



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

Asociación entre la calidad de vida, el apoyo familiar y los
mecanismos de afrontamiento en pacientes con ERC en Diálisis
Peritoneal del HGZ 24

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

ISIDRO CANO JESÚS FABIÁN

Tutora:

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

Asesor Clínico

DR. JOSÉ FRANCISCO GUTIÉRREZ ANTONIO

Generación 2011-2014

México D. F. 2013





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TUTORA

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN LA UMF No. 20

ASESOR CLÍNICO.

DR. JOSÉ FRANCISCO GUTIÉRREZ ANTONIO
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS MEDICO QUIRUGICAS
INVESTIGADOR ASOCIADO HGZ 24 IMSS

Vo. Bo.

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF No.20

Vo. Bo.

DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD UMF 20

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Por darme todos los días de mi vida nuevas enseñanzas y por estar siempre junto a mí.

A MIS PADRES:

Por mi existencia, valores morales, formación profesional, por su ejemplo de esfuerzo, trabajo y amor, porque siempre han estado ahí para apoyarme incondicionalmente, por lo que soy gracias, los amo y admiro.

A MIS HERMANAS:

Porque día a día hemos compartido nuestras vidas, creciendo de la mano con el mejor ejemplo, para ser mejores porque siempre estaremos juntos las quiero.

A MIS PROFESORAS:

Dra. Carmen Aguirre, Dra. Santa Vega, pilares fundamentales en mi formación como médico familiar, gracias por sus enseñanzas, tiempo, dedicación y apoyo en estos tres años.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN:	1
MARCO TEÓRICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
OBJETIVOS	13
HIPÓTESIS	14
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	14
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	50

RESUMEN ESTRUCTURADO

Asociación entre la calidad de vida, el apoyo familiar y los mecanismos de afrontamiento en pacientes con ERC en diálisis peritoneal del HGZ 24

ISIDRO-CANO JESUS FABIAN ¹. AGUIRRE-GARCIA MARIA DEL CARMEN ²
GUTIERREZ-ANTONIO JOSE FRANCISCO ³

1. Alumno; 2 Tutor y 3 Asesor clínico.

INTRODUCCION: Los pacientes con ERC presentan una pérdida irreversible de la filtración glomerular, que condiciona cambios en el estilo de vida, generando alteraciones psicopatológicas, emocionales, conflictos de dependencia, que afecta su entorno familiar, que nos lleva a plantear, la influencia que tiene el apoyo familiar, sobre la evolución de la enfermedad y los mecanismos de afrontamiento. **OBJETIVO:** Se determinó la asociación de la calidad de vida, apoyo familiar y mecanismos de afrontamiento en pacientes con ERC en diálisis peritoneal (DP). **MÉTODOS:** Estudio de tipo transversal analítico, donde se entrevistaron a 203 pacientes con ERC en DP del HGZ #24, previo consentimiento informado se aplicaron encuestas de evaluación como SF-36, apoyo familiar y afrontamiento **RESULTADOS:** El 57.6% del sexo masculino, promedio edades 20-30 años 34%, dedicados al hogar 37.4%, escolaridad primaria 37.4%, con DM2 en 60.1% y DPCA 49.3%, con percepción buena calidad en 63.92% en las dimensiones función física, rol emocional, vitalidad, salud mental, función social, dolor corporal, salud general y mala 36.07%, el 97.3% percibió adecuado apoyo familiar en los tres factores preocupación familiar, apoyo emocional y percepción de apoyo, con respecto a la capacidad de afrontamiento 63.3% refirieron como adecuada en sus dimensiones, resolución de problema, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación del problema, retirada social **CONCLUSIONES:** Se observó la existencia de asociación para decir si es buena o mala la calidad de vida con respecto al apoyo familiar percibido y la capacidad de afrontamiento en pacientes con ERC en DP.

Palabras claves: Calidad de Vida, apoyo familiar, mecanismos de afrontamiento.

Association between quality of life, family support and coping mechanisms in patients with CKD peritoneal dialysis HGZ 24

ISIDRO-CANO JESUS FABIAN ¹. AGUIRRE-GARCIA MARIA DEL CARMEN ²
GUTIERREZ-ANTONIO JOSE FRANCISCO ³

1. Student; 2. Investigador Responsable; 3. Investigador associated

INTRODUCTION: Patients with CKD have an irreversible loss of glomerular filtration, which determines changes in lifestyle, producing psychopathology, emotional dependency conflicts, affecting their families, which leads us to consider the influence of family support, on the evolution of the disease and coping mechanisms. **OBJETIVE:** We determined the association of quality of life, family support and coping mechanisms in CKD patients on peritoneal dialysis (PD). **METHODS:** A cross-sectional analytical study, which interviewed 203 patients with CKD HGZ DP # 24, informed consent assessment surveys were conducted as SF-36, family support and coping **RESULTS:** 57.6% male, mean ages 20-30 years 34%, 37.4% devoted to home, primary school 37.4%, with 60.1% DM2 in CAPD and 49.3% with good quality perception to 63.92% in the dimensions physical functioning, role emotional, vitality, mental health, social function, bodily pain, general health and poor 36.07%, 97.3% received adequate family support in family concerns three factors, perceived emotional support and support regarding coping ability 63.3% reported as adequate in size, problem solving, self-criticism, emotional expression, wishful thinking, social support, cognitive restructuring, problem avoidance, social withdrawal **CONCLUSIONS:** We observed the existence of association to say whether it is good or bad the quality of life in relation to perceived family support and coping capacity in CKD patients on PD.

Keywords: Quality of life, family support, coping mechanisms

INTRODUCCIÓN

En nuestros días es cada vez más común encontrar en los centros de atención médica a pacientes con infinidad de enfermedades, en su mayoría crónicas que llevan a un desenlace drástico para las familias que viven con un miembro enfermo y con pocas posibilidades de vida, que angustia y preocupa a la misma.³¹

Por otra parte los estudios de calidad de vida se están volviendo cada vez más interesante en la práctica clínica, debido a que, sus resultados tienen implicaciones para la toma de decisiones sobre la asignación de recursos y políticas de salud.

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se dirige especialmente a los pacientes con enfermedades crónicas que causan el deterioro progresivo, limitaciones, y consumen gran parte de los recursos financieros de la salud de un país.

Entre ellas la enfermedad renal crónica y más concretamente, la terapia de reemplazo renal. Pese a los avances en el diagnóstico y tratamiento, se observa un aumento gradual en el número de la población de diálisis y por si fuera poco a menor edad, y con los avances científicos, los pacientes con este tipo de padecimientos, perseveran su vida mucho más tiempo, pero esta supervivencia se asocia a menudo con diversos grados de discapacidad, provocando la dependencia y una mayor necesidad de atención tanto médica y social.³²

El progresivo envejecimiento de la población en diálisis y mayor comorbilidad es un hecho, y la estrecha relación entre la CVRS y la puntuación de mortalidad confirma la importancia de la inclusión de marcadores de calidad de vida en el manejo clínico de los pacientes. Además, ahora los pacientes no sólo tienen una expectativa para sobrevivir, también esperan lograr un cierto nivel de bienestar.³³

Como la mayoría de los componentes de la CVRS no se puede observar directamente, para cuantificar este término tan amplio y "confuso" necesitamos instrumentos de medición tales como los cuestionarios de CVRS.³⁴

Estos instrumentos incluyen medidas subjetivas y objetivas. Las evaluaciones subjetivas implican cualquier aspecto de la condición de salud de los pacientes que viene directamente del paciente sin la interpretación de la respuesta de un proveedor de atención de la salud.³⁵

La evaluación objetiva del estado del paciente es necesaria para evaluar el impacto de la salud sobre la calidad de vida y formular estrategias de intervención clínica, las dimensiones generalmente se miden a través de cuestionarios de CVRS.

Otro factor importante y determinante es la familia que influye de manera directa sobre el paciente, pues como principal ente socializador del individuo, trasmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. Paralelamente, este grupo social cumple con una serie de funciones que garantizan la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de sus integrantes.³⁶

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad.³⁷

Aunque muchas veces se entiende, que la familia es una fuente de amor, cuidados, apoyo, satisfacción y bienestar, en ocasiones se obvia el hecho de que los conflictos y alteraciones en las relaciones intrafamiliares pueden motivar estrés, disgusto y enfermedad en sus miembros. Muy vinculado a lo anterior se identifica el cumplimiento de las funciones básicas como elemento importante en la acción de la familia sobre la determinación de la salud humana, lo cual facilita no solo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro del bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base.³⁸

Ahora bien, como se ha comentado, la calidad de vida por la enfermedad crónica, se encuentra mermada en los pacientes que la sufren, por tal motivo, se realizó este estudio con la finalidad de conocer, como percibieron la calidad de vida los pacientes que se encuentran sometidos a los distintos tipos de diálisis peritoneal, y saber si en cada una de estas terapias de remplazo, hay diferencias o la percepción de la calidad de vida es semejante en cada una de los tratamientos de terapia renal. Pero también se hizo hincapié en la influencia que tuvo el apoyo familiar percibido con el tratamiento de diálisis y conocer cuáles fueron los mecanismos de afrontamiento que utilizó el paciente, en esta dura etapa de su vida.³⁹

MARCO TEÓRICO

La insuficiencia renal crónica (ERC) se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$.¹

La enfermedad renal crónica (ERC) es la resultante de diversas enfermedades crónico degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que, lamentablemente, conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada.²

La NKF (National Kidney Foundation) clasifica la ERC en 5 estadios, en función del filtrado glomerular renal (FGR) (Tabla I).²

Estadio	Descripción	FGR
I	Daño renal con FGR normal	$>90 \text{ ml/min}$
II	Leve	$60-89 \text{ ml/min}$
III	Moderado	$30-59 \text{ ml/min}$
IV	Severo	$15-29 \text{ ml/min}$
V	Fallo Renal (diálisis)	$<15 \text{ ml/min}$

Tabla I. Clasificación de la ERC en función del Filtrado Glomerular (FGR)

ETIOLOGÍA:

Las causas de ERC son múltiples y se pueden clasificar en distintos grupos, se ha observado en múltiples estudios que la patología más frecuente en causar ERC es la diabetes en un 21%, de los pacientes que son sometidos a tratamiento sustitutivo, seguido de causas vasculares como la HAS en un 16%, también tenemos los procesos que afectan al glomérulo renal en sus distintas modalidades en 14 %, seguidas en menor incidencia de patologías como Poliquistosis Renal en un 7%, causas hereditarias en 5%, causas desconocidas en 3 %.

HISTORIA NATURAL:

En fases iniciales de la ERC, los pacientes suelen estar asintomáticos. Cuando el FG disminuye por debajo de 30 ml/min, pueden aparecer ciertos síntomas como astenia y malestar general, así como anemia, que es una complicación frecuente, siendo secundaria al déficit de eritropoyetina, pero también se presentan alteraciones hidroelectrolíticas (acidosis, hiperpotasemia) y del metabolismo calcio-fósforo.

FG por debajo de 15 ml/min suelen aparecer síntomas digestivos (náuseas, anorexia), cardiovasculares (disnea, edemas, cardiopatía isquémica) y neurológicos (insomnio, déficit de concentración). Por debajo de estos niveles es necesario un tratamiento sustitutivo como la diálisis para evitar complicaciones potencialmente mortales.³

Debido al alto grado de severidad de las complicaciones por la FRC, un objetivo importante del tratamiento es retener la función renal y mantener la homeostasis lo más posible. Para esto deben identificarse y tratarse todos los factores que complican el problema y los que son reversibles.

