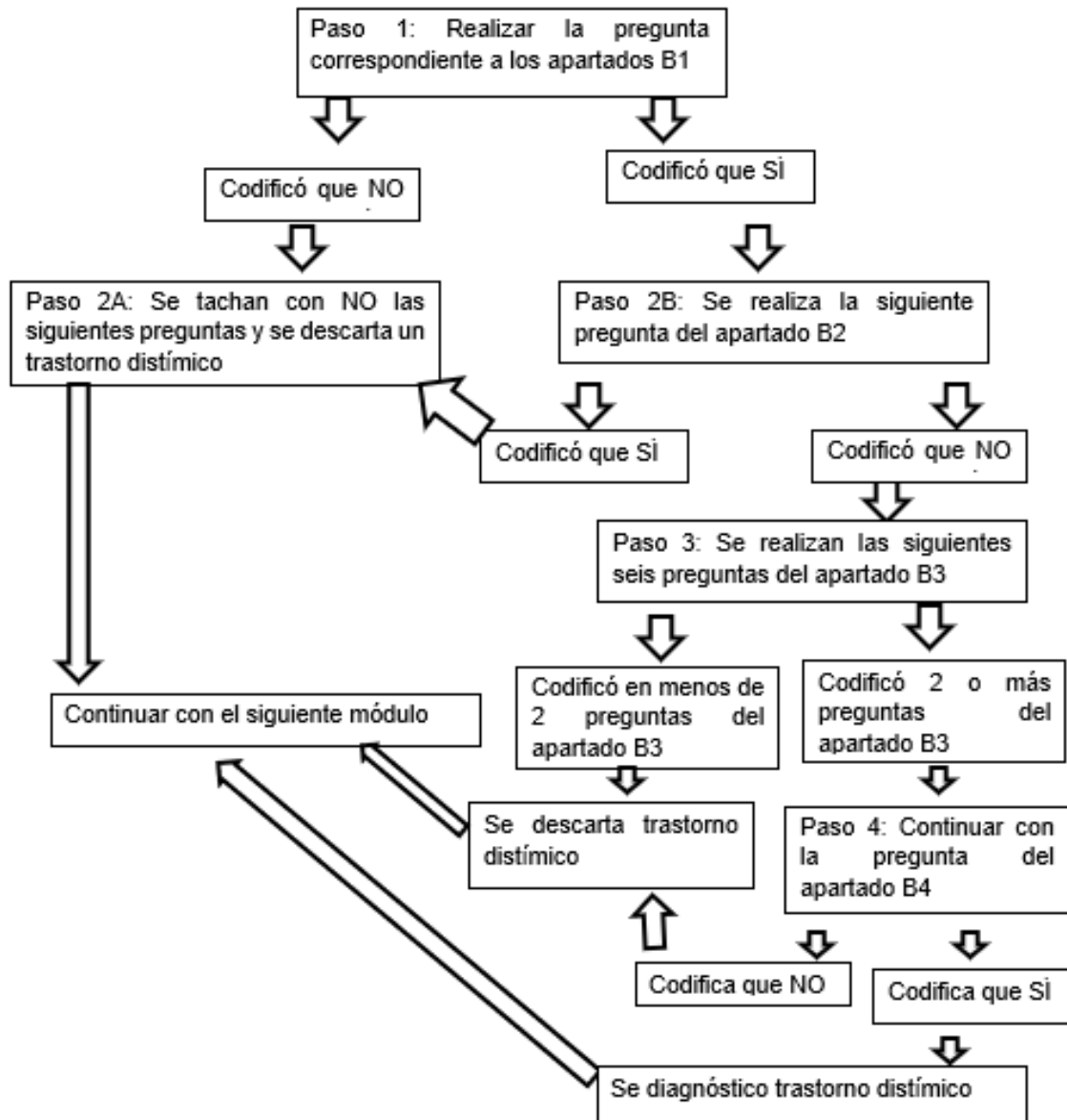
El módulo O, fue el último módulo de la entrevista MINI que se aplicó en este protocolo, valoró y diagnóstico la ansiedad generalizada, constó de 10 preguntas (se contestó la primera pregunta si codificó “No”, se descartó el trastorno de ansiedad generalizada y se finalizó la entrevista, en caso contrario se procedió a contestar la segunda pregunta, en caso de haber codificado “No”, se descartó el trastorno de ansiedad generalizada y se finalizó la entrevista, si codificó “Sí”, se continuo con la siguiente afirmación, si codifica que “Sí”, se finalizó la entrevista y se descartó el trastorno de ansiedad generalizado, si hubo una codificación negativa se contestó la cuarta pregunta, que al codificar que “ No” finalizó la entrevista, descartando el trastorno de ansiedad generalizada, en el caso contrario se contestaron las siguientes 6 preguntas, realizando una sumatoria de estas últimas 6 preguntas, si hubo 3 o más respuestas afirmativas se diagnosticó el trastorno de ansiedad generalizado, si hubo menos de 3 respuestas afirmativas se finalizó la entrevista descartando trastorno de ansiedad generalizada (Ver algoritmo de aplicación la entrevista MINI para el módulo O “Trastorno de ansiedad generalizada”).

El tiempo de recolección total de los cuestionarios y la entrevista, desde la llegada a la sala de pacientes hasta la finalización de la entrevista MINI fue de un tiempo aproximado de 26 a 30 minutos.

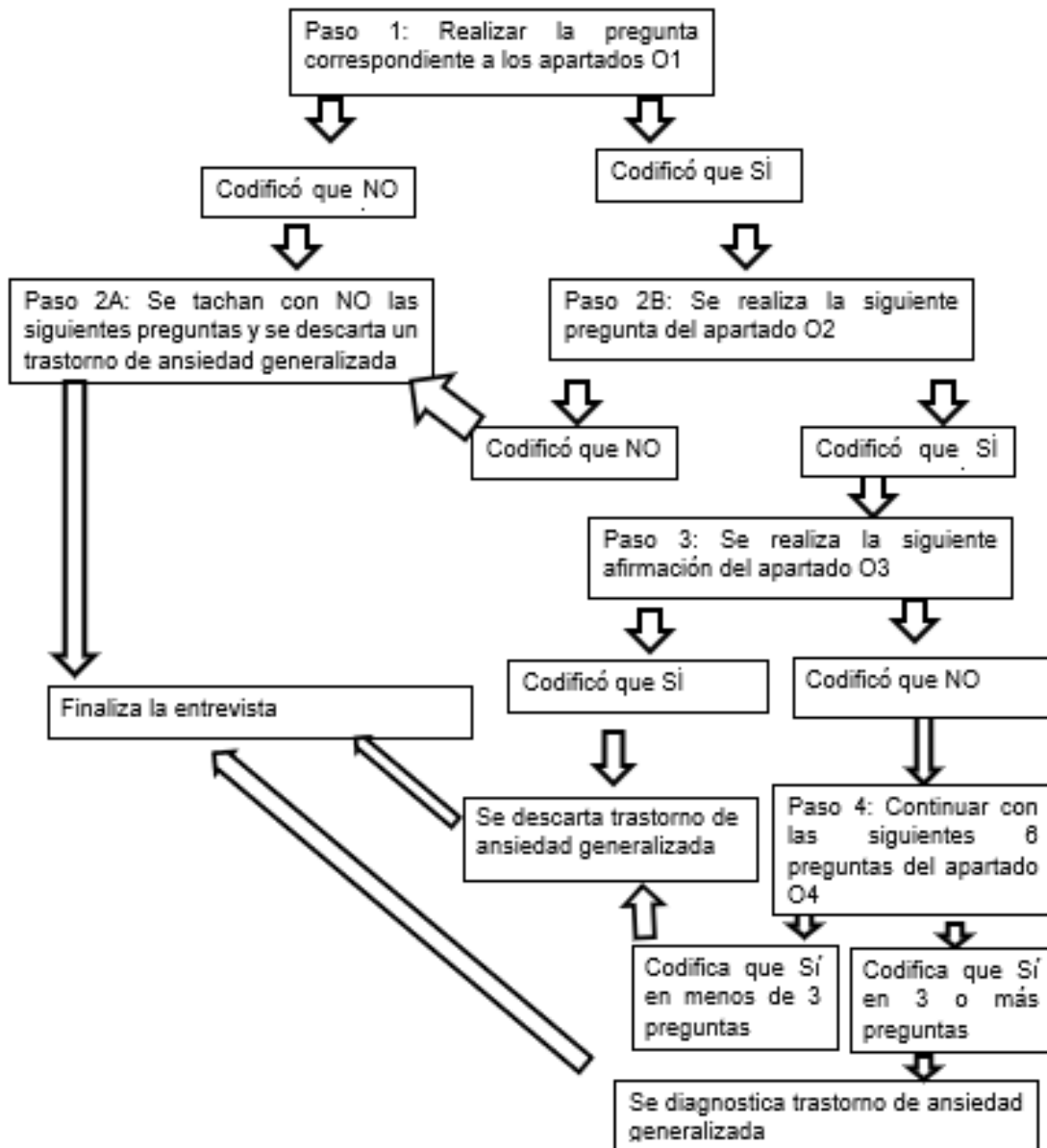
Algoritmo de aplicación la entrevista MINI para el módulo A “Episodio depresivo mayor”



Algoritmo de aplicación la entrevista MINI para el módulo B “Trastorno distímico”



Algoritmo de aplicación la entrevista MINI para el módulo O “Trastorno de ansiedad generalizada”



Plan de análisis

Obtenidos los resultados de los instrumentos empleados, se capturaron en una base de datos en Microsoft Excel, terminada la captura de datos, se exportó esta misma base al programa Stata versión 14.0

Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo, a través de medidas de tendencia central (media, moda y mediana) y de dispersión (desviación estándar, valor mínimo y máximo), según la distribución de normalidad de cada una de las variables.

Análisis bivariado

Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi cuadrada o el Test exacto de Fisher, para nuestras variables cualitativas, con niveles de significancia de p menores a 0.05.

Análisis de asociación.

Se utilizó un modelo de regresión logística, para poder evaluar la fuerza de asociación entre las estrategias de afrontamiento (adaptativo y desadaptativo), como variables independientes y la expresión de psicopatología emocional, como variable dependiente. Obteniendo un Odd ratios con intervalos de confianza del 95%.

Aspectos éticos y legales

La investigación se apegó al informe Belmont, creado en 1979, por la Comisión Nacional para la Protección de Seres Humanos en Investigación Biomédica y del Comportamiento de los Estados Unidos, y el cual brinda las pautas éticas en la investigación con seres humanos. El presente protocolo se planteó respetando los principios de beneficencia, justicia y no maleficencia

La declaración de Helsinki, promulgada por la Asociación Médica Mundial, cuyo objetivo es fungir como guía para la experimentación en seres humanos, contiene un conjunto de principios éticos, los cuales serán respetados en esta investigación. Los principios son: respeto por el individuo, derecho a la autodeterminación, derecho a tomar decisiones informadas (realización de un consentimiento informado), priorizar el bienestar del sujeto sobre los intereses de la ciencia o la sociedad.

El presente estudio se ajustó a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y protección de datos, por lo que contará con un consentimiento informado conforme lo estipula el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Categoría I y se apega a la recomendación del Comité Local de Investigación y Ética. Se apega a la normatividad con relación a la protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación.

La investigación se consideró sin riesgo, según la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Capítulo uno Artículo 17, categoría I, al ser una investigación que utilizó encuestas y entrevista, las cuales no modificaron intencionadamente las condiciones psicológicas, fisiológicas o mentales de los pacientes.

El protocolo fue sometido para su evaluación y aprobación, por los Comités de Ética y local de Investigación en Salud 17018, 1701, respectivamente. Con número de registro institucional R-2022-1701-026

La información recolectada se mantendrá bajo resguardo por un lapso de 5 años por parte de los investigadores, bajo un número de folio asignado para los instrumentos y consentimiento de cada paciente, siguiendo los principios éticos en investigación.

En caso de haber encontrado una situación en materia de salud mental del paciente, como es el caso del diagnóstico de alguna enfermedad de tipo depresión o

ansiedad, se informó al paciente y al médico tratante para que fuera él médico quien determinará el protocolo de intervención que realizará.

Los investigadores son los únicos que manejarán la información recabada de los pacientes, manifestando resguardar la información manteniendo la confidencialidad y privacidad que los principios éticos exigen.

Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos materiales

- Cuestionarios auto aplicados y entrevista MINI (módulos A, B y O) impresos
- Copias fotostáticas.
- Laptop
- Paquete de Office 365 (Word, Excel, Power point).
- Programa estadístico Stata.
- Artículos de papelería (bolígrafos, lápices, gomas, sacapuntas, hojas, impresora, tablas porta documentos, clips).
- Artículos de bioseguridad, alcohol gel, bolígrafos, alcohol al 70%

Recursos físicos

- Instalaciones del H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.:
- Sala de diálisis peritoneal ambulatoria en el cuarto piso de hospitalización.

Recursos financieros.

- Fueron absorbidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social

Factibilidad.

Este proyecto de investigación fue factible debido a la experiencia del grupo de investigadores en el área metodológica y clínica, así como las instalaciones del instituto.

7. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Variable	n	%
Sexo		
Hombre	44	55.70%
Mujer	35	44.30%
Edad		
20-29	2	2.53%
30-39	4	5.06%
40-49	5	6.33%
50-59	17	21.52%
60-69	30	37.97%
70-79	17	21.52%
80-89	4	5.06%
Mediana		64
Rango intercuartil		14
Escolaridad		
Ninguna	5	6.33%
Primaria	31	39.24%
Secundaria	25	31.65%
Bachillerato	10	12.66%
Licenciatura o mayor	8	10.13%
Religión		
Ninguna	2	2.53%
Católica	59	74.68%
Cristiana	14	17.72%
Testigo de Jehová	1	1.27%
Otras	3	3.80%

Ocupación		
Desempleado	19	24.05%
Pensionado	20	25.32%
Actualmente trabajador	18	22.78%
Hogar	22	27.85%
Número de personas que cohabitan con el paciente		
Ninguna	4	5.06%
Una a Cuatro	65	82.28%
Cinco o más	10	12.66%
Cuidador primario		
Nadie	4	5.06%
Familiar	68	86.08%
Otro	7	8.86%

De los 79 participantes, el 55.70% fueron hombres y 44.30% mujeres. El rango de edad predominante fue de los 60 a los 69 años con un 37.97%, seguido de los rangos de los 50 a 59 años y 70 a 79 años con un 21.52% cada uno. La mediana de edad fue de 64 años con un rango inter cuartil de 14. El 39.24% tienen una escolaridad primaria, el 31.65% secundaria, el 12.66% bachillerato, el 10.13% una licenciatura o mayor, mientras que un 6.33% no tenían escolaridad. La principal religión practicada es la católica con un 74.68%. Respecto a la ocupación, un 27.85% se dedica al hogar, el 25.32% es pensionado, el 22.78% actualmente trabaja y el 24.05% es desempleado. Un 82.28% cohabita con una a cuatro personas en su hogar. Los familiares son los principales cuidadores primarios con un 86.08%, mientras que 5.06% pacientes no tienen un cuidador primario. (Tabla 1)

Hablando de las características clínicas de los participantes, se encontró que el 56.96% tiene un índice de masa corporal normal, el 34.18% presenta sobrepeso y el 8.86% tiene un grado de obesidad. (Gráfico 1). El número de comorbilidades de los pacientes en un 67.09% presentaron dos comorbilidades, un 22.78% presento una comorbilidad y un 8.86% tres o más comorbilidades. (Gráfico 2). Abordando el tema de la etiología de la enfermedad renal crónica, se agrupó a los pacientes en

tres grupos principales metabólica, estructural y autoinmunes y otras, la etiología metabólica se dividió en tres grupos 1 (sólo diabetes mellitus), 2 (sólo hipertensión arterial) y 3(diabetes mellitus e hipertensión arterial), teniendo al final cinco grupos de etiología, con un 32.91% el grupo metabólica 3 (diabetes mellitus e hipertensión) fue la etiología predominante, seguida de un 24.05% del grupo metabólica 1 (sólo diabetes mellitus), posterior con un 20.25% el grupo de metabólica 2 (sólo hipertensión arterial), con 18.99% la cuarta etiología fue el grupo de estructurales y por último con un 3.80% el grupo de autoinmunes y otras. (Gráfico 3)

Gráfico 1. Estado nutricional de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

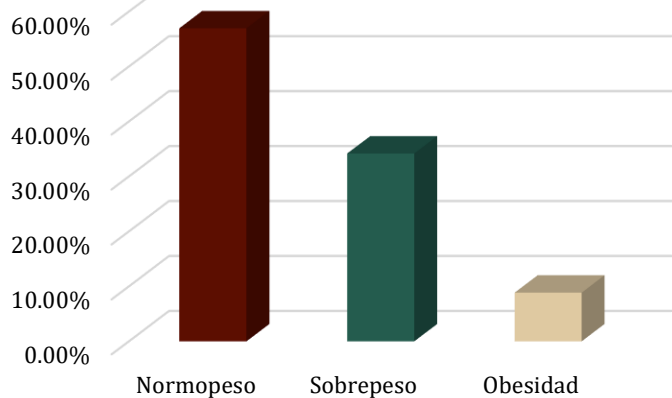


Gráfico 2. Comorbilidades de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

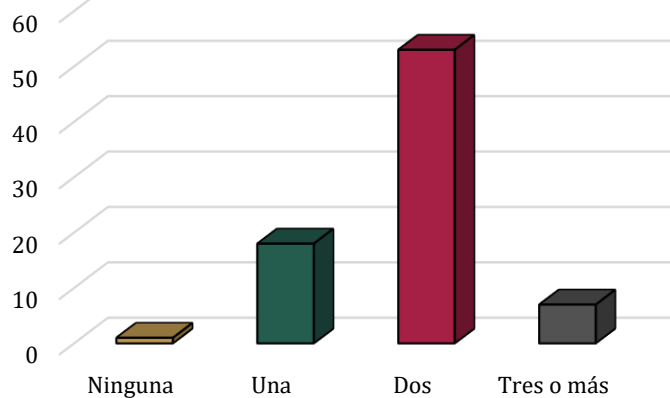
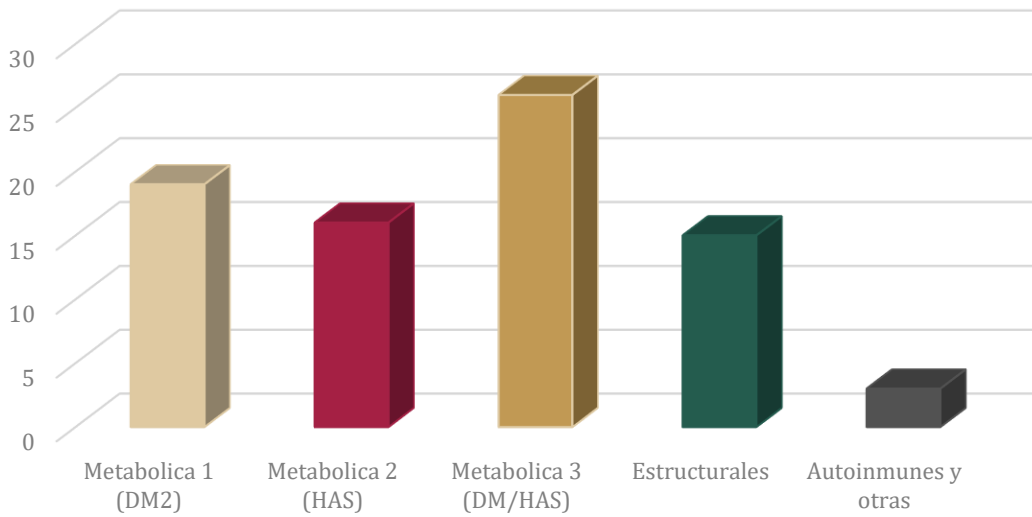


Gráfico 3.- Etiología de la enfermedad renal crónica de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.



Acotaciones: DM2 (diabetes mellitus tipo 2), HAS (hipertensión arterial sistémica), DM (diabetes mellitus)

Con respecto a las características clínicas acerca de la terapia sustitutiva de la función renal. El 37.97% de los pacientes tuvo un tiempo de instauración de la diálisis de 4 semanas, contrastando con un 18.99% de los pacientes que tuvieron menos de una semana para la instauración de diálisis. (Gráfico 4). El 32.91% de los participantes habían tenido una terapia sustitutiva previa a la diálisis. (Gráfico 5). El 30.38% de los pacientes presentaron una disfunción de catéter Tenckhoff. (Gráfico 6). Del total de los pacientes el 20.25% presentó disfunción de catéter una vez, el 8.86% dos veces, y el 3.80% presentó disfunción de catéter 3 veces o más. (Gráfico 7)

Gráfico 4. Tiempo de instauración de la diálisis de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

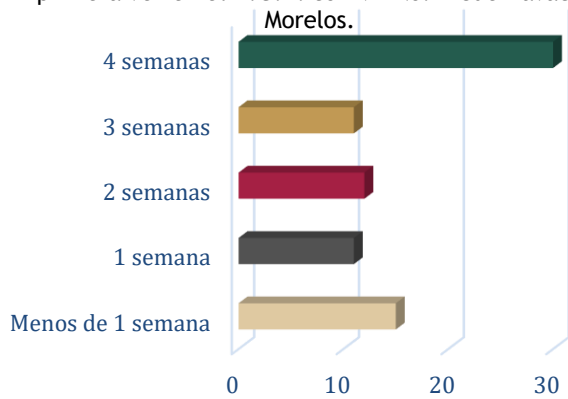


Gráfico 5. Otra terapia sustitiva de la función renal de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

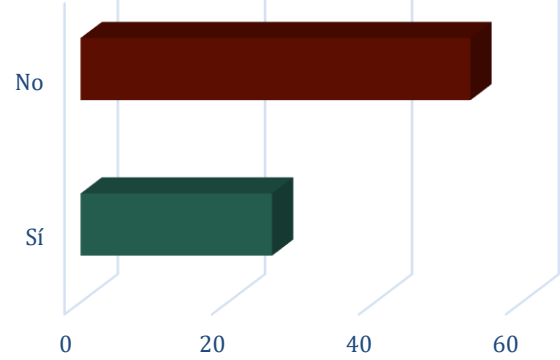


Gráfico 6. Disfunción de cáteter Tenckhoff de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

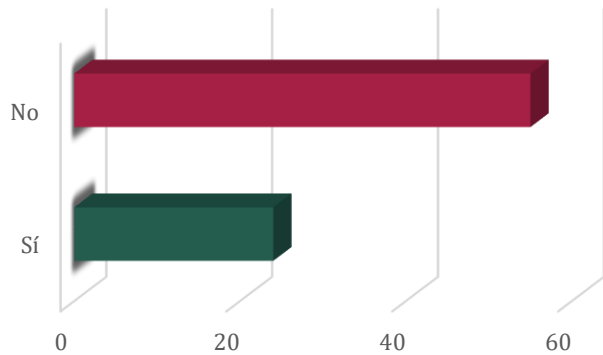
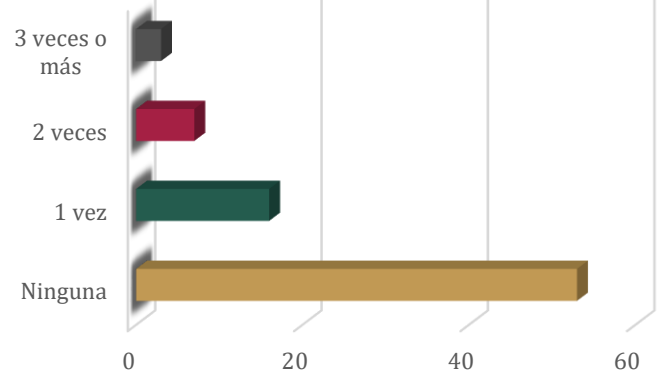
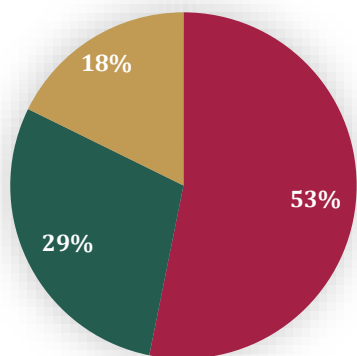


Gráfico 7. Número de veces de disfunción cáteter Tenckhoff de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.



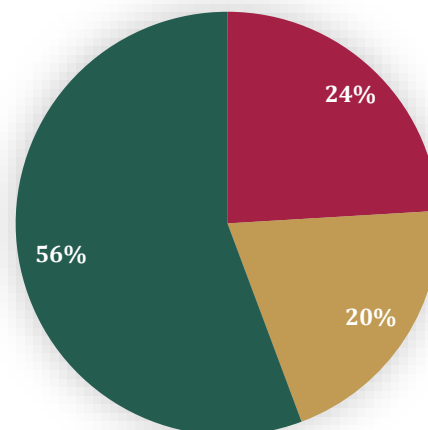
Referente al tiempo de conocimiento de la enfermedad renal crónica, un 53.16% de los pacientes señalaron que se habían enterado hace menos de un año, un 29.11% que se enteró entre uno y cuatro años y un 17.72% desde hace 5 años o más. (Gráfico 8). Por otro lado, el tiempo que los pacientes tuvieron para enterarse que necesitaban la instauración de la diálisis peritoneal fue de un 55.70% en un lapso de un mes a un año, un 24.05% fue un lapso de uno a seis días, y un 20.25% tuvieron un lapso de una semana a 30 días. (Gráfico 9)

Gráfico 8. Tiempo de conocimiento de la enfermedad renal crónica de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.



■ Menos de un año ■ Entre uno y 4 años ■ 5 años o más

Gráfico 9. Temporalidad previa a saber que se necesitaba diálisis peritoneal en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.



■ De 1 día a 6 días ■ De 1 semana a 30 días ■ Entre un mes a 1 año

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento (escalas primarias, según Cano, 2007), utilizadas en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Variable	Media	Desviación estándar	Shapiro-Wilk Valor p
Resolución de problemas (REP)	14	4	0.10398
Autocrítica (AUC)	11	7	0.16429
	Mediana	Rango intercuartil	Shapiro-Wilk Valor p
Expresión emocional (EEM)	14	4	0.00002
Pensamiento desiderativo (PSD)	15	4	0.00001
Apoyo social (APS)	12	5	0.00153
Reestructuración cognitiva (REC)	14	4	0.00028
Evitación de problemas (EVP)	11	5	0.00995
Retirada social (RES)	10	9	0.00885

Según el uso de las estrategias primarias, acorde al inventario de afrontamiento de Cano (2007), se utilizó mediana y rango intercuartil para las estrategias de afrontamiento (en orden descendente) de pensamiento desiderativo, reestructuración cognitiva, expresión emocional, apoyo social, evitación de problemas y retirada social. Dichas variables tuvieron una distribución no paramétrica con valores p menores a 0.05 al realizar la prueba de Shapiro-Wilk. Se utilizó la media y desviación estándar para las estrategias de resolución de problemas y autocrítica, al haber obtenido una distribución normal al realizar la prueba de Shapiro-Wilk con valores p mayores a 0.05. (Tabla 2)

En lo que respecta al uso de cada estrategia de afrontamiento, se tomó el promedio de cada estrategia, y su desviación estándar, para categorizar en cinco grupos, como lo marcan las respuestas del inventario de Cano (2007), “en absoluto” (media menos dos desviaciones estándar, “poco” (media menos una desviación estándar, “bastante” (media), “mucho” (media más una desviación estándar) y “totalmente” (media más dos desviaciones estándar). Dentro de las variables de interés tenemos al pensamiento desiderativo donde el grupo “mucho” obtuvo un 56.96%, seguido de “bastante” con un 16.46%, “totalmente” 11.39%, “poco” con 8.86% y “en absoluto” con un 6.33%. Por otro lado, la retirada social que fue la estrategia con una media en su puntaje más bajo se categorizó de la siguiente manera 34.18% para “bastante”, 25.32% para “totalmente”, 24.05% para “bastante”, “poco” con un 8.86% y 5.06% para “en absoluto”. (Gráfico 10).