El tratamiento que permitirá una sobrevida mayor en pacientes con ERCT, es la Diálisis Peritoneal, la cual es una técnica de depuración extrarrenal en la que mediante la introducción de uno a tres litros de una solución salina que contiene dextrosa (solución o líquido de diálisis) a través de un catéter en la cavidad peritoneal, colocado por medio de procedimiento quirúrgico, y aprovechando la gran vascularización del peritoneo que lo recubre, las sustancias tóxicas se movilizan desde la sangre y los tejidos que las rodean a la solución de diálisis por procesos de dilución y ultrafiltración.⁴

La meta final de la DP, es la eliminación de los productos de desecho y el exceso de agua del organismo. Parte importante para este procedimiento es la membrana peritoneal, ubicado en la cavidad peritoneal, un espacio virtual que contiene dos hojas: la parietal y la visceral.⁵

El peritoneo visceral es el que recibe mayor aporte de sangre que procede de los vasos y de las vísceras proporcionando la mayor parte de superficie para la diálisis. Por su parte el peritoneo parietal recibe la sangre de la pared abdominal.

La superficie total de la membrana es aproximadamente de 1,2 m². Esta membrana está constituida por diversas capas que deben atravesar el soluto y el agua para alcanzar el líquido libre en la cavidad peritoneal (dializante) desde el interior del capilar y viceversa. En consecuencia el camino a seguir por los solutos y el agua debe superar 6 barreras o resistencias.⁶

TIPOS DE DIÁLISIS PERITONEAL

Diálisis peritoneal intermitente (DPI) Sesiones de un número limitado de intercambios (15 a 20) con tiempos de estancia intraperitoneal corto (15 a 20 minutos).

Diálisis peritoneal ambulatoria (DPCA) Es un proceso continuo. La sangre se limpia siempre que el líquido para diálisis está en la cavidad peritoneal. Con la DPCA la diálisis se lleva a cabo las 24 horas al día, 7 días de la semana.

Diálisis peritoneal de equilibrio continuo (DPEC) en el momento de acostarse el paciente conecta el equipo a un monitor (ciclador) que efectuará nuevos intercambios.

Diálisis peritoneal intermitente nocturna (DPIN) variante de la diálisis peritoneal intermitente. Se efectúa todas las noches mientras el paciente descansa, evitando con ello problemas de sobrecarga muscular.

La rehabilitación de los pacientes en diálisis, en el sentido de restaurar una calidad de vida óptima, debe ser un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la Enfermedad renal crónica terminal (ERCT). Sin embargo, muchos clínicos parecen estar más interesados en medir y controlar adecuadamente los parámetros fisiológicos y bioquímicos que en los aspectos subjetivos del paciente. Las medidas fisiológicas suministran información a los clínicos, pero tienen un interés limitado para los pacientes y a menudo se correlacionan pobremente con su bienestar y su capacidad funcional.⁷

Es un hecho comúnmente observado que dos pacientes con idénticos criterios clínicos a menudo presentan respuestas totalmente diferentes en lo que a capacidad funcional y bienestar emocional se refiere. Por otra parte diversos estudios han señalado una estrecha relación entre el estado de salud percibida y la mortalidad.⁸

EPIDEMIOLOGIA

Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias. Está considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de sustitución. Se estima una incidencia de pacientes con Enfermedad renal crónica (ERC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los pacientes son

atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los servicios de salud en México son proporcionados por la seguridad social, que está compuesta por los hospitales del IMSS, que proporcionan atención al 62,2% de los mexicanos, el Seguro Popular 15,1%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%.⁹

El crecimiento anual de pacientes es superior al 9% y el gasto se incrementó en un 14%, por ello se lo considera una enfermedad catastrófica en los países del primer mundo. En países en vías de desarrollo como el nuestro la situación es en general aún más crítica. Catalogamos a la ERC como una enfermedad emergente por el número creciente de casos, la detección tardía, los costos elevados, la alta mortalidad y los recursos limitados que requieren de aplicación financiera más razonable.⁹

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS):

La OMS la define como: "la percepción que el individuo hace acerca de su posición en la vida, dentro de su contexto cultural y sistema de valores, y en relación con sus metas y objetivos vitales. Pero también se ha entendido que la calidad de vida es una variable donde se distinguen dos características básicas en el concepto, como son la subjetividad y multidimensionalidad."¹⁰

La subjetividad se distingue como: percepción única para cada individuo, que refleja la autoevaluación del paciente sobre su propia salud, definida por aspectos médicos y no médicos de su vida.¹¹

El concepto multidimensional comprende no solo aspectos relacionados con la salud, sino también otros aspectos no médicos, como son la autonomía, conservación del empleo, impacto en las relaciones familiares, recursos económicos y otras circunstancias de la vida.

La enfermedad renal crónica (ERC) tiene un gran impacto sobre la CVRS. Los síntomas aparecen y provocan cambios sustanciales en el estilo de vida, desde las primeras etapas de la enfermedad, tal es el caso de la etapa de pre diálisis, la cual es un periodo importante en el que se puede retardar la progresión de la ERC, pero también es reconocida como un factor importante de morbimortalidad de los pacientes renales, en este estadio se acompaña de síntomas que se reflejan en la vida diaria que condiciona que acudan a valoraciones médicas periódicas, ansiedad persistente o depresión, por no saber qué sucederá con su salud, familia y trabajo.¹²

Durante los tratamientos sustitutivos como la Diálisis Peritoneal, es considerado un punto de inflexión de los pacientes, en su concepto de calidad de vida y pasan de una

situación de "vida normal" (a menudo idealizado) a un estado de "peligro mortal" o "la vida sin salud" que requiere de diálisis para mantenerse con vida.¹³

Es importante entender que la ERC afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente, ya que al ingresar en los programas de terapia sustitutivo renal (TSR) están obligados a someterse a un estricto tratamiento, modificando su vida social. Las múltiples hospitalizaciones, dieta, restricción de líquidos, la pérdida de esperanzas de mejoría y en muchos casos el abandono familiar, afectan notablemente al paciente y disminuyen su colaboración, lo que conduce a conductas negativas frente a la diálisis.¹⁴

La enfermedad renal crónica obliga a que el individuo se adapte bruscamente a un nuevo patrón de vida y parece existir un acuerdo más o menos generalizado sobre las circunstancias específicas que le obligan a ello.

La relación de dependencia que impone las características del tratamiento materializado especialmente sobre el instrumental técnico y el personal asistencial. El constante Feed-back que reciben de la continua situación de riesgo o amenaza de muerte y de salud a que están sometidos.¹⁵

Los tratamientos sustitutivos de la ERC garantizan la supervivencia pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, psicoemocional y social, por lo que aspectos vinculados a la calidad de vida y la estabilidad emocional y afectiva del paciente pueden ser determinantes para el éxito del tratamiento de la ERC.¹⁶

Esto condiciona que el paciente renal crónico, se presenten una serie de alteraciones psicopatológicas y emocionales, como son la depresión, la ansiedad, la negación de ciertos acontecimientos y sucesos, las ideas del suicidio, los conflictos de dependencia; aunque son escasos los trabajos en los que se encuentra una referencia explicativa con el adecuado marco teórico, que trate de justificar el estado o los procesos que caracterizan a estos pacientes.¹⁷

APOYO SOCIAL

Las relaciones sociales son de gran importancia para las personas, ya que favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora frente a las enfermedades (Cohen & Syme, 1985).¹⁸

El apoyo social se consolida en el enfoque sistémico, Bateson (1976) el cual plantea que las fronteras del individuo no están limitadas por su piel sino que incluyen a todo aquello con lo que él interactúa (familia, entorno físico, etc.). También agrega, que las fronteras del sistema significativo del individuo no se limitan a la familia nuclear o

extensa, sino que también interviene el conjunto de los vínculos interpersonales del sujeto. Una visión sistémica evolutiva de la familia y del apoyo social significativa que la rodea, concibe al apoyo familiar como un sistema fluido de fronteras poco definidas en evolución constante, a la que los individuos se incorporan al nacer y abandonan al morir.¹⁹

Por su parte Sluzki (1979) indicó que el apoyo social de una persona, puede ser registrada en forma de mapa y que incluye a todos los individuos con los que interactúa. El mapa puede ser sistematizado en cuatro cuadrantes como son la Familia, Amistades, Relaciones laborales o escolares y Relaciones comunitarias, de servicios o de credo.²⁰

Sobre estos cuadrantes se inscriben las siguientes tres áreas.²¹

- a.- Un círculo interior de relaciones íntimas, tales como familiares directos con contacto cotidiano y amigos cercanos.
- b.- Un círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso, tales como relaciones sociales o profesionales con contacto personal, pero sin intimidad.
- c.- Un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales, tales como conocidos de escuela o trabajo, buenos vecinos etc.

El conjunto de estos vínculos constituye el apoyo social de la persona.

Dicho apoyo puede ser evaluada en términos de sus características estructurales (propiedades del apoyo en su conjunto), de las funciones de los vínculos (tipo prevalente de intercambio interpersonal característico de vínculos específicos y de la suma o combinación del conjunto de vínculos) y de los atributos de cada vínculo (propiedades específicas de cada relación).

El tipo de intercambio interpersonal que prevalece entre los miembros de la red, determina las funciones del apoyo que se consignan a continuación:²²

- a.- *Compañía social:* Es la ejecución de actividades conjuntas o simplemente sentirse junto a otros.
- b.- *Apoyo emocional:* Son los intercambios que se caracterizan por una actitud emocional positiva, comprensión, simpatía, empatía y estímulo. Es poder contar con el compromiso emocional y la buena voluntad del otro, en lo que se juega el amor, el cariño y la comprensión, entre otras emociones.

c.- Guía cognitiva y consejo: Son las interacciones que tienen como fin compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de desempeño de rol.

d.- Regulación o control social: Se refiere a las interacciones que recuerdan y le afirman las prescripciones sociales, correspondientes a los diferentes roles. Neutralizan las desviaciones de comportamientos que se apartan de la norma, favoreciendo la resolución de conflictos.

e.- Ayuda material y de servicios: Alude a la colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física. Dentro de esta área se encuentran los servicios de salud.

f.- Acceso a nuevos contactos: Se refiere a la posibilidad de conexión con otras personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red del individuo.

LA FAMILIA COMO APOYO SOCIAL INMEDIATA

A partir de los años 70 se ha realizado investigaciones donde sugieren que personas con niveles altos de interacciones favorable dentro de su red social inmediata, presentan un índice de mortalidad y síntomas psicológicos y físicos menores que los que interactúan poco (Mermelstein, Cohen, Lichtenstein, Baer, y Kamarck, 1986). Se comprueba el reconocimiento gradual de la importancia de la familia como un factor biopsicosocial que potencialmente es capaz de influir en la salud para mejorar la calidad de vida (Rojano, Bazán, Alcazar, Reynoso y Mercado, 2001).²³

Los estudios también mencionan que personas con familia, pareja estable y amigos les proporcionan recursos materiales y psicológicos, tienen una mejor salud que aquellos con un contacto social débil. Culturalmente la familia es una instancia que provee al sujeto de un sin número de recursos que da el necesario en cualquier momento en la vida.

Es el seno familiar donde el individuo establece sus primeras relaciones interpersonales, la familia es el lugar donde la persona adquiere sus primeras habilidades sociales, por ello la familia se le considera como red social inmediata del sujeto. No se considera la familia como una red social pequeña, reducida o débil, con base a las funciones de la red es lo que la hace importante, la familia aunque cuantitativamente es un complejo pequeño, dota de una gran cantidad de recursos de interacciones y triangulaciones entre sus miembros.²⁴

LA FAMILIA Y LA RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Se ha mencionado sobre la implicación de la familia en el proceso de la enfermedad del paciente crónico, así como también de los efectos que puede sufrir el entorno familiar. Cano (2002) menciona que el vínculo entre el enfermo y su familia, le sirve como soporte y plataforma para desarrollar su vida en el mundo donde se desenvuelve y da sentido a cada una de sus relaciones, el ser humano tiene tres grandes tendencias.²⁵

Tendencia a ejercer un control social de los demás: las relaciones de poder.

Tendencia a conseguir la unión, la intimidad y el placer de las relaciones que se manifiestan en tres necesidades fundamentales:

- 1) Necesidad de establecer vínculos afectivos percibidos como incondicionales y duraderos: el apego;
- 2) Necesidad de disponer de una red de relaciones sociales: amigos, conocidos y pertenencia a una comunidad
- 3) Necesidad de contacto físico placentero: actividad sexual asociada a deseo, atracción y enamoramiento.

AFRONTAMIENTO:

Se habla de afrontamiento en relación a un proceso que influye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital y reestablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación.

La respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante depende de sus “recursos de afrontamiento” (se incluye su capacidad y habilidad para llevarlas a cabo). Es decir depende de que tal persona disponga de tal o tales conductas, estructuradas o no en una “pauta comportamental” (estrategias), dentro de su repertorio conductual, y además dependerá de que el contexto social y cultural le ofrezca el recurso correspondiente.²⁶

Por lo que se puede decirse, que los recursos de afrontamiento pueden ser físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales.

Recursos culturales: se relacionan con las creencias que la persona tiene sobre la enfermedad y la salud, y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, norma, valores, símbolos, vienen dadas por la cultura propia del individuo

Recursos estructurales: se refiere a la estructura de los papeles sociales que comprende la organización de un sistema social, y a los subsistemas y redes que este incluye. De igual forma con los compromisos vitales personales, y fundamentalmente consisten en la forma personal de interpretar un papel social (obligaciones de rol y medida en la que el sujeto se considera comprometido con ella)

Recursos sociales: se refieren a los procesos de interacción social real que se producen y al entorno social que rodea los encuentros interactivos. Los recursos sociales incluyen también las características de los sistemas de apoyo social, que parecen ser cruciales para el afrontamiento del estrés. Que incluyen la red de apoyo social disponible para el sujeto.

Recursos psicológicos: se refiere al estado afectivo y cognitivo, a los esquemas de acción, y a los repertorios comportamentales del individuo.²⁷

Las respuestas de afrontamiento pueden ser de varios tipos, siendo dos categorías fundamentales: aproximación y evitación, estos dos términos se pueden utilizar para proporcionar una estructura teórica coherente para la comprensión del afrontamiento del estrés, por lo tanto se valorara en cada paciente, los mecanismos de afrontamiento, que utiliza, en esta, etapa de estrés emocional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica (IRC) es un problema importante de salud pública en México con una incidencia de aproximadamente 4000 nuevos casos por año; entre 8 y 10% de la población mexicana mayor de 20 años padece esta enfermedad. La Enfermedad Renal Crónica (ERC), es una enfermedad irreversible en la que el organismo pierde la capacidad de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre. Las personas que la sufren requieren tratamiento de sustitución de la función renal (diálisis) para conservar la vida.²⁸

Debido a esta enfermedad se ha reportado una morbilidad psíquica de 46.7% en pacientes con DP. Se ha destacado una alta frecuencia de desesperanza, depresión, ansiedad, enojo, resentimiento, culpas, deterioro de la autoimagen, aislamiento social; alteración de la autopercepción, irritabilidad, trastornos en la sexualidad y de tipo adaptativo, estas alteraciones emocionales pueden estar asociadas a distintas situaciones estresantes características en la vida del paciente en DP.

Como es sabido la calidad de vida de este tipo de pacientes no solo depende de las características clínicas de la enfermedad, sino también de las características del apoyo social que puedan tener, puesto que, este tipo de relaciones sociales son de gran importancia para las personas, ya que favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora frente a enfermedades como la depresión, que como se ha comentado, es sumamente frecuente.

Es importante entender que todo apoyo posee cierta inercia y su dinámica necesita atención, cuidado y esfuerzo para su mantenimiento por parte de los miembros que la componen. Es decir, demanda cierto gasto de energía. Este esfuerzo es mayor aun por parte del cuidador o familiares cuando se presenta un suceso estresante como la ERC y sobre todo en tratamiento especializado como la DP que condiciona un mayor apoyo para un manejo, pero también puede condicionar un mayor desapego de los integrantes, y repercutir en el estado biopsicosocial del paciente, por lo tanto es importante valorar, como percibe el paciente este punto tan importante, durante su enfermedad.²⁹

En esta investigación se pretendió conocer las características personales y la percepción que tienen sobre su Calidad de Vida, como se conforma su apoyo social, así como también entender los mecanismos de afrontamiento que utilizaron, los pacientes sometidos a tratamiento con Diálisis peritoneal, ya que para el médico especialista en medicina familiar es importante ver al paciente en un entorno biopsicosocial, es decir en una forma integral, y no solamente en un enfoque biológico, Este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando, lo que nos puede ser útil para futuras investigaciones e implementar estrategias para modificar la mala percepción de la calidad de vida.³⁰

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la calidad de vida, el apoyo familiar y los mecanismos de afrontamiento en pacientes con ERC en Diálisis Peritoneal del HGZ 24?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre la calidad de vida, el apoyo familiar y los mecanismos de afrontamiento en pacientes con ERC en Diálisis Peritoneal del HGZ 24

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Se describieron características de los pacientes según: sexo, edad, escolaridad, ocupación.
2. Se hizo referencia a las características clínicas e Identificar la presencia de patologías concomitantes.
3. Se Identificó la calidad de vida en sus distintas dimensiones y características de los pacientes que presentan ERC.
4. Se Identificó redes de apoyo familiar.
5. Se describió mecanismos de afrontamiento del paciente

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA:

Existió asociación entre la calidad de vida, el apoyo familiar y los mecanismos de afrontamiento en pacientes con ERC en Diálisis Peritoneal del HGZ24.

HIPÓTESIS NULA:

No hubo asociación entre la calidad de vida, el apoyo familiar y los mecanismos de afrontamiento en pacientes con ERC en Diálisis Peritoneal del HGZ24.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS:

- Nivel de la investigación

Según su nivel de estudio es de tipo transversal ANALITICO

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO:

El estudio realizado se llevó a cabo en el Hospital General de Zona No. 24 del IMSS, se seleccionaron pacientes hospitalizados en el Diálisis.

GRUPO DE ESTUDIO:

- La población en estudio, fueron individuos de ambos sexos con ERC con edades entre los 20 años y 50 años.

CARACTERÍSTICAS DE INCLUSIÓN:

- Los individuos en control, fueron pacientes de 20 a 50 años con ERC en tratamiento con diálisis peritoneal que acudieron a HGZ 24.
- Pacientes con 1 año de tratamiento sustitutivo con DP.
- Los pacientes que decidieron participar voluntariamente en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que presentaron impedimentos físicos, sordera asociada, dificultades para la lectura y/o psíquicos, o una situación clínica grave que les impedía contestar los cuestionarios.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que desearon retirarse o que no contestaron el cuestionario en su totalidad.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Las personas estudiadas para conocer la calidad de vida el apoyo y los mecanismos de afrontamiento en pacientes con ERC?

Seguridad = 95%; Precisión = 3%; Proporción esperada = asumir próxima al 5%. Si no se conoce, usar $p = 0,5$ (50%) que maximiza el tamaño muestral fue:

Dónde:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.03^2} = 203$$

$Z = 1.962$ (ya que la seguridad es del 95%)

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

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

$d =$ precisión (en este caso deseamos un 3%)

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medición de variable	Nivel de Medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona en años cumplidos hasta el día de la entrevista	Se evaluará con la ficha de identificación a paciente que tengan edades entre 20 - 59 años.	Cuantitativa	Discretas Razón
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Se evaluará ambos sexos	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Escolaridad	Grado de instrucción que posee la persona	Años cursados y aprobados en un sistema educacional	Cualitativa	Ordinal
Ocupación.	Situación laboral actual de los pacientes en estudio	Tipo de trabajo que desempeña el paciente y que le genera ingresos	Cualitativa	Nominal Politómica
Enfermedad de Base	Presencia de otras patologías concomitantes en el paciente	Posibles enfermedades de base que condicionaron la enfermedad como DM2, HTA, QUISTES.	Cualitativa	Nominal Politómica
Tipo de diálisis	Terapia de tratamiento sustitutivo renal	Tipo de diálisis peritoneal como (DPI), (DPCA), (DPIN)	Cualitativa	Nominal

	Definición conceptual	Definición operacional	Medición de variable	Nivel de Medición
C A L I D A D E V I D A	Se refiere a la percepción que tiene cada individuo su estado físico, mental, ambiental, social, vitalidad, salud general, dolor corporal, salud mental.	Se evaluaron 8 dimensiones de acuerdo al instrumentos SF36 y su evaluación es de acuerdo al puntaje obtenido (ver anexo)	Cualitativa	Ordinales
		Función Física: Grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.	Cualitativa	Ordinales
		Rol Físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado	Cualitativa	Ordinales
		Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo	Cualitativa	Ordinales
		Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social	Cualitativa	Ordinales
		Vitalidad: Se refiere a como se ha sentido el paciente con respecto a la energía que siente para realizar sus actividades	Cualitativa	Ordinales
		Salud General: Sensación interior del paciente que resulta de una impresión material hecha en sus sentidos acerca de la salud.	Cualitativa	Ordinales
		Dolor Corporal: Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo causada por ciertas lesiones o estados morbosos. Se refiere a la presencia de dolor en alguna parte del cuerpo y hasta qué punto este dolor ha dificultado su Trabajo	Cualitativa	Ordinales
		Salud Mental: Estado en que la persona se encuentra en completo bienestar psicológico. Se refiere a como se ha sentido la persona con respecto a su estado de ánimo.	Cualitativa	Ordinales

	Definición conceptual	Definición operacional	Medición de variable	Nivel de Medición
A P O Y O F A M I L I A R	Tipo de recurso del entorno favorecedor del mantenimiento de las relaciones sociales adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto familiar	Se medirá con la aplicación del instrumento de apoyo Familiar (Velasco-Portillo) que mide las siguientes dimensiones en escala tipo likert (ver anexos)	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Preocupación familiar por el enfermo: Grado de preocupación, comprensión y protección que los integrantes del grupo familiar desean mostrar por el enfermo	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Apoyo Emocional: Interés de los miembros de la familia por mostrar al enfermo que están dispuestos a brindarle su apoyo en el área emocional a través de escucharlo, alentarle a enfrentar la vida y procurarle bienestar	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Percepción del apoyo familiar por el enfermo: Sensación que tiene el enfermo de que los miembros de su familia se encuentran comprometidos en brindarle apoyo por medio de respaldarle , alentarle, cuidarle, ayudarle y colaborar para lograr su bienestar	Cualitativa	Nominal Dicotómica

	Definición conceptual	Definición operacional	Medición de variable	Nivel de Medición
A F R O N T A M I E N T	Respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante ejecutadas para manejarla y/o neutralizarlas	Se utilizara la escala de Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006) que evalúa las siguiente dimensiones	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Resolución de problemas: Estrategias cognitivas y conductuales para eliminar el estrés modificando la situación que lo preocupe	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Autocrítica Estrategias: basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Expresión emocional: Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estres	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Pensamiento desiderativo: Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Apoyo social: Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Reestructuración cognitiva: Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación de estrés	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Evitación de problemas: Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Retirada social estrategias : retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante	Cualitativa	Nominal Dicotómica

RESULTADOS

Se entrevistaron 203 pacientes con ERC, de ambos sexos, con una media de edad 42 ± 15.97 años, de los cuales predominó el siguiente perfil sociodemográfico: intervalo de edad de 20-30 años en un 34 % (n=69); El sexo masculino tuvo una frecuencia del 57.6% (n=117); la ocupación de la mayoría de los pacientes con ERC se reportó como dedicados al hogar en un 37.4% (n=76) y escolaridad de primaria en el 37.4% (n=76).