Gráfico 10. Frecuencia de uso de cada estrategia de afrontamiento primaria de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

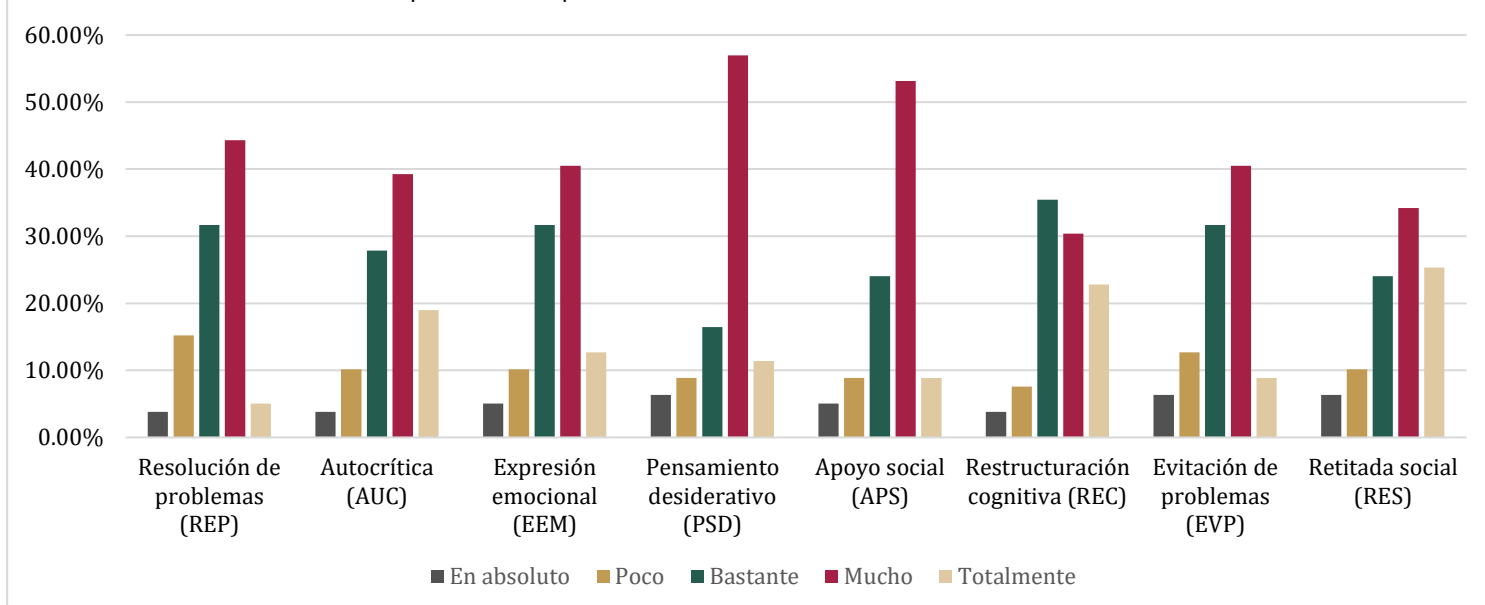


Tabla 3. Estrategias de afrontamiento (escalas secundarias, según Cano, 2007), utilizadas en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

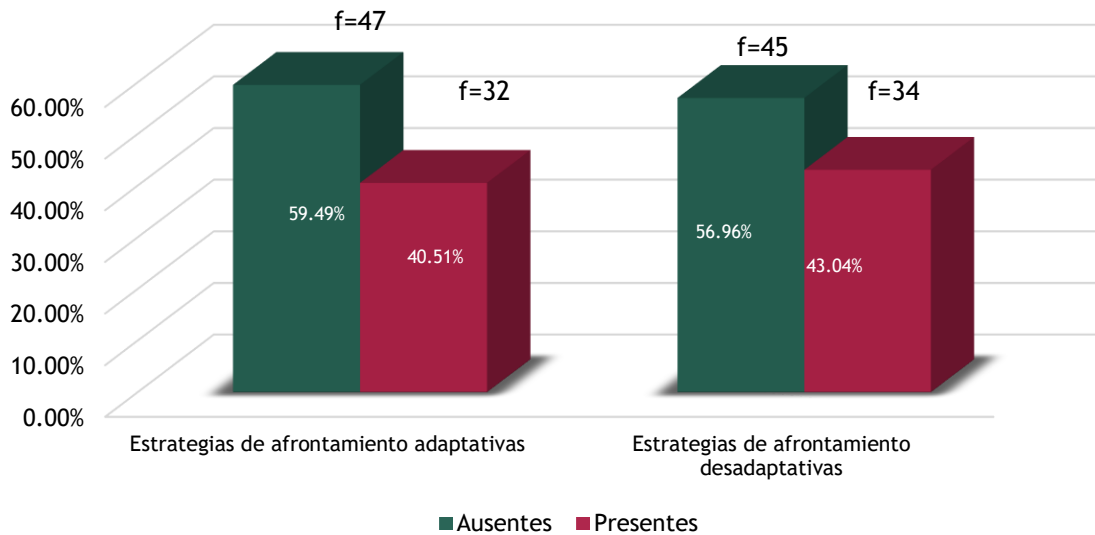
	Mediana	Rango intercuartil	Prueba de Shapiro-Wilk Valor de p
Manejo adaptativo centrado en el problema (REP y REC)	28	7	0.03292
Manejo desadaptativo centrado en el problema (EVP y PSD)	27	7	0.00003
Manejo adaptativo centrado en la emoción (APS y EEM)	26	6	0.00001
Manejo desadaptativo centrado en la emoción (RES y AUC)	21	11	0.00768

Según el uso de las estrategias secundarias, acorde al inventario de afrontamiento de Cano (2007), el puntaje fue obtenido con la sumatoria de dos estrategias

primarias, dio cuatro categorías “manejo adaptativo centrado en el problema”(sumatoria de resolución de problemas y reestructuración cognitiva), con una mediana de 28 y rango intercuartil de 7, “manejo desadaptativo centrado en el problema”(sumatoria de evitación del problema y pensamiento desiderativo) con mediana de 27 y rango intercuartil de 7, posteriormente manejo adaptativo centrado en la emoción” (sumatoria de apoyo social y expresión emocional) con una mediana de 26 y rango intercuartil de 6, manejo desadaptativo centrado en la emoción con una mediana de 21 y rango intercuartil de 11. Se utilizó mediana y rango intercuartil por valores de p menores de 0.05 al realizar la prueba de Shapiro-Wilk. (Tabla 3)

Para categorizar las escalas terciarias, según Cano (2007), se integró la sumatoria de cuatro estrategias primarias, en el grupo de estrategias adaptativas se incluyeron la resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, mientras que para el grupo de las estrategias de afrontamiento desadaptativas se contempló, las estrategias de evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica. De dicha sumatoria, se tomó el percentil 60 como cohorte para determinar la ausencia o presencia de dichas estrategias. El uso de estrategias de afrontamiento adaptativas fue de un 59.49% mientras que el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas fue de un 56.96%. (Gráfico 11)

Estrategias de afrontamiento según las escalas terciarias, según Cano (2007) de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.



En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento acorde a al problema o a la emoción, la sumatoria de las estrategias primarias (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y pensamiento desiderativo) dio el grupo acorde al problema, dónde un 56.96% de los pacientes usaron dichas estrategias. Por otro lado, en el grupo de estrategias acorde a la emoción (sumatoria de apoyo social, expresión emocional, retirada social y autocrítica). (gráfico 12)

Gráfico 12. Estrategias de afrontamiento acorde al problema o a la emoción de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

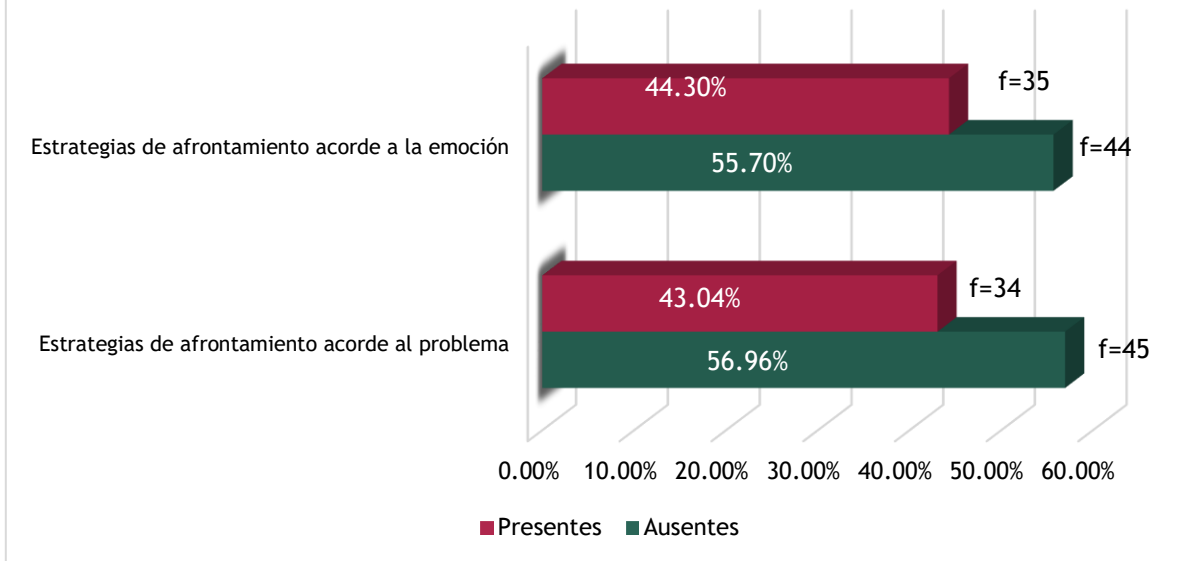
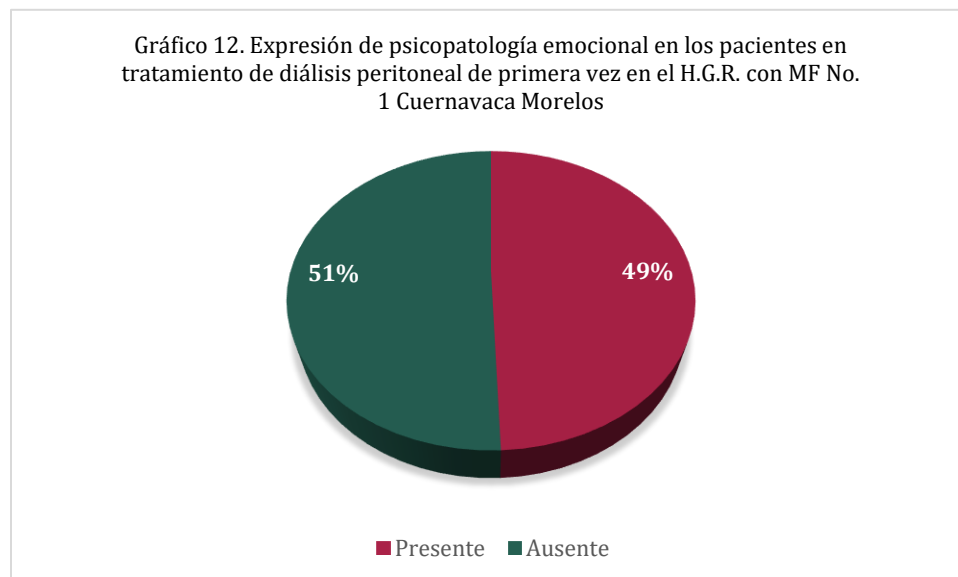


Tabla 4. Frecuencia de psicopatología emocional en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Variable	n	%
Trastorno depresivo mayor (TDM)		
Presente	30	37.97%
Ausente	49	62.03%
Trastorno depresivo recidivante		
Presente	9	11.39%
Ausente	70	88.61%
Distimia		
Presente	6	7.59%
Ausente	73	92.41%
Trastorno de ansiedad generalizada (TAS)		
Presente	18	22.78%
Ausente	61	77.22%
Trastorno mixto (TDM y TAS)		
Presente	11	13.92%
Ausente	68	86.08%

Referente a las distintas psicopatologías investigadas en el estudio, se alcanzó que el trastorno depresivo mayor estaba presente en un 37.97% de los pacientes, con 11.39% de los pacientes con un trastorno depresivo recidivante, representando un 30% del total de los pacientes que presentaban un trastorno depresivo mayor. El trastorno de ansiedad generalizada estuvo presente en un 22.78%, y el trastorno mixto (TDM y TAS) estuvo presente en un 13.92% de los pacientes, mientras que la distimia se presentó en un 7.59% de los pacientes. (Tabla 4)

Por lo tanto, al unificar las distintas psicopatologías de tipo emocional se tuvo como resultado final que un 49.37% de los pacientes expresa algún tipo de psicopatología. (Gráfico 12)



El inventario de afrontamiento de Cano, 2007, contempla dos rubros que fueron contemplados en el estudio, se encontró que 76 pacientes (96.20%), se percibieron capaces de afrontar su situación actual. (Gráfico 13). Sobre los principales estresores percibidos por los pacientes; 19 de ellos (24.05%) no identificó ningún estresor, 49 pacientes (62.09%) encontró a la colocación del catéter de diálisis como su principal estresor actual. (Gráfico 14).

Gráfico 13. Capacidad para afrontar los problemas actuales en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

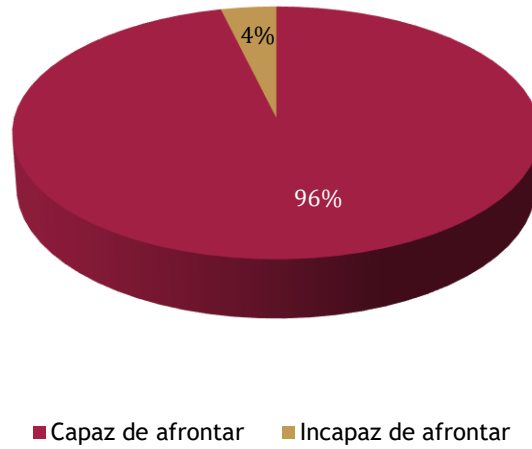
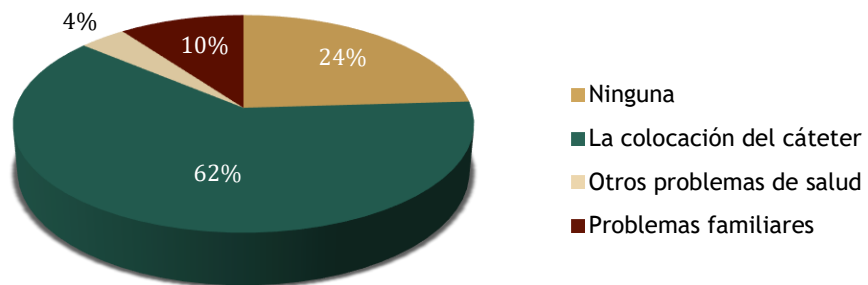


Gráfico 14. Principales estresores percibidos en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.



Análisis Bivariado

Tabla 5. Relación entre las estrategias de afrontamiento (primarias) y la expresión del trastorno depresivo mayor en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Pensamiento desiderativo	Trastorno depresivo mayor		Total
	Ausente	Presente	
No Usa	30	10	40
	75	25	100
Uso de	19	20	39
	48.72	51.28	100
Total	49	30	79
	62.03	37.97	100
Prueba de Chi2= 5.7910 p=0.016			
Apoyo social	Ausente	Presente	Total
No usa	21	21	42
	50	50	100
Uso de	28	9	37
	75.68	24.32	100
Total	49	30	79
	62.03	37.97	100
Prueba de Chi2= 5.5056 p=0.019			

Analizando la relación entre las estrategias de afrontamiento primarias y la expresión de trastorno depresivo mayor obtuvimos que dos estrategias (pensamiento desiderativo y apoyo social) obtuvieron significancia estadística, con un estadístico de Chi2 de 5.7910 y 5.5056 respectivamente, y un valor de p de 0.016 y 0.19 respectivamente. Al analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento primarias y el trastorno depresivo recidivante, no se encontró significancia estadística. (Tabla 5).