CUADRO 1.

CUADRO 1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE PACIENTES CON ERC

VARIABLE	N	%
EDAD		
➤ 20-30 años	69	34.0
➤ 31-40 años	34	16.7
➤ 41-50 años	29	14.3
➤ 51-60 años	37	18.2
➤ 61-70 años	34	16.7
SEXO		
➤ Masculino	117	57.6
➤ Femenino	86	42.4
OCUPACIÓN		
➤ Empleado	64	31.5
➤ Pensionado o Jubilado	33	16.3
➤ Hogar	76	37.4
➤ Desempleado	12	5.9
➤ Otros	18	8.9
ESCOLARIDAD		
➤ Primaria	76	37.4
➤ Secundaria	57	28.1
➤ Preparatoria	52	25.6
➤ Licenciatura	14	6.9
➤ Sin Estudios	4	2.0

*FUENTE ENCUESTAS A PACIENTES CON IRC DEL HGZ 24

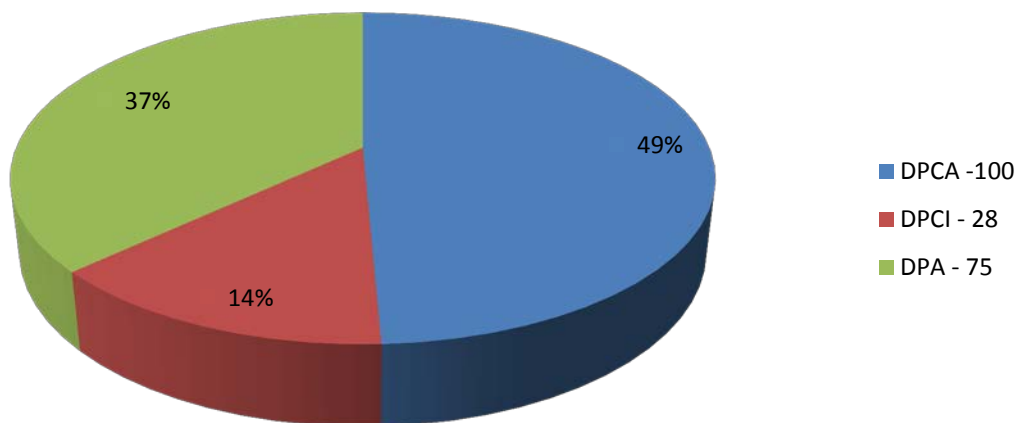
El perfil clínico referido por los pacientes fue que la enfermedad de base, con mayor predisposición para presenta ERC en el 60%(n= 122) era diabetes mellitus. Y el tratamiento de más utilizado como sustituto del funcionamiento renal fue la diálisis peritoneal continua ambulatoria en un 49% (n=100). **CUADRO 2, GRAFICO 1.**

CUADRO 2. PERFIL CLINICO DE PACIENTES CON ERC.

ENFERMEDAD DE BASE	N	%
➤ DM	122	60.1
➤ HTA	20	9.9
➤ HIPOPLASIA	32	15.8
➤ QUISTES	11	5.4
	18	8.9
TIPO DE DIALISIS		
➤ DPCA	100	49.3
➤ DPCI	28	13.8
➤ DPA	75	36.9

*FUENTE ENCUESTAS A PACIENTES CON IRC DEL HGZ 24

Grafico 1. Pacientes con ERC y Tratamiento Sustitutivo

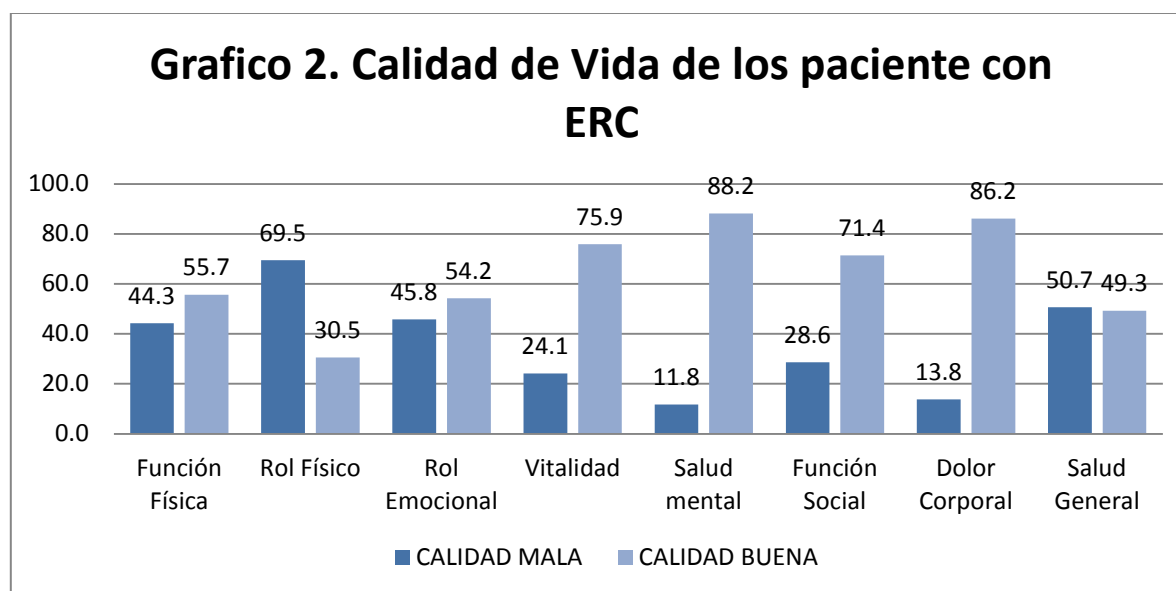


La evaluación de la percepción de calidad de vida de los pacientes encuestados en forma general, arroja los siguientes resultados: en 63.92% del total de los pacientes encuestados refirieron buena calidad de vida y solo 36.07% la refirieron como mala, en relación a las dimensiones se dividieron de la siguiente manera, en los rubros de Función Física con un 57% (n=113), Rol Emocional en un 54.2% (n=110), Vitalidad 75.9% (n=154), Salud Mental con 88.2% (n=179), Función Social con 71.4% (n=145), Dolor Corporal con 86.2%(n=175), Salud General con 49.3% (n= 100), pero en la dimensión de Rol Físico, percibieron los pacientes mala calidad de vida, presentando un 69.5% (n=141) **CUADRO 3, GRAFICO 2.**

CUADRO 3. CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ERC.

	MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD	
	N	%	N	%
Función Física	90	44.3	113	55.7
Rol Físico	141	69.5	62	30.5
Rol Emocional	93	45.8	110	54.2
Vitalidad	49	24.1	154	75.9
Salud mental	24	11.8	179	88.2
Función Social	58	28.6	145	71.4
Dolor Corporal	28	13.8	175	86.2
Salud General	103	50.7	100	49.3

*FUENTE ENCUESTAS A PACIENTES CON IRC DEL HGZ 24

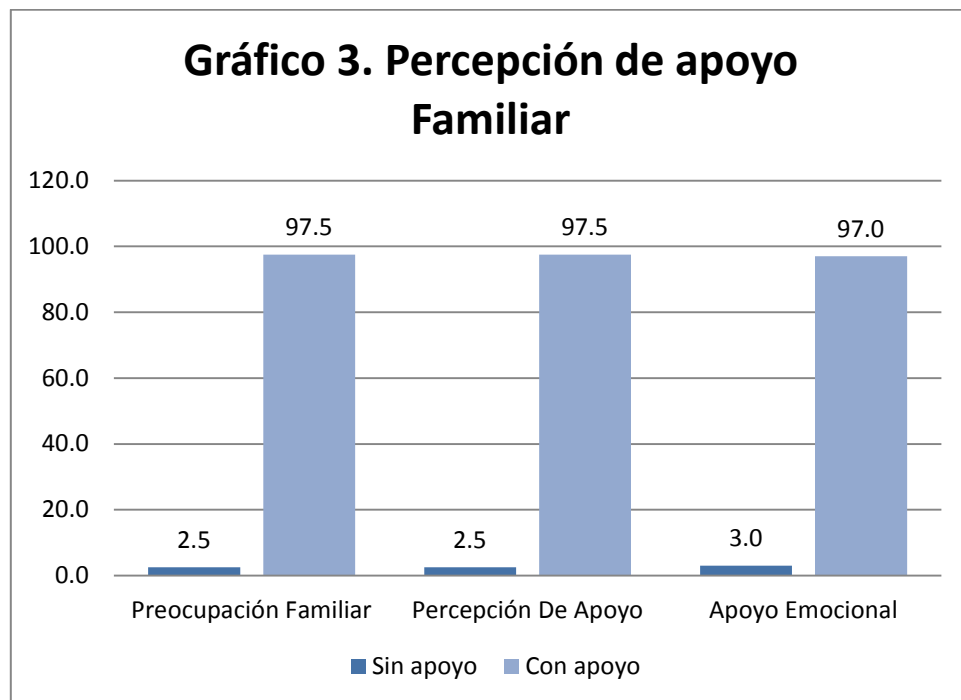


En la dimensión de apoyo familiar, lo pacientes entrevistados con ERC, refirieron percibir adecuado apoyo familiar en 97.3% del total de pacientes encuestados, en relación a los tres factores de esta encuesta; Preocupación Familiar con 97.5% (n=97.5), Percepción de Apoyo con 97.5% (n=97.5) y Apoyo Emocional con 97% (n=197) **CUADRO 4, GRAFICO 3**

CUADRO 4. APOYO FAMILIAR DE PACIENTES CON ERC.

APOYO FAMILIAR	SIN APOYO		CON APOYO	
	N	%	N	%
Preocupación Familiar	5	2.5	198	97.5
Percepción De Apoyo	5	2.5	198	97.5
Apoyo Emocional	6	3.0	197	97.0

*FUENTE ENCUESTAS A PACIENTES CON ERC DEL HGZ 24

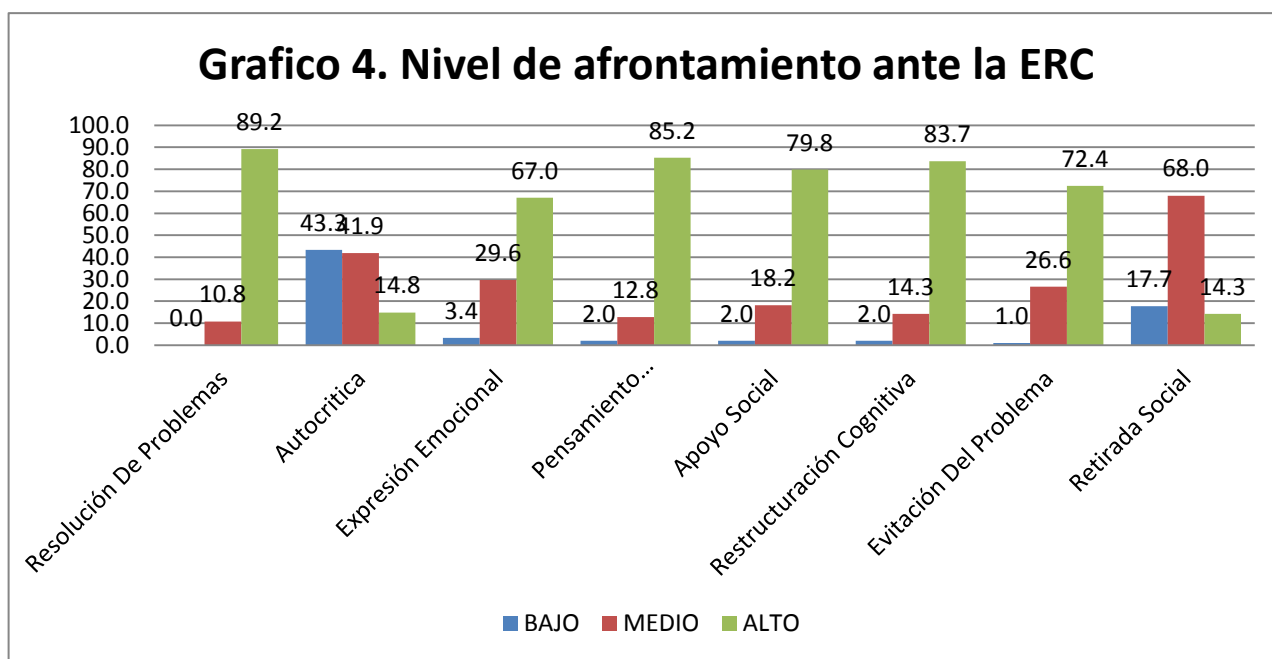


El afrontamiento familiar en forma general percibieron los pacientes alta capacidad de afrontamiento en 63.3% del total de los encuestados, por dimensiones se evaluó alto en los rubros de Resolución de Problemas con 89.2% (n=181), Expresión emocional 67.0% (n=136), Pensamiento Desiderativo con 85.2% (n=173), Apoyo Social con 79.8% (n=162), Restructuración Cognitiva con 83.7% (n=170), Evitación Del Problema con 72.4% (n=147). Con media capacidad de afrontamiento en el rubro de Retirada Social con 68% (n=138), baja capacidad de afrontamiento en el rubro de Autocritica con 43.3% (n=88), **Cuadro 5, Grafico 4.**

CUADRO 5. AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES CON ERC.

CALIDAD DE VIDA	BAJA		MEDIA		ALTA	
	N	%	N	%	N	%
Resolución De Problemas	0	0	22	10.8	181	89.2
Autocritica	88	43.3	85	41.9	30	14.8
Expresión Emocional	7	3.4	60	29.6	136	67.0
Pensamiento Desiderativo	4	2.0	26	12.8	173	85.2
Apoyo Social	4	2.0	37	18.2	162	79.8
Restructuración Cognitiva	4	2.0	29	14.3	170	83.7
Evitación Del Problema	2	1.0	54	26.6	147	72.4
Retirada Social	36	17.7	138	68.0	29	14.3

*FUENTE ENCUESTAS A PACIENTES CON ERC DEL HGZ 24



CALIDAD DE VIDA Y APOYO FAMILIAR

A continuación se muestran las tablas de contingencia en relación al apoyo familiar y la percepción de buena o mala calidad de vida de los pacientes encuestados con ERC, donde se observó que la buena función física se encuentra con una percepción de preocupación familiar $P=0.05$ OR 1.83 (1.61-2.68); Percepción Apoyo $P= 0.05$ OR 1.83 (1.61-2.08) y Percepción de Apoyo emocional $P=0.02$ OR 1.41 (1.62-2.09), **CUADRO 6.**

Las dimensiones correspondientes a la calidad de vida (rol físico, rol emocional, vitalidad, función social, dolor corporal) no presentaron asociación con el apoyo familiar percibido en los pacientes encuestados con ERC. **CUADROS 7, 8, 9, 11,12.**

En la dimensión de la calidad de vida correspondiente a la salud mental, se observó buena calidad percibida por los pacientes con ERC, asociado con el apoyo familiar con respecto a la preocupación familiar, $P= 0.028$ OR 2.084 (1.80-2.41), **CUADRO 10.**

Se observa significancia entre la asociación de calidad de vida (salud general) con respecto al apoyo familiar, tanto en el área de preocupación familiar $P .028$, OR 2.084 (1.80 -2.41), percepción de apoyo $P .28$ OR 2.08 (1.80 -2.41), Apoyo emocional $P 0.13$ OR 12.09 (1.81 -2.42), **CUADRO 13.**

CUADRO 6. FUNCION FISICA EN BASE AL APOYO FAMILIAR

		FUNCION FISICA				p* OR**
		MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		
	Apoyo	n	%	n	%	
PREOCUPACIÓN FAMILIAR	Sin	0	0	5	2.5	0.05
	Con	90	44.3	108	53.2	OR 1.83 (1.61-2.68)
PERCEPCION DE APOYO	Sin	0	0	5	2.5	0.051
	Con	90	44.3	108	53.2	OR 1.83 (1.61-2.08)
APOYO EMOCIONAL	Sin	0	0	6	3	0.028
	Con	90	44.3	107	52.7	OR 1.41 (1.62-2.09)

CUADRO 7. ROL FISICO EN BASE AL APOYO FAMILIAR

ROL FISICO						
	Apoyo	MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		p* OR**
		n	%	n	%	
PREOCUPACIÓN FAMILIAR	Sin	4	2	1	0.5	0.516
	Con	137	67.4	61	30	
PERCEPCION DE APOYO	Sin	4	2	1	0.5	0.516
	Con	137	67.5	61	30	
APOYO EMOCIONAL	Sin	5	2.5	1	0.5	0.406
	Con	136	67	61	30	

CUADRO 8. ROL EMOCIONAL EN BASE AL APOYO FAMILIAR

ROL EMOCIONAL						
	Apoyo	MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		p* OR**
		n	%	n	%	
PREOCUPACIÓN FAMILIAR	Sin	4	2	1	0.5	0.136
	Con	89	43.8	109	53.7	
PERCEPCION DE APOYO	Sin	4	2	1	0.5	0.136
	Con	89	43.8	109	53.7	
APOYO EMOCIONAL	Sin	5	2.5	1	0.5	0.072
	Con	88	43.3	109	53.7	

CUADRO 9. VITALIDAD EN BASE AL APOYO FAMILIAR

VITALIDAD						
	Apoyo	MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		p* OR**
		n	%	n	%	
PREOCUPACIÓN FAMILIAR	Sin	0	0	5	2.5	0.247
	Con	49	24.1	149	73.4	
PERCEPCION DE APOYO	Sin	0	0	5	2.5	0.247
	Con	49	24.1	149	73.4	
APOYO EMOCIONAL	Sin	0	0	6	3	0.186
	Con	49	24.1	148	72.9	

CUADRO 10. SALUD MENTAL EN BASE AL APOYO FAMILIAR

SALUD MENTAL						
	Apoyo	MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		p* OR**
		n	%	n	%	
PREOCUPACIÓN FAMILIAR	Sin	0	0	5	2.5	0.028 OR 2.084 (1.80-2.41)
	Con	24	11.8	174	85.7	
PERCEPCION DE APOYO	Sin	0	0	5	2.5	0.530
	Con	24	11.8	174	85.7	
APOYO EMOCIONAL	Sin	0	0	6	3	0.465
	Con	24	11.8	173	85.2	

CUADRO 11. FUNCION SOCIAL EN BASE AL APOYO FAMILIAR

FUNCION SOCIAL						
	Apoyo	MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		p* OR**
		n	%	n	%	
PREOCUPACIÓN FAMILIAR	Sin	2	1	3	1.5	0.443
	Con	56	27.6	142	70	
PERCEPCION DE APOYO	Sin	2	1	3	1.5	0.443
	Con	56	27.6	142	70	
APOYO EMOCIONAL	Sin	3	1.5	3	1.5	0.22
	Con	55	27.1	142	70	

CUADRO 12. DOLOR CORPORAL EN BASE AL APOYO FAMILIAR

DOLOR CORPORAL						
	Apoyo	MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		p* OR**
		n	%	n	%	
PREOCUPACIÓN FAMILIAR	Sin	0	0	5	2.5	0.472
	Con	28	13.8	170	83.7	
PERCEPCION DE APOYO	Sin	0	0	5	2.5	0.472
	Con	28	13.8	170	83.7	
APOYO EMOCIONAL	Sin	0	0	6	3	0.406
	Con	28	13.8	169	83.3	

CUADRO 13. SALUD GENERAL EN BASE AL APOYO FAMILIAR

SALUD GENERAL						
	Apoyo	MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		p* OR**
		n	%	n	%	
PREOCUPACIÓN FAMILIAR	Sin	0	0	5	2.5	0.028
	Con	103	50.7	95	46.8	OR 2.084 (1.80-2.41)
PERCEPCION DE APOYO	Sin	0	0	5	2.5	0.028
	Con	103	50.7	95	46.8	OR 2.08 (1.80-2.41)
APOYO EMOCIONAL	Sin	0	0	6	3	0.013
	Con	103	50.7	94	46.3	OR 12.09 (1.81-2.42)

CALIDAD DE VIDA Y AFRONTAMIENTO

La calidad de vida en la dimensión de función física en relación a la capacidad de afrontamiento que presenta el paciente con ERC, para sobrellevar la enfermedad, no se asoció en ninguna de sus dimensiones. **CUADRO 14.**

Se observó asociación de calidad de vida en la dimensión de Rol físico, a pesar de la mala percepción y la capacidad de afrontamiento de paciente con ERC, en el área de autocrítica con $P= 0.000$, retirada social $P= 0.12$, **CUADRO 15.**

De acuerdo al análisis se encontró, significancia entre la asociación de la calidad de vida en la dimensión Rol emocional y la alta capacidad de afrontamiento de los pacientes con ERC, en las dimensiones de Pensamiento desiderativo $P= .045$, Apoyo social $P=.006$ y Retirada social $P=.016$, **CUADRO 16.**

Se observó asociación en la calidad de vida en el área de vitalidad, cuando se aprecia una adecuada capacidad de afrontamiento como se observa en las dimensiones Resolución del problema $P= 0.051$ OR 2.44 (.973-6.12), Restructuración cognitiva $P= .001$, Retirada social $P= .003$, **CUADRO 17.**

Con respecto a la dimensión de salud mental correspondiente a la calidad de vida en pacientes con ERC, se encontró buena percepción, por lo tanto se encontró una asociación, cuando el paciente presento alta capacidad de afrontamiento como se observa en el rubro de Restructuración cognitiva $P= .000$, **CUADRO 18.**

Se asociación entre la buena calidad de vida (función social) y la alta capacidad de afrontamiento del paciente con ERC para sobrellevar esta enfermedad cuando se fortalecen los áreas de Autocrítica $P= 0.000$, Restructuración cognitiva $P= 0.004$, retirada social $P= 0.000$. **CUADRO 19.**