Tabla 6. Relación entre las estrategias de afrontamiento (primarias) y la expresión del trastorno de ansiedad generalizada en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Trastorno de Ansiedad Generalizada			
Retirada social	Ausente	Presente	Total
No Usa	41	6	47
	87.23	12.77	100
Uso de	20	12	32
	62.50	37.50	100
Total	61	18	79
	77.22	22.78	100
Prueba exacta de Fisher p=0.033			

Con respecto a la relación entre las estrategias de afrontamiento primarias y la expresión del trastorno de ansiedad generalizada la retirada social se observó significancia estadística, con un valor estadístico de Chi² de 6.6201 y un valor de p 0.010. (Tabla 6).

No se encontró significancia estadística entre la relación de las estrategias de afrontamiento primarias y el trastorno mixto de depresión mayor y ansiedad generalizada, ni tampoco entre las estrategias de afrontamiento con la expresión de la distimia

Tabla 7. Relación entre las estrategias de afrontamiento (primarias) y la expresión de psicopatología emocional en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Expresión de psicopatología emocional			
Pensamiento desiderativo	Ausente	Presente	Total
No Usa	27	13	12

	67.50	32.50	100
Uso de	13	26	67
	33.33	66.67	100
Total	40	39	79
	50.63	49.37	100
Prueba estadística de Chi2 valor= 9.2222			
valor p 0.002			
Apoyo social	Ausente	Presente	Total
No usa	15	27	13
	35.71	64.29	100
Uso de	25	12	66
	67.57	32.43	100
Total	40	39	79
	50.63	49.37	100
Prueba estadística de Chi2 valor= 7.9848			
valor p 0.005			
Retirada social	Ausente	Presente	Total
No usa	29	18	47
	61.70	38.30	100
Uso de	11	21	32
	34.38	65.63	100
Total	40	39	79
	50.63	49.37	100
Prueba estadística de Chi2 valor= 5.6877			
valor p 0.017			

Analizando la relación entre las estrategias de afrontamiento primarias y la expresión de psicopatología emocional se obtuvo que tres estrategias (pensamiento desiderativo, apoyo y retirada sociales) tuvieron significancia estadística, con un valor estadístico de prueba de 9.22, 7.9848 y 5.6877 (respectivamente) y con valores de p de 0.002, 0.005 y 0.017 (respectivamente) (Tabla 7).

Tabla 8. Relación entre las estrategias de afrontamiento (secundarias) y la expresión de trastorno depresivo mayor en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Trastorno depresivo mayor			
Estrategias de afrontamiento adaptativas centradas en el problema	Ausente	Presente	Total
No Usa	21	20	41
	51.22	48.78	100.00
Uso de	28	10	38
	73.68	26.32	100.00
Total	49	30	79
	62.03	37.97	100.00
Prueba estadística de Chi2 valor = 4.2225 valor p=0.040			

Dentro del análisis de las estrategias de afrontamiento secundarias y su relación con la expresión del trastorno depresivo mayor, se obtuvo una relación con significancia estadística con las estrategias de afrontamiento adaptativas centradas en el problema Chi2 con un valor de 4.2225 valor de p de 0.040. (Tabla 8). No hubo significancia estadística al relacionar las estrategias de afrontamiento secundarias con la expresión del trastorno de depresión recidivante.

Tabla 9. Relación entre las estrategias de afrontamiento (secundarias) y la expresión del trastorno de ansiedad generalizada en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Trastorno de ansiedad generalizada			
Estrategias de afrontamiento desadaptativas centradas en la emoción	Ausente	Presente	Total

No Usa	41	5	46
	67.21	27.78	58.23
Uso de	20	13	33
	37.79	72.22	41.77
Total	61	18	79
	100	100	100
Prueba exacta de Fisher valor p=0.006			

Al hablar de la relación entre las estrategias de afrontamiento secundarias con la expresión de la expresión de ansiedad generalizada, las estrategias de afrontamiento desadaptativas centradas en la emoción fueron las que alcanzaron una significancia estadística, al realizar la prueba exacta de Fisher se consiguió un valor p de 0.006. (Tabla 9).

Tabla 10. Relación entre las estrategias de afrontamiento (secundarias) y la expresión de distimia en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Trastorno mixto (trastorno depresivo mayor/trastorno de ansiedad generalizada)			
Estrategias de afrontamiento desadaptativas centradas en la emoción	Ausente	Presente	Total
No Usa	43	3	46
	63.24	27.27	58.23

Uso de	25	8	33
	36.76	72.73	41.77
Total	68	11	79
	100	100	100
Prueba exacta de Fisher valor p=0.045			

Abordando la relación entre las estrategias de afrontamiento secundarias y la expresión de un trastorno mixto (trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada) se obtuvo una relación estadísticamente significativa con las estrategias de afrontamiento desadaptativas centradas en la emoción, al aplicar la prueba exacta de Fisher dio un valor p de 0.045. (Tabla 10). No hubo significancia estadística en la relación estrategias de afrontamiento secundarias y la expresión de la distimia.

Tabla 11. Relación entre las estrategias de afrontamiento (secundarias) y la expresión de psicopatología emocional en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Estrategias de afrontamiento desadaptativas centradas en la emoción	Expresión de psicopatología emocional		
	Ausente	Presente	Total
No Usa	28	18	46
	60.87	39.13	100.00
Uso de	12	21	42
	36.36	63.64	100.00
Total	40	39	79
	50.63	49.37	100.00
Prueba estadística de Chi2 valor = 4.6165 valor p=0.032			

Referente al análisis de las estrategias de afrontamiento secundarias relacionadas con la expresión de psicopatología emocional se identificó que las estrategias de afrontamiento desadaptativas centradas la emoción guardan una relación estadísticamente significativa con valores con la prueba estadística Chi2 de 4.6165 con valor de p de 0.032. (Tabla 11).

Tabla 12. Relación entre las estrategias de afrontamiento (terciarias) y la expresión de trastorno depresivo mayor en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Trastorno depresivo mayor			
Estrategias de afrontamiento adaptativas	Ausente	Presente	Total
No Usa	24	23	47
	51.06	48.94	100.00
Uso de	25	7	32
	78.13	51.88	100.00
Total	49	30	79
	62.03	37.97	100.00
Prueba estadística de Chi2 valor = 5.91.90 valor p=0.015			

Sobre el análisis de las estrategias de afrontamiento terciarias relacionadas con la expresión de trastorno depresivo mayor se identificó que las estrategias de afrontamiento adaptativas presentan una relación estadísticamente significativa con valores con la prueba estadística Chi2 de 5.91.90 respectivamente y con valor de p de 0.015 (Tabla 12). No hubo relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento secundarias y la expresión del trastorno depresivo recidivante.

Tabla 12. Relación entre las estrategias de afrontamiento (terciarias) y la expresión del trastorno de ansiedad generalizada en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Trastorno de ansiedad generalizada			
Estrategias de afrontamiento adaptativas	Ausente	Presente	Total
No Usa	32	15	47
	52.46	83.33	59.49
Uso de	29	3	32
	47.54	16.67	40.51
Total	61	18	79
	100	100	100
Prueba exacta de Fisher valor p=0.028			
Estrategias de afrontamiento desadaptativas	Ausente	Presente	Total
No Usa	40	5	45
	65.57	27.78	56.96
Uso de	21	13	38
	34.43	72.22	34
Total	61	18	43.04
	100	100	100
Prueba exacta de Fisher valor p=0.006			

Entre las estrategias de afrontamiento terciarias y la expresión del trastorno de ansiedad generalizada, se logró obtener en ambas una significancia estadística, al realizar la prueba exacta de Fisher se consiguió un valor p de 0.028 y 0.006, respectivamente con las estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas respectivamente (Tabla 12).

Tabla 13. Relación entre las estrategias de afrontamiento (terciarias) y la expresión del trastorno mixto (trastorno depresivo mayor/trastorno de ansiedad generalizada) en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Trastorno mixto (trastorno depresivo mayor/trastorno de ansiedad generalizada)			
Estrategias de afrontamiento adaptativas	Ausente	Presente	Total
No Usa	37	10	47
	54.41	90.91	59.49
Uso de	31	1	32
	45.59	9.09	40.51
Total	68	11	79
	100	100	100
Prueba exacta de Fisher valor p=0.024			
Estrategias de afrontamiento desadaptativas	Ausente	Presente	Total
No Usa	42	3	45
	61.76	27.27	56.96
Uso de	26	8	38
	38.24	72.73	34
Total	68	11	43.04
	100	100	100
Prueba exacta de Fisher valor p=0.048			

Al realizar el análisis entre la relación existente entre las estrategias de afrontamiento terciarias y la expresión del trastorno mixto (trastorno depresivo mayor/trastorno de ansiedad generalizada), se obtuvo una relación estadísticamente significativa con las estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas, con un valor de p de 0.024 y 0.048 al realizar la prueba exacta de Fisher. (Tabla 13). No hubo relación significativa estadísticamente en la relación entre estrategias de afrontamiento terciarias y la expresión de distimia.

Tabla 14. Relación entre las estrategias de afrontamiento (terciarias) y la expresión de psicopatología emocional en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Expresión de psicopatología emocional			
Estrategias de afrontamiento adaptativas	Ausente	Presente	Total
No Usa	19	28	47
	40.43	59.57	100.00
Uso de	21	11	32
	65.63	34.38	100.00
Total	40	39	79
	50.63	49.37	100.00
Prueba estadística de Chi2 valor = 4.8365 valor p=0.028			
Estrategias de afrontamiento desadaptativas	Ausente	Presente	Total
No usa	29	16	45
	64.44	35.56	100.00
Uso de	11	23	39
	32.35	67.65	100.00
Total	40	39	79
	50.63	49.37	100
Prueba estadística de Chi2 valor = 7.9795 valor p=0.005			

Entorno a la relación que guardan las estrategias de afrontamiento terciarias y la expresión de psicopatología emocional, se realizó la prueba estadística Chi2, y resultado con significancia estadística para ambas adaptativas y desadaptativas con valores de prueba estadística Chi2 de 4.8365 y 7.9795 y valores de p de 0.028 y 0.005 respectivamente. (Tabla 14)

Tabla 15. Relación entre las estrategias de afrontamiento acorde al problema o emoción y la expresión de psicopatología emocional en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Trastorno de ansiedad generalizada			
Estrategias de afrontamiento acorde a la emoción	Ausente	Presente	Total
No Usa	38	6	44
	86.36	13.64	100
Uso de	23	12	35
	65.71	34.29	100
Total	61	18	79
	77.22	22.78	100.00
Prueba estadística de Chi2 valor = 4.7245 valor p=0.030			
Expresión de psicopatología emocional			
Estrategias de afrontamiento acorde a la emoción	Ausente	Presente	Total
No usa	27	17	44
	61.36	38.64	100.00
Uso de	13	22	35
	37.14	62.86	100.00
Total	40	39	79
	50.63	49.37	100
Prueba estadística de Chi2 valor = 4.5751 valor p=0.032			

Al entablar una relación entre las estrategias de afrontamiento acorde al problema o la emoción y la expresión de algún tipo de psicopatología emocional, dio como resultado, que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción tienen una relación estadísticamente significativa con la expresión del trastorno de ansiedad

generalizada y la expresión de psicopatología per se, con un valor al aplicar la prueba de Chi2 de 4.7245 y 4.5751 y un valor de p de 0.030 y 0.032 correspondientemente. (Tabla 15)

Análisis de regresión logística

Tabla 16. Asociación entre las distintas variables de interés y la expresión de trastorno depresivo mayor en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Expresión de trastorno depresivo mayor	Coficiente (OR)	Error Estándar	Valor de p	Intervalo de Confianza (95%)
Otra modalidad de terapia sustitutiva renal	4.457143	2.270824	0.003	1.642051 12.09836
Pensamiento desiderativo	3.157895	1.533986	0.018	1.218754 8.182371
Apoyo social	0.3214286	0.1581427	0.021	0.1225445 0.8430925
Estrategias de afrontamiento adaptativas acorde al problema	0.375	0.1811422	0.042	0.1454996 0.9664974
Estrategias de afrontamiento adaptativas	0.2921739	0.1512553	0.017	0.1059214 0.8059336

Acerca de los resultados de la regresión logística para predecir la expresión de trastorno depresivo mayor en función de las variables independientes de interés, se logró que las variables que presentaron una asociación estadísticamente

significativa fueron que el haber tenido una "terapia sustitutiva renal previa" a la diálisis aumenta 4.45 veces más la expresión de trastorno depresivo mayor con un valor p de 0.003 (IC 95% 1.64-12.09). Los pacientes que utilizan el "pensamiento desiderativo" aumentan 3.15 veces más la expresión de trastorno depresivo mayor con un valor p de 0.018 (IC 95% 1.21-8.18) mientras que quien hace uso del "apoyo social" se protege en un 68% la expresión de trastorno depresivo mayor con un valor de p de 0.021 (IC 95% 0.12-0.84), quien emplea las "estrategias de afrontamiento adaptativas acorde al problema" protegen un 82% expresar trastorno depresivo mayor con un valor de p de 0.042 (IC 95% 0.14-0.96) y quien usa las "estrategias de afrontamiento adaptativas" protegen en un 71% la expresión de un trastorno depresivo mayor con un valor de p de 0.017 (IC 95% 0.10- 0.80). Tabla 16. No hubo significancia estadística en la asociación de las variables independientes con el trastorno depresivo recidivante.

Tabla 17. Asociación entre las distintas variables de interés y la expresión de trastorno de ansiedad generalizada en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Expresión de trastorno de ansiedad generalizada	Coficiente (OR)	Error Estándar	Valor de p	Intervalo de Confianza (95%)
Retirada social	4.1	2.335166	0.013	1.342702 12.51953
Estrategias de afrontamiento desadaptativas acorde a la emoción	5.33	3.159181	0.005	1.668037 17.03134
Estrategias de afrontamiento adaptativas	0.2206897	0.1506088	0.027	0.0579272 0.8407777

Estrategias de afrontamiento desadaptativas	4.952381	2.927951	0.007	1.554411 15.77837
Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción	3.304348	1.86862	0.035	1.090758 10.01021

En la regresión logística para predecir la expresión de trastorno ansiedad generalizada dependiendo de las variables independientes de interés, se alcanzó que las variables que presentaron una asociación estadísticamente significativa fueron que, quien utiliza la “retirada social” en la diálisis aumenta 4.1 veces más la expresión de trastorno de ansiedad generalizada con un valor p de 0.013 (IC 95% 1.34-12.51). Quien hace uso de las “estrategias de afrontamiento desadaptativas acorde a la emoción” aumenta 5.33 veces la expresión de trastorno de ansiedad generalizada con un valor p de 0.005 (IC 95% 1.66-17.03), el uso las “estrategias de afrontamiento desadaptativas” aumenta 4.95 veces más la expresión de trastorno de ansiedad generalizada con un valor p de 0.007 (IC 95% 0.05-0.84), así como quien emplea las “estrategias de afrontamiento centradas en la emoción” aumenta 3.30 veces la expresión de ansiedad generalizada con un valor de p de 0.035 (IC 1.09-10.01), mientras que quien usa las “estrategias de afrontamiento adaptativas” protegen un 78% para expresar trastorno de ansiedad generalizada con un valor de p de 0.27 (IC 95% 0.005-0.84). Tabla 17.