En la dimensión de calidad de vida (dolor corporal) se reportó con buena calidad de acuerdo a la percepción de los paciente encuestados, asociado a la alta capacidad de afrontamiento, en los siguientes rubros de Apoyo social $P= 0.05$, Restructuración cognitiva $P= 0.053$, **CUADRO 20.**

Encontramos asociación entre la buena calidad de vida (salud general) percibida de los paciente encuestados y la alta capacidad de afrontamiento en el rubro de Pensamiento desiderativo $P=.021$, **CUADRO 21.**

CUADRO 14. AFRONTAMIENTO EN BASE A LA FUNCION FISICA

		FUNCION FISICA				
		MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		
AFRONTAMIENTO		n	%	n	%	p* OR**
RESOLUCION DEL PROBLEMA	MEDIA	8	3.9	14	6.9	0.286
	ALTA	82	40.4	99	48.8	
AUTOCRITICA	BAJA	43	21.2	45	22.2	0.499
	MEDIA	34	16.7	51	25.1	
EXPRESIÓN EMOCIONAL	ALTA	13	6.4	17	8.4	0.57
	BAJA	2	1	5	2.5	
MEDIA	25	12.3	35	17.2		
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	ALTA	63	31	73	36	0.325
	BAJA	2	1	2	1	
	MEDIA	8	3.9	18	8.9	
APOYO SOCIAL	ALTA	80	39.4	93	45.3	0.077
	BAJA	4	2	0	0	
	MEDIA	16	7.9	21	10.3	
RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	ALTA	70	34.5	92	45.3	0.178
	BAJA	0	0	4	2	
	MEDIA	12	5.9	17	8.4	
EVITACIÓN DEL PROBLEMA	ALTA	78	38.4	92	45.3	0.197
	BAJA	2	1	0	0	
	MEDIA	21	10.3	33	16.3	
RETIRADA SOCIAL	ALTA	67	33	80	39.4	0.866
	BAJA	15	7.4	21	10.3	
	MEDIA	61	30	77	37.9	
	ALTA	14	6.9	15	7.4	

CUADRO 15. AFRONTAMIENTO EN BASE AL ROL FISICO

AFRONTAMIENTO		ROL FISICO				p* OR**
		MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		
		n	%	n	%	
RESOLUCION DEL PROBLEMA	MEDIA	14	6.9	8	3.9	0.343
	ALTA	127	62.6	54	26.6	
AUTOCRITICA	BAJA	58	28.6	30	14.8	0.000
	MEDIA	53	26.1	32	15.8	
	ALTA	30	14.8	0	0	
EXPRESIÓN EMOCIONAL	BAJA	7	3.4	0	0	0.161
	MEDIA	39	19.2	21	10.3	
	ALTA	95	46.8	41	20.2	
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	BAJA	2	1	2	1	0.245
	MEDIA	15	7.4	11	5.4	
	ALTA	124	61.1	49	24.1	
APOYO SOCIAL	BAJA	4	2	0	0	0.401
	MEDIA	25	12.3	12	5.9	
	ALTA	112	55.2	50	24.6	
RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	BAJA	4	2	0	0	0.177
	MEDIA	17	8.4	12	5.9	
	ALTA	120	59.1	50	24.6	
EVITACIÓN DEL PROBLEMA	BAJA	2	1	0	0	0.289
	MEDIA	41	20.2	13	6.4	
	ALTA	98	48.3	49	24.1	
RETIRADA SOCIAL	BAJA	20	9.9	16	7.9	0.012
	MEDIA	95	46.8	43	21.2	
	ALTA	26	12.8	3	1.5	

CUADRO 16. AFRONTAMIENTO EN BASE AL ROL EMOCIONAL

		ROL EMOCIONAL				
		MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		
AFRONTAMIENTO		n	%	n	%	p* OR**
RESOLUCION DEL PROBLEMA	MEDIA	15	7.4	7	3.4	0.22
	ALTA	78	38.4	103	50.7	
AUTOCRITICA	BAJA	39	19.2	49	24.1	0.232
	MEDIA	36	17.7	49	24.1	
	ALTA	18	8.9	12	5.9	
EXPRESIÓN EMOCIONAL	BAJA	4	2	3	1.5	0.574
	MEDIA	30	14.8	30	14.8	
	ALTA	59	29.1	77	37.9	
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	BAJA	2	1	2	1	0.045
	MEDIA	6	3	20	9.9	
	ALTA	85	41.9	88	43.3	
APOYO SOCIAL	BAJA	4	2	0	0	0.006
	MEDIA	23	11.3	14	6.9	
	ALTA	66	32.5	96	47.3	
RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	BAJA	4	2	0	0	0.090
	MEDIA	13	6.4	16	7.9	
	ALTA	76	37.4	94	46.3	
EVITACIÓN DEL PROBLEMA	BAJA	2	1	0	0	0.223
	MEDIA	22	10.8	32	15.8	
	ALTA	69	34	78	38.4	
RETIRADA SOCIAL	BAJA	9	4.4	27	13.3	0.019
	MEDIA	68	33.5	70	34.5	
	ALTA	16	7.9	13	6.4	

CUADRO 17. AFRONTAMIENTO EN BASE A LA VITALIDAD

		VITALIDAD				
		MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		
AFRONTAMIENTO		n	%	n	%	p* OR**
RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA	MEDIA	9	4.4	13	6.4	0.051 OR 2.44 (.973- 6.12)
	ALTA	40	19.7	141	69.5	
AUTOCRITICA	BAJA	17	8.4	71	35	0.820
	MEDIA	20	9.9	65	32	
	ALTA	12	5.9	18	8.9	
EXPRESIÓN EMOCIONAL	BAJA	1	0.5	6	3	0.820
	MEDIA	15	7.4	45	22.2	
	ALTA	33	16.3	103	50.7	
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	BAJA	0	0	4	2	0.129
	MEDIA	3	1.5	23	11.3	
	ALTA	46	22.7	127	62.6	
APOYO SOCIAL	BAJA	2	1	2	1	0.39
	MEDIA	14	6.9	23	11.3	
	ALTA	33	16.3	129	63.5	
RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	BAJA	4	2	0	0	0.001
	MEDIA	4	2	25	12.3	
	ALTA	41	20.2	129	63.5	
EVITACIÓN DEL PROBLEMA	BAJA	0	0	2	1	0.262
	MEDIA	17	8.4	37	18.2	
	ALTA	32	15.8	115	56.7	
RETIRADA SOCIAL	BAJA	5	2.5	31	15.3	0.003
	MEDIA	30	14.8	108	53.2	
	ALTA	14	6.9	15	7.4	

CUADROM 18. AFRONTAMIENTO EN BASE A LA SALUD MENTAL

		SALUD MENTAL				
		MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		
AFRONTAMIENTO		n	%	n	%	p* OR**
RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA	MEDIA	5	2.5	17	8.4	0.098
	ALTA	19	9.4	162	79.8	
AUTOCRITICA	BAJA	13	6.4	75	36.9	0.196
	MEDIA	6	3	79	38.9	
	ALTA	5	2.5	25	12.3	
EXPRESIÓN EMOCIONAL	BAJA	0	0	7	3.4	0.132
	MEDIA	11	5.4	49	24.1	
	ALTA	13	6.4	123	60.6	
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	BAJA	0	0	4	2	0.094
	MEDIA	0	0	26	12.8	
	ALTA	24	11.8	149	73.4	
APOYO SOCIAL	BAJA	0	0	4	2	0.726
	MEDIA	5	2.5	32	15.8	
	ALTA	19	9.4	143	70.4	
RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	BAJA	4	2	0	0	0.000
	MEDIA	0	0	29	14.3	
	ALTA	20	9.9	150	73.9	
EVITACIÓN DEL PROBLEMA	BAJA	0	0	2	1	0.422
	MEDIA	4	2	50	24.6	
	ALTA	20	9.9	127	62.6	
RETIRADA SOCIAL	BAJA	4	2	32	15.8	0.936
	MEDIA	16	7.9	122	60.1	
	ALTA	4	2	25	12.3	

CUADRO 19. AFRONTAMIENTO EN BASE A LA FUNCIÓN SOCIAL

		FUNCIÓN SOCIAL				
		MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		
AFRONTAMIENTO		n	%	n	%	p* OR**
RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA	MEDIA	8	3.9	14	6.9	1.725
	ALTA	50	24.6	131	64.5	
AUTOCRITICA	BAJA	19	9.4	69	34	0.000
	MEDIA	21	10.3	64	31.5	
	ALTA	18	8.9	12	5.9	
EXPRESIÓN EMOCIONAL	BAJA	0.5	6	6	3	0.121
	MEDIA	12	5.9	48	23.6	
	ALTA	45	22.2	91	44.8	
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	BAJA	0	0	4	2	0.338
	MEDIA	6	3	20	9.9	
	ALTA	52	25.6	121	59.6	
APOYO SOCIAL	BAJA	2	1	2	1	0.19
	MEDIA	17	8.4	20	9.9	
	ALTA	39	19.2	123	60.6	
RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	BAJA	4	2	0	0	0.004
	MEDIA	10	4.9	19	9.4	
	ALTA	44	21.7	126	62.1	
EVITACIÓN DEL PROBLEMA	BAJA	0	0	2	1	0.465
	MEDIA	18	8.9	36	17.7	
	ALTA	40	19.7	107	52.7	
RETIRADA SOCIAL	BAJA	2	1	34	16.7	0.000
	MEDIA	38	18.7	100	49.3	
	ALTA	18	8.9	11	5.4	

CUADRO 20. AFRONTAMIENTO EN BASE AL DOLOR CORPORAL

		DOLOR CORPORAL				
		MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		
AFRONTAMIENTO		n	%	n	%	p* OR**
RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA	MEDIA	2	1	20	9.9	0.386
	ALTA	26	12.8	155	76.4	
AUTOCRITICA	BAJA	9	4.4	79	38.9	0.197
	MEDIA	12	5.9	73	36	
EXPRESIÓN EMOCIONAL	ALTA	7	3.4	23	11.3	0.202
	BAJA	2	1	5	2.5	
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	MEDIA	11	5.4	49	24.1	0.512
	ALTA	15	7.4	121	59.6	
APOYO SOCIAL	BAJA	0	0	4	2	0.05
	MEDIA	5	2.5	21	10.3	
RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	ALTA	23	11.3	150	73.9	0.053
	BAJA	2	1	2	1	
EVITACIÓN DEL PROBLEMA	MEDIA	7	3.4	30	14.8	0.674
	ALTA	19	9.4	143	70.4	
RETIRADA SOCIAL	BAJA	0	0	4	2	0.544
	MEDIA	8	3.9	21	10.3	
	ALTA	20	9.9	150	73.9	0.674
	BAJA	0	0	2	1	
	MEDIA	9	4.4	45	22.2	0.674
	ALTA	19	9.4	128	63.1	
	BAJA	7	3.4	29	14.3	0.544
	MEDIA	17	8.4	121	59.6	
	ALTA	4	2	25	12.3	