Tabla 18. Asociación entre las distintas variables de interés y la expresión de trastorno mixto (trastorno depresivo mayor/trastorno de ansiedad generalizada) en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con

Expresión de trastorno mixto (trastorno depresivo mayor/trastorno de ansiedad generalizada)	Coficiente	Error Estándar	Valor de p	Intervalo de Confianza (95%)
Otra modalidad de terapia sustitutiva renal	4.513158	3.08053	0.027	1.184347 17.19817
Estrategias de afrontamiento desadaptativas acorde a la emoción	4.586667	3.312542	0.035	1.113653 18.89055
Estrategias de afrontamiento adaptativas	0.1193548	0.1285095	0.048	0.0144661 0.9847582
Estrategias de afrontamiento desadaptativas	4.307692	3.108126	0.043	1.047316 17.71787

En la regresión logística a para prever la expresión de un trastorno mixto (trastorno depresivo mayor y trastorno ansiedad generalizada) en relación con las variables analizadas. En particular, las variables asociadas fueron que los pacientes que habían presentado “otra modalidad de terapia sustitutiva renal” presenta 4.51 veces más posibilidades de presentar trastorno, con valores de p de 0.027 (IC 95% 1.18-17.19) quien utiliza las “estrategias de afrontamiento desadaptativas acorde a la emoción” en la diálisis aumentan 4.58 veces más la expresión de trastorno mixto con un valor p de 0.035 (IC 95% 1.11-18.89). Quien hace uso de las “estrategias de afrontamiento desadaptativas” aumentan 4.30 veces la expresión de trastorno mixto

con un valor p de 0.043 (IC 95% 1.04-17.71), Mientras que el uso las “estrategias de afrontamiento adaptativas” reduce hasta en un 88% la expresión de trastorno mixto con un valor p de 0.048 (IC 95% 0.01-0.98). Tabla 18. No hubo asociación estadísticamente significativa entre ninguna variable de interés y la distimia.

Tabla 19. Asociación entre las distintas variables de interés y la expresión de psicopatología emocional en los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H.G.R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Expresión de psicopatología emocional	Coficiente (OR)	Error Estándar	Valor de p	Intervalo de Confianza (95%)
Otra modalidad de terapia sustitutiva	4.478571	2.351961	0.004	1.600013 12.5359
Pensamiento desiderativo	4.153846	1.989275	0.003	1.624839 10.61917
Apoyo social	0.2666667	0.1270624	0.006	0.1048057 0.6785044
Retirada social	3.075757	1.470477	0.019	1.205048 7.850545
Estrategias de afrontamiento desadaptativas acorde a la emoción	2.722222	1.283268	0.034	1.080596 6.857784
Estrategias de afrontamiento adaptativas	0.3554422	0.1693017	0.030	0.1397432 0.9040808
Estrategias de afrontamiento desadaptativas	3.789772	1.822916	0.006	1.476309 9.728573

Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción	2.687783	1.255624	0.034	1.075839 6.714926
-------------------------------------------------------------------------	----------	----------	-------	----------------------

En la regresión logística para estimar la expresión de psicopatología emocional dependiendo de las variables independientes se logró que la única variable extra a las estrategias de afrontamiento fue “otra modalidad de terapia sustitutiva” quien ha tenido una terapia previa aumenta 4.47 veces más la expresión de psicopatología emocional con un valor de p de 0.004 (IC 95% 1.60-12.53).

Dentro de las estrategias de afrontamiento primarias el uso del “pensamiento desiderativo” y/o la “retirada social” aumentan 4.15 veces y 3.07 veces más la expresión de psicopatología emocional con valores p de 0.003 (IC 95% 1.62-10.61) y 0.019 (IC 95% 1.20-7.85) respectivamente. Mientras que el uso del “apoyo social” reduce en un 74% la expresión de psicopatología emocional con valor p de 0.006 (IC 95% 0.10-0.67)

De lado de las estrategias de afrontamiento secundarias el uso de las “estrategias de afrontamiento desadaptativas acorde a la emoción” aumentan 2.72 veces la expresión de psicopatología emocional con p 0.034 (IC 95% 1.08-6.85).

En las estrategias de afrontamiento terciarias, ambas mostraron significancia, quien hace uso de las “estrategias de afrontamiento adaptativas” reducen un 65% la expresión de psicopatología emocional con valor de p de 0.030 (IC95% 0.13-0.90) mientras que quien utiliza las “estrategias de afrontamiento desadaptativas” aumenta 3.78 veces la expresión de psicopatología emocional, con valor p 0.006 (IC 95% 1.47-9.72).

El uso de las “estrategias de afrontamiento centrado en la emoción” aumentan 2.68 veces la expresión de psicopatología emocional con valor p de 0.034 (IC 95% 1.07-6.71). Tabla 19

8. DISCUSIÓN

En este estudio se observó que, 44 pacientes (55.70%) fueron hombres y 35 (44.300% mujeres), contrastando de manera similar con lo reportado en la literatura. Méndez Duran en 2021, señaló que en México de 2008 a 2018 en un estudio de 73730 pacientes, el 57.5% eran del género masculino. (44) En 2017 a nivel Centroamérica, a lo obtenido por García Trabanino, la distribución promedio por sexo de ocho países, fue de un 57% para el género masculino. (45)

Acerca de la edad, en el presente estudio, el rango predominante fue de los 60 a los 69 años con un 37.97%. Méndez Durán en 2016 comenta que en México los grupos más prevalentes en cuestión de la terapia sustitutiva renal fueron los de 60 a 69 y 50 a 59 años, contrastando de una manera semejante a lo obtenido en el estudio. (10)

En 2021, Torres Vences, realizó un estudio en Guerrero con 50 pacientes de reciente instauración de catéter Tenckhoff, un 60% de su muestra correspondía a pacientes con una escolaridad de bachillerato y licenciatura (46), en el actual estudio se encontró una mayoría predominante entre una escolaridad de primaria con un 39.24% y secundaria con un 31.65%, lo cual puede deberse a las características propias de cada población, por otra parte en 2021 en Veracruz, Ramos Alcocer, obtuvo en una muestra de 88 pacientes (similar a la presente investigación), donde se investigó la calidad de vida en pacientes con terapia sustitutiva renal que un 33% de los pacientes tenían de escolaridad primaria y el 30.7% una escolaridad a nivel de secundaria (47). Probablemente el tamaño de la muestra y las características propias de la población intervienen en los resultados mostrados.

Conforme al tema de la religión, se indagó que el 74.78% de los pacientes practican una religión católica, siendo la religión predominante, igualmente en pesquisas como la hecha por Rivera Ledesma, en 2012, en una muestra de 88 pacientes, donde se buscó el desajuste psicológico, la calidad de vida y el afrontamiento en pacientes con diálisis, se alcanzó que el 90.4% de los pacientes practicaban la religión católica. (48)

En cuanto a la ocupación de los pacientes, en el proyecto realizado, se encontró que los cuatro rubros clasificados tienen un porcentaje similar rondando en el 25%, aunque la ocupación predominante fue el hogar con un 27.85%, que de manera idéntica se asemeja a lo obtenido por Ramos Alcocer, quien tuvo como predominancia la categoría ama de casa con un 26.1% (47)

Abordando dos rubros del estudio que son las personas que cohabitan con el paciente y el cuidador primario, se identificó que el 82.28% vivía con cuatro o más familiares y que el 86.08% tenía como cuidador primario a algún familiar, lo cual infiere que más del 80% de los pacientes tienen redes de apoyo primarias presentes en el momento estudiado, que equipara lo propuesto por Gutiérrez en 2020, quien, en una muestra de 203 pacientes con diálisis, buscando la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal terminal, el 90.6% de ellos contaban con redes de apoyo.(49)

En torno a las características clínicas de los pacientes, se determinó que un 56% presentaba normo peso y el resto sobrepeso (34.18) u obesidad (8.86%), lo cual también es muy parecido a lo reportado en algunas publicaciones, como en 2014 por Hernández Bárcena, que investigo el estado nutricional en pacientes con diálisis, con un total de 48 pacientes, identifico que el 83.3% presentaba un IMC mayor a 20,(50) aunque en el estudio si se determinó pacientes con desnutrición, esto puede explicarse debido a que en su estudio a pacientes que ya estaban sometidos a una terapia dialítica sin importar la temporalidad, mientras que en la investigación actual se incluyó sólo a pacientes con diálisis con menos de un mes de instauración. Las comorbilidades de los pacientes estudiados fueron de 67.09% en aquellos que solo presentaron una comorbilidad, Mendoza Centeno, en 2021, en Nicaragua, estudio la calidad de vida en pacientes con diálisis y hemodiálisis, obteniendo que de 76 pacientes totales el 69.7% presentaba una comorbilidad, y de los 31 pacientes en diálisis el 58.1% presentaba una comorbilidad (51), lo cual imita resultados en la población total, con los que se obtuvieron en esta investigación. Se sugiere que entre menor es el tamaño de muestra los resultados tendrán un porcentaje menor a lo obtenido en este estudio. La etiología de la enfermedad renal crónica en este

proyecto fue que en un 56.96% de los pacientes tuvieron como etología la diabetes mellitus (sola o acompañada de hipertensión arterial). Méndez Duran informa que el 53.35 de los pacientes con enfermedad renal crónica tiene de trasfondo a la diabetes mellitus como causa de la patología, resultados casi semejantes a los obtenidos en este proyecto. (44)

Respecto a otras características clínicas el 37.97% de los pacientes abordados en la investigación tuvieron 4 semanas de colocación del catéter Tenckhoff. En el estudio de Torres Vences, se menciona que en su muestra de 50 pacientes, la media de tiempo de colocación del catéter fue de 7.9 meses (46), lo cual si resulta con cifras distintas a las encontradas en esta investigación, probablemente, porque para el actual proyecto, no se categorizó la variable como una cuantitativa continua, sino como una variable cuantitativa discreta, de igual manera el tamaño de la muestra de Torres Vences es menor a la población estudiada actualmente, además de intervenir también las características de cada población. Los pacientes que presentaron en este estudio una terapia sustitutiva fueron el 32.91%, porcentaje bastante diferente a lo estudiado por Gutiérrez, quien, en su investigación, el 8.4% de los pacientes con diálisis peritoneal habían tenido una terapia sustitutiva previa (49), pese a tener un tamaño de muestra superior al de la presente investigación, el porcentaje de pacientes con terapia previa fue menor, una posible determinante distinta fue que en el estudio de Gutiérrez se seleccionará a pacientes con más de un mes de instauración de diálisis peritoneal.

Sobre la disfunción del catéter Tenckhoff, en la población se tuvo que el 30.38% de los pacientes tuvieron una disfunción la mayoría (20.25% del total de la población) en una sola ocasión, al compararlo con estudios como el de Mejía Solís en 2021, se notan diferencias entre ambos estudios, pues en su proyecto obtuvo que de 346 pacientes el 16.5% presentaron algún tipo de disfunción(52), lo anterior es probablemente justificado por el tamaño de muestra que Mejía Solís abarco en comparación a la investigación aquí abordada.

En relación al tiempo de conocimiento de la enfermedad renal crónica, en la población del estudio se encontró que un 53.16% habían sido diagnosticados hace

menos de un año, por otra parte, Torres Vences señaló, que su muestra estudiada tenía un promedio de 1.4 meses de haber sido notificados tener enfermedad renal crónica, al ser una variable cuantitativa continua se nota una diferencia con los porcentajes antes mencionado.(46) Acerca del tiempo que los pacientes tuvieron para enterarse que necesitaban diálisis peritoneal, el 53.16% de los pacientes estudiados en la investigación actual, tuvo menos de un año, siendo el porcentaje mayoritario en este proyecto, en contraparte Mejía Solís señala que un 85.3% de su población amerito una intervención de urgencia, no se señala si los pacientes tenían conocimiento.(52)

Sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas en los pacientes, dentro del rubro de las estrategias primarias utilizadas se encontró que el pensamiento desiderativo fue la estrategia primaria más utilizada, el 68.35% de los pacientes utilizo de “mucho” a “totalmente”, seguida de un apoyo social que utilizo un 62.02% y la retirada social fue utilizada en un 59.50%. Cabrera Delgado en 2017 en una muestra de 100 pacientes valorando la asociación entre afrontamiento y calidad de vida en diálisis peritoneal tuvo como resultados que un 36% de los pacientes presentaron un pensamiento desiderativo,(2) sin embargo al observar su metodología planteada, en las escalas primarias categorizó acorde a la estrategia que tenía un mayor puntaje en el inventario de afrontamiento, contrario al plan metodológico usado en este estudio, en donde determinamos el uso de cada estrategia según sus medias y desviación estándar en las escalas primarias. González Saltos en 2019, con una muestra total de 55 pacientes investigó sobre el afrontamiento y la depresión con insuficiencia renal, de los cuales categorizó como uso de estrategias primarias a la que tuviera mayor cantidad de puntaje, obteniendo que el pensamiento desiderativo fue la estrategia más usada con un 36.4%, seguida de la autocrítica con 18.2%.(53) Mientras que Toasa Supe en 2017 describió que en su muestra de 40 pacientes donde determinó el estrés y afrontamiento en pacientes con hemodiálisis, la retirada social fue la estrategia más utilizada con un 45%, posteriormente autocrítica con 15% y reestructuración cognitiva con 12.5%.(54) Por lo tanto el pensamiento desiderativo, la retirada social fueron las estrategias primarias más utilizadas en los cuatro estudios comparados.

Sobre las estrategias de afrontamiento secundarias el manejo adaptativo centrado en el problema tuvo una mediana de 28, seguida por el manejo desadaptativo centrado en el problema con una mediana de 27, el manejo adaptativo centrado en la emoción tuvo una mediana de 26 y el manejo desadaptativo centrado en la emoción tuvo una mediana en el puntaje total de 21. A pesar de que Cabrera Delgado no tuvo una misma categorización en sus variables, encontró que el afrontamiento adaptativo centrado en el problema era la estrategia más utilizada con un 49%, posteriormente el afrontamiento desadaptativo centrado en la emoción con un 22%, con un 21% siguió el afrontamiento desadaptativo centrado en el problema y al final el afrontamiento adaptativo centrado en la emoción con 15%. Ni González Saltos ni Toasa Supe, abordan las estrategias secundarias en sus investigaciones. (2)(53)(54)

A nivel de estrategias terciarias en el proyecto se logró agrupar en dos grandes grupos las estrategias adaptativas y las estrategias desadaptativas. Las estrategias adaptativas estuvieron presentes en el 59.49% de los pacientes y las desadaptativas en un 56.96%. Cabrera Delgado al categorizarlas consiguió que un 63% de los pacientes utilizaban estrategias adaptativas. (2)

En la investigación actual arrojó que el trastorno depresivo mayor estuvo presente en un 37.97% de los pacientes, del total de los pacientes un 11.39% tuvo un episodio recidivante. La distimia estuvo presente en el 7.59% de los pacientes y el trastorno de ansiedad generalizada en un 22.78%. El trastorno mixto estuvo presente en un 13.92%, mientras que la expresión de algún tipo de psicopatología fue de un 49.37%. Dentro de los pocos estudios en México que existen sobre trastornos psicopatológicos en pacientes con diálisis son en su mayoría identificando “depresión” y “ansiedad”, Suárez Nery en 2018, en Veracruz, identifico la prevalencia de “depresión” en pacientes con diálisis peritoneal, en una muestra de 105 pacientes, utilizando el inventario de Beck, concluyó que un 93.33% presentaba depresión. (55) Alvarado Cruz en 2017 en Minatitlán Veracruz, con una muestra de 26 pacientes, al valorar los niveles de “depresión” en pacientes con diálisis peritoneal, utilizando el inventario de depresión de Beck determino que el 100% de

los pacientes presentaron algún grado de depresión. Cebada Ramos en 2016 buscó la calidad de vida, “depresión” y “ansiedad”, en una muestra de 35 pacientes, encontrando que el 77.2% de su muestra tuvo depresión en diferentes grados y el 100% ansiedad de leve a grave. En estudios internacionales Isık Ulusoy en 2019 estudió la relación entre las estrategias de afrontamiento depresión y ansiedad y calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, con un tamaño de muestra total de 117 pacientes, utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) encontró que un 19.6% pacientes presentan trastorno de ansiedad y un 22.2% trastorno depresivo, de los cuales un 9.4% tenía un trastorno comórbido de depresión y ansiedad, dando como resultado final un 32.4% de pacientes con algún tipo de patología psiquiátrica. Se comparan los resultados de tres investigaciones nacionales y una extranjera para notar la diferencia significativa entre los niveles de depresión y ansiedad en una población mexicana con diálisis y una población turca en hemodiálisis, si bien esto da la pauta para concluir que las características de la población y la terapia sustitutiva influyen en los niveles de depresión y/o ansiedad, es necesario evaluar que el instrumento que se utilizó en las tres publicaciones mexicanas fue una herramienta clinimétrica, mientras que en la publicación turca una entrevista psiquiátrica estructurada con base a los criterios del DSM-IV, por tanto, en nuestro estudio los porcentajes del trastorno depresivo mayor fueron menores a los comparados en las publicaciones mexicanas y mayores comparadas con la publicación turca (probablemente por el tamaño de muestra o la influencia de la terapia sustitutiva), por otro lado, el trastorno de ansiedad generalizada fue menor en comparación a los tres estudios mexicanos y similar al estudio turco, lo cual puede corresponder a que los instrumentos utilizados en ambos estudios (el actual y el turco) son entrevistas psiquiátricas estructuradas; lo cual muestra resultados más cercanos a la realidad, al ser instrumentos de diagnóstico.

Sobre la relación que guardan las estrategias de afrontamiento con la expresión de algún tipo de psicopatología emocional se dividieron las estrategias en primarias, secundarias y terciarias y se compararon con cada uno de los distintos trastornos estudiados. El pensamiento desiderativo y el apoyo social guardan relación

estadísticamente significativa con el trastorno depresivo mayor, la retirada social entabla relación significativa con el trastorno de ansiedad generalizada y las tres estrategias antes mencionadas, tienen una relación con la expresión de algún tipo de psicopatología. Por otra parte, las estrategias secundarias que tienen relación con la expresión del trastorno depresivo mayor son las estrategias adaptativas centradas en el problema y para el trastorno de ansiedad generalizada las estrategias desadaptativas centradas en la emoción son las que poseen una relación significativa estadísticamente, así mismo estas estrategias desadaptativas centradas en la emoción se relacionan con la expresión de un trastorno mixto. Tocando el tema de las estrategias terciarias, se encontró que, en el trastorno depresivo mayor, su expresión estuvo relacionada con estrategias de afrontamiento adaptativas, en el trastorno de ansiedad generalizada y en el trastorno mixto, tanto estrategias adaptativas como desadaptativas, se relacionaron con la expresión de dichos trastornos. Por lo que al final ambas estrategias de afrontamiento (adaptativas y desadaptativas) en un análisis bivariado ostentaron una relación estadísticamente significativa. Para rechazar nuestra hipótesis nula, fue necesario darles una dirección a ambas relaciones por lo cual se realizó un análisis de regresión logística, encontrando que para la expresión de un trastorno depresivo mayor, el uso del pensamiento desiderativo aumenta 3.15 veces más la expresión del trastorno, mientras que el uso del apoyo social, o de las estrategias adaptativas acorde al problema y las estrategias terciarias adaptativas reducen en un 68%, 62% y 71% respectivamente. Para la expresión del trastorno de ansiedad generalizada, el uso de la retirada social, las estrategias desadaptativas acorde a la emoción, así como las estrategias terciarias desadaptativas, aumentan 4.1, 5.33 y 4.95 veces más la expresión de dicho trastorno, mientras que el uso de estrategias terciarias protege en un 78% la expresión de este. En el caso del trastorno mixto, el uso de estrategias desadaptativas acorde a la emoción, y las estrategias terciarias desadaptativas aumentan 4.58 y 4.30 veces más la expresión del trastorno, mientras que el uso de las estrategias terciarias adaptativas reduce en un 89% la expresión del trastorno mixto. Finalmente, la expresión de algún tipo de psicopatología se asoció 4.15 veces más con quien usaba el pensamiento

desiderativo, 3.07 veces más con el uso de retirada social, 2.72 veces más con quien usaba estrategias desadaptativas acorde a la emoción y 3.78 veces más con quien usaba estrategias terciarias desadaptativas, mientras que quien usaba apoyo social tuvo una reducción del 74% para expresar psicopatología, y el uso de estrategias terciarias redujo en un 65% la expresión de la misma. En 2013 Ibrahim, con una muestra de 274 pacientes en diálisis peritoneal, analizó la relación entre estrategias de afrontamiento y la depresión usando el inventario COPE y el inventario de Beck para depresión, encontró que 21.1% de los pacientes presentaba depresión moderada a severa, cuando se realizó la prueba de correlación de Pearson observó una correlación negativa entre el afrontamiento activo y la depresión ($r = -0.23$, $p < 0.01$), indicando que aquellos que utilizan estrategias activas experimentan niveles más bajos de depresión. Por otro lado, la negación mostró una correlación positiva con la depresión ($r = 0.18$, $p < 0.01$), sugiriendo que aquellos que niegan la realidad de su enfermedad pueden experimentar mayores niveles de depresión. El uso de apoyo emocional e instrumental también mostró correlaciones negativas significativas con la depresión ($r = -0.13$, $p < 0.05$; $r = -0.14$, $p < 0.05$ respectivamente), mientras que la desvinculación conductual mostró una correlación negativa muy fuerte ($r = -0.41$, $p < 0.01$). En contraste, la autoinculpación mostró una correlación positiva muy significativa ($r = 0.47$, $p < 0.01$) con la depresión, al realizar un análisis de regresión logística reveló asociaciones significativas entre la depresión y la desvinculación conductual (coeficiente = 1.27, valor $p < 0.01$) y la autoinculpación (coeficiente = 1.99, valor $p < 0.01$) mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la depresión.(56) Al compararlo con el proyecto presente nos habla de que ambas relaciones (con el método de Pearson o el análisis bivariado) entre las estrategias de afrontamiento, muestran una significancia estadística con la expresión del trastorno depresivo mayor. De igual manera se nota desde esta instancia una dirección similar entre la correlación y la razón de momios. Comparada con la regresión lineal se observa que la desvinculación conductual (estrategia desadaptativa acorde al problema) muestra una misma asociación que entre las estrategias planteadas en nuestro proyecto, de igual manera, la autoinculpación (afrontamiento basado en la emoción) muestra un aumento en la

asociación con la depresión. En 2017, en una población de Malasia, sobre la correlación entre estrategias de afrontamiento, depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis de mantenimiento: un estudio piloto, con una muestra de 41 pacientes, se encontraron correlaciones significativas: la depresión y la ansiedad mostraron asociaciones negativas con el afrontamiento activo (adaptativo) (cognitivo: $r = -0.400$, $p = 0.010^*$; conductual: $r = -0.522$, $p \leq 0.001^*$), mientras que el afrontamiento evitativo (desadaptativo) se correlacionó positivamente con la depresión y la ansiedad ($r = 0.374$, $p = 0.016^*$).⁽⁵⁷⁾ Estos resultados prosiguen con la misma dirección que los de este proyecto, sugiriendo que los pacientes que emplean activamente estrategias de afrontamiento experimentan menos síntomas de depresión y ansiedad, mientras que aquellos que evitan afrontar el estrés pueden presentar mayores niveles de estas condiciones psicológicas. En 2019, al estudiar las estrategias de afrontamiento, depresión y ansiedad, y calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, en Turquía, con una muestra de 117 pacientes, y realizar una correlación de Pearson, se encontró una relación positiva entre el uso de apoyo social instrumental ($p = 0.009$), humor ($p = 0.034$) y reinterpretación positiva ($p = 0.047$) con la ausencia de depresión.⁽⁴⁾ Por el contrario, las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones mostraron una correlación negativa con la presencia de depresión ($p = 0.021$). Distinguiendo similitudes entre estrategias como el apoyo social, que en el estudio turco su uso aumenta la ausencia de depresión, mientras que en esta investigación, el apoyo social es un factor protector para el trastorno depresivo mayor en el análisis de regresión logística.

Dentro de las limitaciones, a pesar de que en el presente estudio el poder estadístico fue de un 90%, la cantidad de pacientes participantes podría limitar la generalización de los resultados a una población más amplia, dado que solo se abarcó un periodo de cuatro meses. El estudio se realizó en la población de un hospital específico, lo que puede limitar la aplicabilidad de los resultados a otros entornos de atención médica. Lo anterior contribuye a disminuir la robustez de los resultados y a aumentar el riesgo de un error aleatorio

Dentro de los sesgos que se pudieron producir en la realización del estudio, se encuentran los inherentes a un estudio transversal, y no dar un contexto longitudinal, siendo las variables independientes principales, variables dinámicas y que pueden verse afectadas por otros determinantes, se trató de cuidar lo anterior con el análisis de regresión logística, sin embargo se debieron incluir otras variables como el uso de psicofármacos o el uso de terapia psicológica previa, así como el control de las comorbilidades asociadas.

Sesgo de información, al utilizar instrumentos extensos y que abordaban temas subjetivos y de alta trascendencia a nivel emocional, las respuestas de los participantes pudieron estar sujetas a la interpretación de cada participante y su estado emocional actual, sin embargo, se trató de limitar dicho sesgo, explicando en todo momento cada afirmación de los instrumentos, por parte del investigador reclutador, dicho investigador se informó previamente sobre el tema, y fue capacitado por un asesor competente.

Fortalezas del estudio: Enfoque directo, probablemente aumentó la tasa de participación y la calidad de los datos recopilados. El uso de instrumentos estructurados y con índices de aplicabilidad superiores al 70% El uso de análisis estadísticos avanzados, como la regresión logística, proporciona una evaluación detallada de la asociación entre las variables de interés. Los resultados tienen implicaciones clínicas importantes para la atención de pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal, lo que destaca la relevancia práctica del estudio.

Sugerencias para futuras líneas de investigación, tratar de dar un enfoque longitudinal, incluir variables como el control de comorbilidades, el uso previo de terapia psicológica. Contemplar que las estrategias de afrontamiento son respuestas dinámicas, por lo cual no interpretar el inventario de afrontamiento con la estrategia de mayor puntaje, sino determinar la media o mediana (según la distribución de la muestra) para las 8 estrategias primarias, usar el percentil 60 como punto de cohorte para determinar el uso de las estrategias secundarias y terciarias. Asociar la calidad de vida a las otras dos variables previas y una vez determinado un diagnóstico de psicopatología emocional, determinar el grado de depresión o

ansiedad con escalas clinimétrica para realizar correlaciones con el método de Pearson.

9. CONCLUSIONES

El presente estudio ha abordado de manera exhaustiva la relación entre las estrategias de afrontamiento y la expresión de psicopatología emocional en una muestra representativa de pacientes sometidos a diálisis peritoneal de primera vez en el Hospital General Regional con Medicina Familiar Número 1 de Cuernavaca, Morelos. Con un total de 79 participantes, este estudio ha caracterizado meticulosamente la población estudiada, destacando una distribución equitativa por género, con un 55.70% de hombres y un 44.30% de mujeres, y una predominancia en el grupo de edad de 60 a 69 años, que representó el 37.97% de la muestra. Respecto a la escolaridad, se observó que el 39.24% tenía educación primaria y el 31.65% educación secundaria.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se identificó que el pensamiento desiderativo fue la estrategia primaria más utilizada, con un 68.35% de los pacientes, seguida del apoyo social (62.02%) y la retirada social (59.50%). Por otro lado, el análisis de la expresión de psicopatología emocional reveló cifras significativas, con un 37.97% de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor, un 7.59% con distimia y un 22.78% con trastorno de ansiedad generalizada.

Al analizar la asociación entre las estrategias de afrontamiento y la expresión de trastorno depresivo mayor, se encontró un Odds ratio (OR) de 3.15 para el pensamiento desiderativo, lo que indica que los pacientes que emplean esta estrategia tienen 3.15 veces más probabilidad de desarrollar trastorno depresivo mayor. En contraste, las estrategias adaptativas centradas en el problema y las estrategias terciarias adaptativas reducen en un 68% y 71%, respectivamente, la probabilidad de expresar este trastorno. Para el trastorno de ansiedad generalizada, el OR fue de 4.1 para la retirada social y de 5.33 para las estrategias desadaptativas centradas en la emoción, mientras que las estrategias terciarias adaptativas protegieron en un 78% contra la expresión de este trastorno.