CUADRO 21. AFRONTAMIENTO EN BASE AL DOLOR SALUD GENERAL

		SALUD GENERAL				
		MALA CALIDAD		BUENA CALIDAD		
AFRONTAMIENTO		n	%	n	%	p* OR**
RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA	MEDIA	9	4.4	13	6.4	0.227
	ALTA	94	46.3	87	42.9	
AUTOCRITICA	BAJA	36	17.7	52	25.6	0.49
	MEDIA	50	24.6	35	17.2	
EXPRESIÓN EMOCIONAL	ALTA	17	8.4	13	6.4	0.821
	BAJA	2	1	5	2.5	
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	MEDIA	11	5.4	49	24.1	0.021
	ALTA	15	7.4	121	59.6	
APOYO SOCIAL	BAJA	0	0	4	2	0.306
	MEDIA	9	4.4	79	38.9	
RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	ALTA	103	50.7	100	49.3	0.113
	BAJA	2	1	2	1	
EVITACIÓN DEL PROBLEMA	MEDIA	23	11.3	14	6.9	0.351
	ALTA	78	38.4	84	41.4	
RETIRADA SOCIAL	BAJA	0	0	4	2	0.638
	MEDIA	14	6.9	15	7.4	
	ALTA	89	43.8	81	39.9	
	BAJA	0	0	2	1	
	MEDIA	28	13.8	26	12.8	
	ALTA	75	36.9	72	35.5	
	BAJA	16	7.9	20	9.9	
	MEDIA	73	36	65	32	
	ALTA	14	6.9	15	7.4	

DISCUSIÓN

CALIDAD DE VIDA:

Los resultados obtenidos de la población estudiada, en relación a edad y sexo, se puede mencionar que una tercera parte de los pacientes (34%) se encuentra en el rango de edad de 20 a 30 años, que corresponde a la etapa de *adulto joven* del sexo masculino (57.6%), este último dato es concordante con el último reporte por la Sociedad mexicana de Nefrología.⁹

En relación a la variable escolaridad, se puede señalar que el mayor porcentaje (76%), tiene Educación Básica primaria. Es importante destacar que sólo el (6.9%) cuenta con un nivel de estudios de Educación Superior, dato importante si se considera la cantidad de información que deben comprender estos pacientes para mantener conductas de autocuidado de salud. Saad y col, (2007)⁹ han informado que los pacientes con mayores niveles educativos han presentado mejor adherencia a tratamiento.

Respecto a la variable ocupación, refieren apoyar en labores del hogar en 37.4 % de los pacientes, por lo tanto podemos decir, que no aportan ingresos extras al hogar, por lo que la seguridad social recibida se debe a familiares con actividad laboral remunerable, sin embargo cabe mencionar que en un 31.5% son empleados en activo, la ERC afecta principalmente a personas en edad económicamente activa, según datos de los registros nacionales e internacionales, enfermedad renal crónica y su atención en México 2010.⁴¹

La enfermedad renal crónica fue a causa de Diabetes Mellitus en más de la mitad de los pacientes (60.1) seguido de Hipoplasia renal en 15.8%, México tiene una de las prevalencias más elevadas de diabetes mellitus a nivel mundial, y se estima que en los siguientes 30 años aumentará en un 250%. Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México 2010.⁴¹

Cabe señalar que la mayoría de los pacientes encuestados presentan dos patologías más, a parte de la insuficiencia renal crónica. Dato importante, si se considera que mientras más patologías presente una persona, su calidad de vida podría verse más afectada, por todo lo que significa vivir con una enfermedad para toda la vida. El tratamiento sustitutivo del funcionamiento renal es llevado a cabo por medio de 3

terapias dentro del HGZ #24, Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) siendo el tipo de diálisis con mayor utilizada 49.3%, actualmente, se estima que más de 120 mil pacientes en el mundo se encuentran en diálisis peritoneal, lo que corresponde al 8% de todos los pacientes con ERC (Sharma, 2007).⁷

En relación con la percepción de la Calidad de Vida, la mayoría de los pacientes, la considera como buena, es decir, en las diferentes dimensiones se reportó una muy buena percepción en las dimensiones de la *función física* la mayoría 55.7% (n=113), la califica como buena, esto puede deberse a que la mayoría de la población estudiada se encuentra en la etapa de adultos jóvenes en (34%) y esto condiciona mayor deseo de vivir a pesar de la enfermedad, solo 44.3% (n=90) lo cataloga como mala, esto puede deberse a que lleva más de 1 año en tratamiento con Diálisis Peritoneal o a las complicaciones presentes a lo largo de la enfermedad.

En la dimensión *rol físico*, el 69.5% de los pacientes la califica como Mala, en esta dimensión concuerda con el estudio realizado por Marlys Pérez, (2001); dice que “a pesar que pudiera considerarse este resultado contradictorio con el obtenido en la dimensión física, la explicación puede estar en que si se asocian las características de la población en estudio, son personas que dada su escolaridad, la opción de trabajo a la que pueden acceder, tiene relación con una actividad laboral más de esfuerzo físico que intelectual y que en muchas ocasiones deben abandonar su trabajo por limitaciones de la enfermedad y el tratamiento”.¹²

En la dimensión *rol emocional* el 54.2% la califica como buena esto debe deberse a que la mayoría (97%) de los pacientes encuestados cuenta con una red de apoyo, y por ende se sienten apoyados por familiares y/o amigos y un 45.8 % la califica como mala, debido a que sus familiares tienen que laborar durante el día, originando un desapego afectivo.

En la dimensión *Vitalidad* el 75.9% la califica como Buena, este puntaje podría deberse a que la terapia le devuelve la fuerza a cada paciente, salen renovados una vez instalada la terapia de diálisis. A diferencia de los meses previos a esta enfermedad. Abraham y col (1971) distinguen 4 fases en el paciente con ERC, una de ellas es renacer entre los muertos, que ocurre en los 2 primeros meses posterior a la colocación de diálisis.¹³

Respecto a la dimensión *Salud Mental* el 88.2% de los pacientes la califica de *buena*. Es contradictorio este resultado, si se relaciona con los antecedentes de la literatura científica donde se destaca la condición psicológica de este tipo de pacientes “con periodos frecuentes de depresión, agresividad y actitudes negativas en su grupo familiar o hacia el personal de salud” Velazco (2001).¹³

El 71.4% clasificó la *función social* como Buena, pues a pesar de estar sometidos a las sesiones de terapia de diálisis, esto no ha reducido su capacidad en la mayoría de los pacientes para realizar actividades sociales, por otra parte solo el 28.6% lo refiere como mala lo que limita su relación con su círculo de amigos o familia.

En la dimensión *dolor* el 86.2% de los pacientes la califica como *buena*, esto puede explicarse debido a que, “la estabilización de los pacientes en tratamiento con diálisis, con cierta frecuencia, tiene como efecto una regresión de los indicadores del sistema músculo esquelético y por ende, una disminución del dolor”.¹²

En relación al área de Evaluación *general de la salud*, más de la mitad (59%) de los pacientes la califican en el rango de *mala*, esto podría deberse a que la mayoría de los pacientes presentan más de una patología asociada. Sin embargo esto no concuerda con el estudio realizado por Marlys Pérez (2001), debido a que la percepción de la salud de su población estudiada fue calificada de Buena a Excelente, debido a que el 70% no presentaba otra patología asociada, caso totalmente contrario a lo que ocurre en este estudio. Marlys Pérez (2001) esta diferencia puede explicarse por las diferencias socio económicas de las poblaciones de estudio.¹²

APOYO FAMILIAR DE PACIENTES CON ERC EN DIÁLISIS PERITONEAL.

La actuación de la familia en todos los procesos crónicos del paciente es fundamental, ya que éste presenta cambios, tanto en sus actividades de la vida diaria como en su estado anímico.

Al comenzar este trabajo observamos la buena predisposición de casi todos los pacientes a contestar el cuestionario propuesto, principalmente en la población de 20-30 años en 34%. En un inicio se pensó que, dada la disparidad de composiciones familiares, podríamos observar si existían diferencias en el apoyo que siente el paciente por parte de los familiares u otra persona que conviva con él. Estas diferencias no fueron tales, pues la mayoría de pacientes se sienten apoyados por personas que conviven con ellos en un 97%. El sexo del paciente tampoco influyó en el apoyo recibido por la familia pues el grupo de estudio en su mayoría fue masculino 57.6%. De la misma manera ocurrió con la edad de los pacientes pues en un 34%, fueron adultos jóvenes y fueron estos con mayor apoyo por parte de los familiares.

Los factores estudiados para determinar el apoyo familiar fueron la *preocupación familiar* donde se encontró un adecuado apoyo otorgado en 97.5%, por el paciente con ERC, con esto podemos entender que la familia responde afirmativamente a la enfermedad adaptándose a las necesidades del paciente, comprometiéndose al cuidado de sus familiares y solo 2.5% refieren no tener apoyo familiar.

El segundo factor la *percepción de apoyo* fue referido con apoyo favorable en un 97.5%, por lo que Inmiscuir a la familia en esta situación es muy positivo, ya que el enfermo sentirá el apoyo en una situación que afronta en soledad, que no sólo afectará a la hora del tratamiento, si no en su hogar, En ese contexto se determinó que mientras más disfuncional era la familia, más bajo era el apoyo percibido por los pacientes Valdés (2010) El apoyo social percibido por los pacientes en hemodiálisis.²⁰

El *apoyo Emocional* fue descrito como aceptable en la mayoría de los casos, tan fundamental para la buena aceptación del tratamiento por parte del enfermo, Paul Kimmel (2012) "señalo que una mejor coordinación familiar permite predecir también una mejor adaptación a la diálisis", Este parámetro nos sugiere que la población estudiada se encuentra con familias funcionales como lo observo Sluzki (1979) donde encontraron un adecuado apoyo entre los miembros familiares Rodríguez Abrego (Red familiar de apoyo al paciente con insuficiencia renal crónica 2002).²¹

AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON ERC EN DIÁLISIS PERITONEAL

Investigaciones realizadas han demostrado que tanto la ERC como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida global (Cidoncha 2003).³⁸

El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos.

En este estudio la metodología de como evaluamos la capacidad de afrontamiento, se llevó a cabo por medio una capacidad baja, media y alta para afrontar la enfermedad en pacientes con ERC, dividida en este caso en 8 dimensiones.

En el área de **resolución de problemas**, encontramos una alta capacidad de afrontamiento (89.2%) de los pacientes encuestados. Como se observó, la población de estudio fueron adultos jóvenes en su mayoría por lo que tienden a presentar mejores estrategias cognitivas y conductuales para eliminar el estrés y modificar de esta manera la situación que lo preocupa. Según Casado (2002), cuando una persona enfrenta cualquier situación, realiza una evaluación tanto primaria como secundaria. El resultado de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como desafío, reto o amenaza.⁴¹

Los resultados obtenidos con respecto a la **autocrítica**, encontramos que un tercio de los pacientes (43.3%) refirió autoinculpación por la ocurrencia de ERC y su inadecuado manejo, esto se traduce como un baja capacidad de afrontamiento y solo un minoría refiere no sentirse culpable (14.8%) este dato fue más evidente en pacientes con hipoplasia renal (15.8%) y quistes renales (5.4%). Según Gil-Roales (2004), los pacientes enfrentan un duelo no superado por una enfermedad crónica como la DM, que al presentarse una mayor complicación como la ERC, no son capaces de desarrollar un plan de acción con el cual pudieran responder a los nuevos cambios.²⁷

En la **expresión emocional**, observamos que los pacientes tienen estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés de la enfermedad, pues presentaron una alta capacidad de afrontamiento (67%), Cassaretto (2007) comento que el uso de la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento puede coadyuvar a responder a las demandas emocionales pues permitiría proteger y prevenir la presencia de desórdenes del ánimo a futuro.²⁶