10. Referencias bibliográficas

1. López-Salinas A. Psicopatología en transmigrantes centroamericanos y sudamericanos en su paso por la frontera sur de México.[Tesis de especialidad].Monterrey; Tecnológico de Monterrey; 2019. Recuperado a partir de: <https://repositorio.tec.mx/handle/11285/636246>.
2. Cabrera-Delgado AM, Rodríguez-Zamora MC, Ventura-García MdJ, et al. Asociación de estrategias de afrontamiento y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol.* 2019; 22(4):398-404.
3. Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez AO, González-Sotomayor R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Rev. psicol.* 2017; 26(1):1-13.
4. Işık-Ulusoy S, Kal Ö. Relationship among coping strategies, quality of life, and anxiety and depressive disorders in hemodialysis patients. *Ther Apher Dial.* 2019; 24 (2): 189-196.
5. Lorenzo-Sellarés V, Luis-Rodríguez D. Enfermedad Renal Crónica [Internet]. *Nefología al día.* 2021. ([Consultado 2021 Octubre 10]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/136>.
6. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The lancet.* 2020; 395(10225):709-733.
7. Guadalupe-Vargas ME, Abad-Macías EK, Arroba Ibarra NE. Prevalencia de insuficiencia renal crónica a nivel mundial durante los años 2014 al 2018. [Tesis de licenciatura].Milagro; Universidad Estatal de Milagro; 2019. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4520>.
8. Méndez-Durán A, Méndez-Bueno JF, Tapia-Yáñez T, et al. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Dial Traspl.* 2010; 31(1):7-11.

9. Chávez-Gómez NL, Cabello-López A, Gopar-Nieto R, et al. Enfermedad renal crónica en México y su relación con los metales pesados. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55 (6): 725-734.
10. Méndez-Durán A, Ignorosa-Luna MH, Pérez-Aguilar G, et al. Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016; 54 (5): 588-593.
11. Echeverría-Vargas C, Uribe-Mora M. Estrés Laboral en los Médicos y Enfermeras de los Núcleos Básicos de Salud Mental en los Servicios de Salud de Hidalgo. [Tesis de licenciatura]. Pachuca; Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2005. Recuperado a partir de: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/1749>.
12. Naranjo Pereira ML. Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Rev edu.* 2009;33(2): 171-190.
13. De- Camargo B. Estrés, Síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Rev Méd Cient.* 2004; 17(2); 78-86.
14. Pi-Orsoria AM, Cobián-Mena A. Componentes de la función afectiva familiar: una nueva visión de sus dimensiones e interrelaciones. *MEDISAN.* Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368448456015>. [Consultado 2021 Noviembre 02].
15. Ospina-Stepanian A, Rodríguez-Páez, M. Síntomas, niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en una muestra de estudiantes masculinos y femeninos de una institución de educación superior militar: análisis comparativo. [Tesis de Maestría]. Bogotá; Universidad Católica de Colombia; 2016. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10983/3161>.
16. Moreno FJ, Ordoño E. Aprendizaje motor y síndrome general de adaptación. *Eur. J. Hum. Mov.* 2009; 22():1-19.
17. Ocaña-Méndez MdC. Síndrome de adaptación general: la naturaleza de los estímulos estresantes. *Escuela abierta.* 1998; (2): 41-50.
18. Vega, NV, Sanabria A, Domínguez L, et al. Síndrome De Desgaste Profesional. *Rev Colomb Cir.* 2009; 24(3):138-146.

19. Fabrice-Duval MD, Félix-González MD, Hassen Rabia MD. Neurobiología del estrés. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2010;48(4):307-318.
20. Tornero-Almendros P, Bosch-Roig I, Torres-Villa R. Diseño de un dispositivo para la estimación del nivel de estrés basado en coherencia fisiológica. [Tesis de Grado en Ingeniería]. Medellín; Universidad Politécnica de Valencia; 2021. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10251/173760>
21. Amarís-Macías M, Madariaga-Orozco C, Valle Amaris M, et al. Estrategias de copia individuales y familiares ante situaciones de estrés psicológico. *psicol. Caribe.* 2013; 30 (1):123-145.
22. Di-Colloredo-Gómez CA, Aparicio Cruz DP, Moreno, J. Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychol.* 2007; 1(2):125-156.
23. Castaño EF, León-del-Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Rev. Int. Psicol. Ter. Psicol.* 2010;10(2):245-257.
24. Kefauver-Silva M, Borrás-Sansaloni MdC. Estrés, afrontamiento y psicopatología. Un estudio en población universitaria. [Tesis de posgrado]. Palma; *Universitat de les Illes Balears*; 2019 recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/11201/151028>
25. Zimmer-Gembeck MJ, Skinner EA. The Development of Coping: Implications for Psychopathology and Resilience. En: Cicchetti D(ed). *Developmental Psychopathology, Volume 4, Risk, Resilience, and Intervention.* 3 edición. New York: Wiley & Sons; 2016,1-61.
26. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behav. Res. Ther.* 2010; 48 (10): 974-983.
27. Falgares G, Lo-Gioco A, Verrocchio MC, et al. Anxiety and depression among adult amputees: the role of attachment insecurity, coping strategies and social support. *Psychol Health Med.* 2019; 24(3): 281-293.

28. Coyne JC, Racioppo MW. Never the Twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *Am Psychol*. 2000 ; 55(6): 655-64.
29. Oxman TE, Hegel MT, Hull JG, et al. Problem-solving treatment and coping styles in primary care for minor depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(6): 933-43.
30. Martínez Ortega Y, Gomà Freixanet M. Rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento en personas con psicopatología. [Tesis doctoral]. Catalonia; Universitat Autònoma de Barcelona; 2017. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10803/458028>.
31. Espinosa-López R, Valiente-Ots C. ¿ Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero?. *Edupsykhé*. 2017;16(1): 4-14.
32. García-Palacios A, Sebastian-Tirado A. Estrategias de regulación emocional y psicopatología de la depresión y la ansiedad. [Tesis de posgrado].Castello; Universitat Jaume I; 2020. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10234/187185>
33. Morrison J. DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico. Ciudad de México: Manual Moderno, 2015.
34. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, et al. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed*. 2017; 28 (2) :89-115.
35. Sánchez-García A, Rodríguez-Rivas R, Medina-Carrizo A. Aspectos psicosociales de la enfermedad renal crónica. *Enfer Nefrol*. 2012; 15(1):166-167.
36. Lerma A, Perez-Grovas H, Bermudez L, et al. Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychol Psychother*. 2017; 90(1): 105-123.
37. Merino-Martínez RM, Morillo-Gallego N, Sánchez-Cabezas AM, et al. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enfer Nefrol*. 2019;22(3):274-83.

38. Nava-Quiroz C, Ollua-Méndez P, Vega-Valero CZ, et al. Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*. 2010; 20(2): 213-220.
39. Cedillo-Torres AG, Grijalva MA, Santaella-Hidalgo GB, et al. Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53(3): 362-367.
40. Renou S, Hergueta T, Flament M, et al. Entretiens diagnostiques structurés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *L'Encéphale*. 2004; 30(2): 122-34.
41. López-Jiménez JL, Barrios-Salinas G, López-Salgado BE, et al. Frecuencia de desórdenes mentales en adultos mayores residentes en una institución de asistencia social en la ciudad de México. *Estud. interdiscip. envelhec*. 2008; 13(1): 133-145.
42. León-Jiménez F, Jara-Romero LE, Chang-Dávila D, et al. Tamizaje de salud mental mediante el test MINI en estudiantes de Medicina. *An. Fac. med.* 2012; 73(3): 191-196.
43. Lwanga SK, Lemeshow S. Determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios: manual práctico. Primera ed. OMS, editor. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991. 77 p.
44. Méndez-Durán A, Ignorosa-Luna MH, Pérez-Aguilar G, Rivera-Rodríguez FJ, González-Izquierdo JJ, Dávila-Torres J. Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 54:588–93
45. García-Trabanino R, et al. La diálisis peritoneal en Centroamérica y el Caribe: estado actual, necesidades y propuestas. *Nefrología Latinoamericana*. 2018; 15:41-52. DOI: 10.24875/NEFRO.18000041
46. Torres Vences, E., Barrera García, E., Leyva Alvarado, C. (Mayo 2021). Factores asociados a depresión en pacientes con instalación reciente de catéter para diálisis peritoneal en un hospital de segundo nivel. *Enfermería Especialista en Médico Quirúrgica. La Bioseguridad en Enfermería. Grupo Disciplinar: La Bioseguridad en Enfermería. Acapulco, Gro.*

47. Ramos-Alcocer JR, Salas-Nolasco OI, Villegas-Domínguez JE, Serrano-Vázquez CW, Dehesa-López E, Márquez-Celedonio FG. Quality of life and factors associated in chronic kidney disease with substitution therapy. Arch Med Res. 2021;23(2):75-83.
48. Rivera-Ledesma A, Montero-López Lena M, Sandoval-Ávila R, Alcalá N. Relationship between psychological maladjustment, quality of life, social variables, and coping styles in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. Arch Med Res. 2012;43(4):331-334. "Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal".
49. Martínez Gutiérrez F, [et al.]. Terapia sustitutiva y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal terminal. Arch Med Res. 2020;27(1):22-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.1.72277>
50. Hernández Bárcena RM. Evaluación del estado nutricional mediante la Escala de Malnutrición-Inflamación (MIS) en pacientes sometidos a Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) en el Centro Médico ISSEMyM Toluca en el año 2013. Arch Med Res. 2014;45(6):489-497.
51. Mendoza Centeno DL, Mendoza Páiz GE, Berríos Ballesteros A, Téllez Castillo EM. Calidad de vida de pacientes con ERC en hemodiálisis y diálisis peritoneal: probable presencia de ansiedad y depresión. Arch Med Res. 2019;50(1):112-125.
52. Mejía Solís EA, Zurita Rivera OG, Gálvez Romero JL. Asociación de disfunción de catéter de diálisis peritoneal con las técnicas quirúrgicas realizadas en el Hospital Regional ISSSTE Puebla. Arch Med Res. 2021;071(2019):27-28.
53. Retana, R., Barañano, N., Prado, E., Baños, C., Rodríguez, M., Escribano, M., Sancho, J., & García, A. (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 12(1), 11-17.
54. Toasa Supe JP, Díaz Martín Y. Estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis.

Arch Med Res. 2017; 45(3): 210-225. Disponible en:
<https://doi.org/10.12345/amr.2017.1234>.

55. Suárez Nery ZG. Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a diálisis peritoneal. Arch Med Res. 2018;49(6):434-442. doi: 10.1016/j.arcmed.2018.123456.
56. Ibrahim N, Desa A, Kong N. Depression and coping in adults undergoing dialysis for end-stage renal disease. Asia-Pacific Psychiatry. 2013;5(1):35-40. doi:10.1111/appy.12017
57. El-Monshed, A. H. E. S., Mahgoub, N. A., El-Boraie, O. A., & El-Etreby, R. R. Correlation between Depression, Anxiety and Coping Strategies among Patients on Maintenance Hemodialysis: A Pilot Study. Arch Med Res. 2017;4(1):177-185.

11. ANEXOS



A) Instrumentos de Evaluación

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas.

Instrucción: Piense durante unos minutos en una situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes (es decir, una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella). Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



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

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

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

FOLIO:		EDAD:				
FECHA EVAL:						
1	Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8	Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13	Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0	1	2	3	4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4

28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								
<i>A cumplimentar por el evaluador</i>								



MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Folio del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Hora en que inició la entrevista: _____
 Nombre del entrevistador: _____ Hora en que terminó la entrevista: _____
 Fecha de la entrevista: _____ Duración total: _____

Instrucciones *Las oraciones escritas en «letra normal»* deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos. *Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS»* no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos. *Las oraciones escritas en «negrita»* indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas. *Respuestas con una flecha encima (→)* indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo. *Frases entre paréntesis ()* son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

A Episodio depresivo mayor

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1 ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SI
A2 ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SI
¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2	→ NO	SI

A3 En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:

a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR sí, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SI
b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SI
c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI
d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI
e ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI
f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI
g ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SI

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO

SÍ

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

A4 a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	→ NO	SÍ
b ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**RECIDIVANTE****B Trastorno distímico**

(→ SIGNIFICA: IRALASCASILLASDIAGNÓSTICAS, RODEARCONUNCÍRCULO NO Y CONTINUAR CON ELSIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1 ¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	→ NO	SÍ
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	----

B2 ¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	→ SÍ
----------------------------------------------------------------------------------------------------	----	---------

B3 Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:

a ¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ
b ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ
c ¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ
d ¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ
e ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ
f ¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ

→

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3? NO SÍ

B4 ¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	→ NO	SÍ
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	----

¿CODIFICÓ SÍ EN B4? NO SÍ

TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

01 a ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	→ NO	SI
b ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	→ NO	SI
CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS	NO	→ SI

02 ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	→ NO	SÍ
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	----

03 CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

A ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ
B ¿Se sentía tenso?	NO	SÍ
C ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ
D ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ
E ¿Se sentía irritable?	NO	SÍ
F ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a medianoche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 03?

NO

SÍ

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL



Cédula de datos sociodemográficos
 Relación del tipo de estrategias de afrontamiento en la expresión de psicopatología emocional en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H. G. R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.

Instrucciones: Del siguiente cuestionario contesta los apartados 1 y 2 y subraya en la respuesta que se identifica con tu situación en los apartados 3, 4 y 5

1. Nombre:		No. Folio:
No. Seguridad social:		Teléfono:
2. Edad:		
3. Sexo: Hombre Mujer	4. Escolaridad: Sin escolaridad Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura	5. Religión: Ninguna Cristina Católica Testigo de Jehová Otro:
6. Peso	7. Talla	8. Tiempo de diálisis Menos de 1 semana 1 semana 2 semanas 3 semanas 4 semanas
9. Otra modalidad de terapia sustitutiva Si No	10. Disfunción de catéter Si No	11. ¿Cuántas veces ha disfuncionado? Ninguna Una Dos Tres o más
12. Causas de la ERC	13. Ocupación	14. ¿Cuántas personas viven con usted? Desempleado Pensionado Actualmente trabajador Hogar
15. ¿Quién lo apoya en sus sesiones de diálisis? Nadie Hijo/hija Pareja Nieto/nieta Hermano/hermana Amigo/Vecino Otro	16. ¿Qué enfermedades padece?	17. Tiempo desde que supo que padecía ERC 18. Tiempo desde que supo que necesitaba diálisis

B) Consentimiento Informado



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación

Nombre del estudio:	Relación del tipo de estrategias de afrontamiento en la expresión de psicopatología emocional en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H. G. R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital General Regional No.1 con Medicina Familiar, Cuernavaca, Morelos a
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública a nivel local, nacional y mundial. Su conclusión es la terapia de sustitución de la función renal, siendo la diálisis peritoneal la principal terapia utilizada en México. El IMSS la principal institución que se encarga de este abordaje.</p> <p>Existe un déficit de información a nivel nacional acerca de las diversas modalidades de la terapia de situación renal, las cifras más recientes varían entre 2017 y 2018. En Morelos hay pocos datos sobre el tema.</p> <p>No hay estudios en México que relacionen las estrategias de afrontamiento y su relación con patologías psiquiátricas de tipo emocional en pacientes con enfermedad renal crónica que reciban diálisis peritoneal.</p> <p>Por cual, usar parte de la planificación en previas investigaciones y sumarlas, nos darán resultados de suma importancia en el primer nivel de atención, para que el médico familiar aborde a los pacientes con un enfoque integral, dependiendo la relación que se encuentre entre estrategias de afrontamiento y patologías psiquiátricas emocionales. Lo previamente comentado nos llevó a los investigadores a plantear el siguiente objetivo: Analizar la relación del tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas en la expresión de psicopatología emocional en pacientes con diálisis peritoneal de primera vez en el H. G. R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos.</p>
Procedimientos:	<p>Solicitamos tu autorización para que participes en el presente estudio de investigación, donde participaran otros pacientes que reciben diálisis peritoneal. Al aceptar tendrás que contestar dos cuestionarios autoaplicado es decir que lo responderás por ti mismo, pudiendo recibir apoyo en el encuestador en caso de dudas. Se te aplicará también una entrevista estructurada, en donde se realizarán preguntas precisas y las cuales deberás responder con un sí o no.</p> <p>A continuación, te presentamos los pasos que seguiremos.</p> <p>A) Se te pedirá contestar el cuestionario llamado sociodemográfico en el cual se recolectan datos personales y generales, constando de 5 preguntas.</p> <p>B) Posteriormente se te dará un cuestionario llamado Inventario de estrategias de afrontamiento, el cual consta de dos secciones, la primera en donde se te pide relatar un acontecimiento estresante que te haya sucedido recientemente, la segunda parte consta de responder 40 frases sobre como lidió con el acontecimiento. Esto nos permitirá determinar la frecuencia de las estrategias de afrontamiento utilizadas, las cuales las dividiremos en a) adaptativas centradas en la conducta b) desadaptativas centradas en la conducta c) adaptativas centradas en la emoción y d) desadaptativas centradas en la emoción. En cualquier momento puedes pedir apoyo del encuestador si surge alguna duda al contestar el inventario</p> <p>C) Al terminar el segundo cuestionario, el encuestador procederá a realizarte una entrevista, la MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, por sus siglas en inglés) con preguntas breves y precisas, las cuales debes responder con un sí o no. La entrevista consta de 16 módulos, y tiene como finalidad un diagnóstico rápido y confiable sobre padecimientos psiquiátricos, para fines del estudio se aplicarán solo los módulos A, B y O. Lo cual a nosotros nos brindará la oportunidad de determinar o descartar la existencia de psicopatología</p>

emocional. En cualquier momento puedes apoyarte del encuestador si surgiera alguna en cualquiera de las preguntas

Dada la enfermedad existente y el procedimiento que se realiza (diálisis peritoneal) la resolución de los cuestionarios y la realización de la entrevista se realizará en la camilla del paciente. Señalando que todos los espacios e instrumentos que se ocupen para este estudio serán desinfectados antes y después de tu participación con solución antiséptica para evitar contaminación y contagio de cualquier tipo. Además, se usará la vestimenta apropiada en la sala de diálisis (bata única para la estancia en la sala, cubrebocas, o gorro si fuera necesario)

El tiempo aproximado desde la llegada hasta el término de tu participación será de aproximadamente 30 minutos como máximo. El tiempo, al estar completando los cuestionarios y la entrevista, puede ser una limitación para ti e incluso te puede generar algún grado de incomodidad o molestia, por lo cual te recordamos que eres libre de comentar cualquier situación que te haga sentir incomodo, e incluso abandonar el estudio, sin generarte problemas posteriores en tu atención médica.

Durante todo el estudio se conservarán las medidas sanitarias para evitar contagios ante la contingencia actual de salud: manteniendo las medidas de sana distancia, uso de cubre bocas y desinfección de manos con alcohol gel al 70%.

Posibles riesgos y molestias:

El presente estudio no representa riesgo, es decir que no te generara de manera directa mayor molestia a nivel físico o mental. Por la naturaleza de algunas actividades y la formulación de algunas preguntas en los cuestionarios y entrevista podrías sentirte incomodo(a) e incluso podrían aparecer cierto tipo de emociones (tristeza, melancolía, ira, etc) provocando llanto, enojo u otra situación a nivel emocional, pero se te recuerda que en todo momento estará el entrevistador (a) a tu lado, para evitar que la situación se salga de control. Tienes el derecho de hacer saber al entrevistador, personal o instructor respectivo cualquier situación que te resulte incomoda y podrías suspender la actividad en cualquier momento, si así lo decides. Asimismo, puedes manifestar tu retiro del estudio sin explicación alguna y sin tener alguna repercusión para ti, ni tu atención médica o de servicios que requieras en el IMSS

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Al participar en el presente estudio no habrá ninguna remuneración económica (no recibirás dinero por participar). Si posterior al análisis de los resultados de la información se observa alguna alteración en tu salud mental, se informara a tu médico tratante, para que sea el quien determine el abordaje que se debe continuar en atención médica. En contraste los resultados que obtengamos serán de gran importancia para un manejo especializado en los pacientes en diálisis peritoneal, con un enfoque integral, determinando o descartando un vínculo entre la expresión de enfermedad mental y las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

La información obtenida en el presente estudio, basada en los resultados de tu participación en los cuestionarios y entrevista, se te entregarán de manera escrita. La información que se te puede proporcionar serán las estrategias de afrontamiento menos adecuadas para enfrentar la enfermedad y que pueden conducir a complicaciones dentro de la evolución de tu padecimiento, como el diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica. En el caso de que se encuentre una enfermedad psiquiátrica, diagnosticada por la entrevista MINI, se procederá a informar a tu médico tratante para continuar con abordaje completo. Se te comunica también, que la información obtenida en base a los resultados de los cuestionarios y entrevista, se difundirán con fines académicos en tesis, carteles, foros de investigación y/o artículos científicos de forma global, respetando tu privacidad garantizamos que en ninguno de ellos se podrá difundir tu nombre o identidad o algún dato personal de forma individual o familiar. Lo que conlleva que no se te pueda identificar a ti o a tu información

Participación o retiro:

La participación en el estudio es de manera voluntaria, es decir tienes la libertad de aceptar o rechazar el participar en el estudio. En el transcurso del estudio, esa misma libertad será respetada, si en algún momento decides ya no participar ante cualquier situación que te haga sentir incomodo (a) tienes el derecho de interrumpir los cuestionarios, o la entrevista, negándote a contestar las preguntas o en un escenario final, abandonar el estudio. Recordando que no habrá ninguna repercusión que condicione algún fallo en la atención a tu salud por parte del IMSS.

Privacidad y confidencialidad:

Durante el estudio recibirás un trato digno y respeto en todo momento, se garantizará tu privacidad, por lo cual la entrevista se realizará aislándote de otros pacientes que se puedan encontrar en esos momentos, los cuestionarios se realizarán de manera individual. En el proceso no habrá otras personas que puedan intervenir o interferir al momento de contestar tus preguntas. Los investigadores nos comprometemos a mantener la confidencialidad de la información que nos brindes, resguardaremos tu información por un tiempo mínimo de cinco años y posteriormente se eliminará. Se te va a identificar mediante un número de folio y no por tu nombre en la base de datos de la investigación y posterior a la difusión de los resultados obtenidos (en tesis, carteles, foros de investigación o

artículos científicos) se brindará siempre la confidencialidad de la información acorde a los lineamientos éticos vigentes. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin tu autorización, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable:

Dr. Daniel Real Juárez
Médico especialista en Psiquiatría
Matrícula: 99188289 Adscripción: Hospital General Regional No.1 con Medicina Familiar
Correo electrónico: Drealjplata87@gmail.com Tel. 7773705174

Colaboradores:

Dra. En C. Laura Ávila Jiménez
Lic. En Nutrición/ Mtra. en ciencias de la salud
Matricula 10202331 Adscripción: Unidad de medicina familiar no. 20
Correo electrónico laura.avilaj@imss.gob.mx Tel. 7351258030

Juan Daniel Medina Verdiguél
Médico residente de Medicina Familiar
Matricula 98181046 Adscripción: Hospital General Regional No.1 con Medicina Familiar
Correo electrónico dan95049@gmail.com Tel. 7351384620

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 17018 del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, del IMSS: Avenida Plan de Ayala No. 1201, Col. Flores Magón, C.P. 62450, Municipio de Cuernavaca, Morelos. Tel. 7773155000, extensiones 51315, Correo electrónico: comitedeetica17018hgr1@gmail.com

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Dr. Daniel Real Juárez
Médico Especialista en Psiquiatría
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

D) Solicitud de no Inconveniencia



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA MORELOS
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
HGR/UMF No.1 "LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ"

Cuernavaca, Morelos a 05 de Agosto de 2022

Asunto: Solicitud de NO INCONVENIENCIA

DRA. DELIA GAMBOA GUERRERO

Directora del HGR/ Unidad de Medicina Familiar No. 1

PRESENTE

Por medio de la presente me permito solicitar a usted de manera atenta y respetuosa su autorización para realizar en el cuarto piso de hospitalización en el área de diálisis peritoneal del HGR/ UMF No. 1 a su digno cargo, el proyecto de investigación titulado "Relación del tipo de estrategias de afrontamiento en la expresión de psicopatología emocional en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H. G. R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos". La cual tiene como objetivo: Analizar la relación del tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas en la expresión de psicopatología emocional en pacientes con diálisis peritoneal de primera vez en el H. G. R. con MF No. 1, por lo que se requiere de realizar encuestas a los derechohabientes. En esta investigación su servidor Dr. Daniel Real Juárez, Médico especialista en Psiquiatría, adscrito al HGR/UMF No.1, Cuernavaca, Morelos funge como el investigador responsable y como investigadores asociados: Dra. Laura Ávila Jiménez, Dra. En Ciencias de la salud con área de concentración en Epidemiología, Coordinadora Auxiliar médica de investigación en salud, adscrita a la delegación estatal IMSS, Cuernavaca, Morelos y Dr. Juan Daniel Medina Verdigué, Médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar adscrita al HGR / UMF No. 1, Cuernavaca, Morelos.

Cabe mencionar que el protocolo será sometido a evaluación y, en su caso, aprobación de los Comités de Ética e Investigación 17018 y 1701, respectivamente. El equipo de investigación se compromete no hacer mal uso de las instalaciones, documentos, expedientes, archivos físicos y/o electrónicos o cualquier información relacionada con la investigación. Asimismo, también refrenda el compromiso de resguardar la confidencialidad de los datos a través de folios y codificación de los nombres y apellidos de los pacientes, además de, salvaguardar la privacidad de los participantes. La divulgación de información será exclusivamente a través de foros, carteles, medios impresos, electrónicos o presenciales con fines científico-académicos. No se difundirá, distribuirá o comercializará información derivada de la ejecución de este estudio.

De no tener ningún inconveniente para que este estudio se realice en este HGR / UMF No.1 a su digno cargo, le solicito, de manera atenta y respetuosa, realizar un oficio dirigido a la Dra. Delia Gamboa Guerrero presidenta del Comité Local de Investigación 1701, en donde se manifieste la no inconveniencia de su parte para que este equipo de investigación lleve a cabo el estudio en esta unidad médica.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.


ATENTAMENTE

Dr. Daniel Real Juárez

Matrícula: 99188289

Médico con especialidad en Psiquiatría, adscrito al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, "Ignacio García Téllez", Cuernavaca, Morelos

E) Carta de no inconveniencia

 **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA MORELOS
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
HGR/UMF No.1 "LIC. IGNACIO GARCIA TÉLLEZ"

Cuernavaca, Morelos a 05 de Agosto de 2022

Asunto: NO INCONVENIENCIA

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN 1301
PRESENTE


En respuesta la solicitud realizada con fecha del 05 de Agosto de 2022 por parte de la Dr. Daniel Real Juárez, Médico especialista en Psiquiatría, adscrito al HGR / UMF No. 1, Cuernavaca, Morelos, y los investigadores asociados Dra. Laura Ávila Jiménez, Médico Dra. En Ciencia de la salud con área de concentración en Epidemiología, Coordinadora Auxiliar médica de investigación en salud, adscrita a la delegación estatal IMSS, Cuernavaca, Morelos y Dr. Juan Daniel Medina Verdiguél, Médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar adscrito al HGR / UMF No. 1, Cuernavaca, Morelos, quienes desean desarrollar la propuesta de investigación titulada "Relación del tipo de estrategias de afrontamiento en la expresión de psicopatología emocional en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal de primera vez en el H. G. R. con MF No. 1 Cuernavaca Morelos" cuyo objetivo es: Analizar la relación del tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas en la expresión de psicopatología emocional en pacientes con diálisis peritoneal de primera vez en el H. G. R. con MF No. 1

Le hago de su conocimiento que no tengo ningún inconveniente para que este estudio se realice en esta unidad médica. Asimismo, manifiesto mi compromiso para apoyar el desarrollo de actividades de investigación dentro de este HGR/UMF No.1 a mi cargo. Esperando que se aporte conocimientos científicos que apoyen a mejorar la atención a nuestros derechohabientes. Aprovecho para reiterar el compromiso que manifiestó el equipo de investigación de resguardar la confidencialidad y salvaguardar la privacidad de los participantes. Asimismo, que la divulgación de información será exclusivamente con fines científico-académicos.

Quedo de usted a sus amables órdenes.

ATENTAMENTE

DRA. DELIA GAMBOA GUERRERO
Directo del HGR/ Unidad de Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos




F) Cronograma de actividades

Investigador responsable

Dra. En C. Laura Ávila Jiménez Lic. En Nutrición/ Mtra. en ciencias de la salud Matricula 10202331

Adscripción: Unidad de medicina familiar no. 20 Correo electrónico laura.avilaj@imss.gov.mx Tel. 7351258030

Investigadores asociados:

Dr. Daniel Real Juárez Médico especialista en Psiquiatría

Matrícula: 99188289 Adscripción: Secretaría de Salud Morelos Correo electrónico: Drealjplata87@gmail.com Tel. 7773705174

Juan Daniel Medina Verdiguél Médico residente de Medicina Familiar Matricula 98181046

Adscripción: Hospital General Regional No.1 con Medicina Familiar Correo electrónico dan95049@gmail.com Tel. 2219429744

Actividades	Mar/ Abr 21	May/ Jun 21	Jul/ Ago 21	Sep/ Oct 21	Nov/ Dic 21	Ene/ Feb 22	Mar/ Abr 22	May/ Jun 22	Jul- Oct 22	Nov 22- Mar 23	Mar/ Abr 2023	May/ Jun 2023	Jul / Ago 2023	Sep/ Oct 2023	Nov 2023/ Feb 2024
Búsqueda de bibliografía		X	X	X											
Redacción de protocolo de investigación					X	X	X	X							
Envío de protocolo a evaluación									X						
Registro de protocolo										X					
Recolección de muestras											X	X			
Captura y análisis de datos													X	X	
Redacción de conclusiones														X	
Presentación de trabajo final															X

P: Pendiente

X: Realizada.