Dentro del **pensamiento desiderativo**, En más de la mitad de los pacientes se encontró un nivel significativamente elevado en estrategias de afrontamiento, para afrontar la enfermedad (173%) el deseo de que la realidad no fuera estresante. El fenómeno de distorsión de la realidad es un tipo de afrontamiento que se emplea para conservar la esperanza y el optimismo para negar tanto lo ocurrido como su implicación, como si lo ocurrido no tuviera importancia, estrategia que ha sido relacionada con niveles más altos de habilidad y niveles altos de salud mental y buena calidad de vida (Wahl, Hanestad, Wiklund & Poum, 1999).²⁶

En el **apoyo Social**, se observó una elevada necesidad del paciente (162%) en busca de apoyo emocional, a pesar de que algunos autores refiere que esta dimensión en de mucha ayuda y efectiva para sobrellevar le enfermedad, Chorot, Brennan, Moos (2002) otros autores la han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional. (Gunzerath, Connelly, Albert & Knebel, 2001).²⁸

Los resultados obtenidos en la **reestructuración cognitiva**, observamos estrategias cognitivas que modifican el significado de la enfermedad de estos pacientes un nivel significativamente elevado en estrategias de afrontamiento (170%), es decir adquirieron estrategias más eficaces para afrontar la enfermedad como ser más optimistas, paliativas y confrontativos. Algunos autores refieren que las estrategias de reinterpretación positiva, en la cual el individuo reconoce la realidad de la enfermedad y se centra en los aspectos positivos de la situación, permite predecir significativamente la calidad de vida, (Gunzerath, 2001).²⁹

Con respecto a la **evitación del problema**, encontramos como estrategia para sobrellevar la enfermedad un nivel significativamente elevado (72.4%), estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados a la ERC. Según Sandin y Chorot (2002), en la evitación y la religión el cambio de significado dependerá de lo que se tome en cuenta o de aquello que se desee evitar.²⁸

En la **retirada social**, estrategias empleada en más de la mitad de los paciente (138%), pues la mayoría de los pacientes no se encuentran solos ya que siempre se encuentra un familiar a su lado estrategias como la evitación no constituyen un estilo efectivo, pues predice síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido, como tampoco protege a los pacientes del malestar psicológico y el distrés emocional, ya que se asocia con niveles altos de ansiedad y depresión (Carrobbles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003).⁴¹

CONCLUSIONES:

- La edad la mayoría (34%), se encuentra en el rango de edad de 20 a 30 años, que corresponde a la etapa de adulto joven
- La escolaridad, referida en mayor porcentaje (37.4%), fue tener una educación básica primaria.
- La ocupación, el (31.5%) refieren tener actividad laboral, y que la mayoría de los pacientes encuestados se dedica a las actividades del hogar (37%).
- En relación a las enfermedad causante de la ERC, en primer lugar en (60.1%) la Diabetes Mellitus y la Hipoplasia renal en (15.8%).
- Las patologías crónicas referidas, un 60.1% presentan Diabetes Mellitus, un 9.9% presentan Hipertensión Arterial.
- La percepción de la calidad de vida en la mayoría de los pacientes encuestados refirieron se percibió como buena calidad de vida (63.92%) y que solo se percibe como mala calidad de vida en (36.07%).
- En relación a las ocho dimensiones que evalúa el cuestionario de salud SF-36. Dimensión Función Física: el 55.7% la califico como buena, es decir, que solo alguna vez, la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc. Y sólo el 44.3% de los pacientes la califico como mala.
- Dimensión Rol Físico: el 69.5% la califico como mala, es decir, que siempre la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado.
- Dimensión Rol Emocional: el 54,2%, la califico como buena, es decir, que algunas veces los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.
- Dimensión Vitalidad: el 75.9%, la califico como buena, es decir, que algunas veces el paciente, se ha sentido con energía para realizar sus actividades.
- Dimensión Salud Mental: el 88.2%, la califico de muy buena, es decir, que algunas veces, el paciente se ha sentido en completo bienestar psicológico.

- Dimensión Función Social: el 71.4% la califico como buena, es decir, que algunas veces los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social del paciente.
- Dimensión Dolor: el 83.2%, la califico de buena, es decir, que el paciente sólo algunas veces ha presentado dolor, y que por lo tanto, esto sólo ha influido algunas veces en su vida diaria.
- Dimensión Percepción de la Salud General: el 81.7%, la califico de mala y sólo un 49.3%, la califico como buena.
- En relación al apoyo familiar el 97% de los pacientes encuestados la definió como adecuado apoyo, tanto en el factor de la preocupación familiar con 97.5% la catalogo como buena, en el factor de percepción de apoyo la percibió como buena en 97.5% y en el factor de apoyo emocional de igual forma la definieron como buen apoyo en un 97%.
- Con respecto a la capacidad de afrontamiento del paciente se recabaron los siguientes resultados en las 8 dimensiones de este cuestionario.
- Resolución de problemas los pacientes presentaron alta capacidad de afrontamiento con 89.2%.
- Autocritica fue el área con menor tolerancia pues presento una baja capacidad para tolerar su enfermedad con 88%, de los pacientes encuestados.
- Expresión emocional encontramos alta capacidad de afrontamiento con 67%.
- Pensamientos desiderativos lo evaluaron con una media de 85.2% de los pacientes para enfrentar la enfermedad.
- Apoyo social el 79.4% de los pacientes han buscado apoyo emocional con familiares o amigos.
- Reestructuración cognitiva buscan los pacientes ser más optimistas para enfrentar la enfermedad en un 83.7%.
- El 72.4% de los pacientes utilizan como mecanismo de enfrentar la enfermedad, la evitación del problema, esto como medida para negar que están enfermos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delphine S. Tuot, Neil R. Powe, Chronic Kidney Disease in Primary Care: An Opportunity for Generalists, *J Gen Intern Med* 2011 February, 26:4 :356–8
2. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int* 2005;67:2089-100.[PubMed]
3. Boulware LE, TROLL MU, Jaar BG, Myers DI, Powe NR. Identification and referral of patients with progressive CKD: a national study. *Am J Kidney Dis.* 2006;48:2:192-204.
4. Guessous I, McClellan W, Vupputuri S, Wasse H. Low documentation of chronic kidney disease among high-risk patients in a managed care population: a retrospective cohort study. *BMC Nephrol.* 2009;10:1:25.
5. Pérez-Martínez J, Llamas-Fuentes F, Legido A: Insuficiencia Renal Crónica: Revisión y Tratamiento Conservador. 2005 *Archivos de Medicina*; 1: 1-10.
6. Tonelli M, Wiebe N, Culleton B, et al. Chronic kidney disease and mortality risk: a systematic review. *J Am Soc Nephrol.* 2006;17:7 :2034-47
7. James MT, Quan H, Tonelli M, et al. CKD and risk of hospitalization and death with pneumonia. *Am J Kidney Dis.* 2009;54:1:24-32.
8. Dehesa-López E: Enfermedad Renal Crónica; Definición y clasificación *Medigraphic*, 2008: 3:3: 73-78.
9. Méndez-Duran L., Méndez-Bueno F, Tapia T, Muñoz-Montes A, Aguilar-Sánchez L, *Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en México, Diálisis y Trasplante*, Elsevier México, 2010; 31:1:7-11.
10. Albert H. A. Mazairac, Muriel P. C. Grooteman, Peter J. Blankestijn, E. Lars Penne, Neelke C. van der Weerd, Claire H. den Hoedt, Differences in quality of life of hemodialysis patients between dialysis centers, *Quality Life Res*, 2012 June 21:299–307.
11. Paraskevi Theofilou, Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis Treatment, *J Clin Med Res* , 2011; 3:3 :132-138

12. Mercedes Moreiras-Plaza, Raquel Blanco-García, Cinthya Raquel Cossio-Aranibar and Gloria Rodríguez-Goyanes, Assessment of Health-Related Quality of Life: The Cinderella of Peritoneal Dialysis?, *International Journal of Nephrology*, 2011 may , 58: 1-8
13. Karen L Saban, Fred B Bryant, Domenic J Reda, Kevin T Stroupe, Denise M Hynes, Measurement invariance of the kidney disease and quality of life instrument (KDQOL-SF) across Veterans and non-Veterans, *Health and Quality of Life Outcomes* 2010, 8: 1-16
14. Quinn D. Kellerman, M.A., Alan J. Christensen, Austin S. Baldwin and William J. Lawton, Association Between Depressive Symptoms and Mortality Risk in Chronic Kidney Disease, *Health Psychol.* 2010 November ; 29:6: 594–600
15. S. Susan Hedayati, Venkata Yalamanchili, and Fredric O. Finkelstein, A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease, *Kidney Int.* 2012 February ; 81(3): 247–255.
16. Liem, Y. S., Bosch, J. L., Arends, L. R., Heijenbrok-Kal, M. H., & Hunink, M. G. (2007). Quality of life assessed with the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. *Value Health*, 10, 390–397.
17. Kontodimopoulos N, Fragouli D, Pappa E, Niakas D: Statistical tests of the validity and the reliability of the Greek SF-36 (in Greek with English abstract). *Archives of Hellenic Medicine* 2004, 21(5):451-462.
18. Álvarez, M. y Puñales, A.. Familia y terapia familiar. *Revista de Ciencias Médicas*, México, 1998, 1: 2: 16-22
19. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C, Evaluación de la calidad de vida, *Salud Pública de México*: 2002, 44: 4: 1-13
20. Albarracín, D. & Muchnik, E. (1994). Redes de apoyo social y envejecimiento humano [Social support network in human aging]. En J. Buendía (Ed.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. España: Siglo XXI
21. Antonucci, T. (1982). Attachment in the aging process. A life span framework. *Final Report to the National Institute on Aging*, 387-399.
22. Barrera, M. (1980 - 1981). Preliminary development of a scale of social support. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.

23. Bernstein IH, Wendt B, Nasr SJ, Rush AJ: Screening for major depression in private practice. *Journal of Psychiatric Practice* 2009, 15(2):87-94.
24. Fernandes-Ballesteros R, Zamaron MD, Ruiz MA, Sebastian J, Spielberger CD: Assessing emotional expression: Spanish adaptation of the rationality/ emotional defensiveness scale. *Personality and Individual Differences* 1997, 22:719-729.
25. Cartensen, L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. En Jacobs (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*.
26. Barron, L. (2007). Estrés psicosocial y salud [Psychosocial stress and health]. En Mendieta (Comp.), *Estrés y salud* (Cap. 3, pp. 71-85). Valencia: Promolibro.
27. Berg, J. & Piner, K. (2009). Social relationships and the eat of social relationships. En S. Duck & Cohen (Eds.), *Personal relationships and social support*. London
28. Brennan, P. & Moos, R., Chorot L.(2000). Life stressors, social resources, and late life problem. *Psychology and Aging*, 5(4), 491-501.
29. Helmich E, Bolhuis S, Dornan T, Laan R, Koopmans R, Entering medical practice for the very first time: emotional talk, meaning and identity development. *Med Educ*. 2012 Nov;46:11 :1074-86.
30. Cohen, C. & Syme, J. (1985). Social network, stress, adaptation and health. *Research on Aging*, 7(3), 409-431.
31. Depner, C. & Ingersoll, D. (2008). Supportive relationships in late life. *Psychology and Aging*, 3(4), 348-357
32. Stéphanie Gentile, Elisabeth Jouve, Bertrand Dussol, Valerie Moal, Yvon Berland and Roland Sambuc, Development and validation of a French patient-based health-related quality of life instrument in kidney transplant: the ReTransQoL, *Health and Quality of Life Outcomes* 2008, 6:78
33. Lacson Eduardo, Jianglin Xu, Shu-Fang Lin, Sandie Guerra Dean, J. Michael Lazarus, and Raymond M. Hakim, A Comparison of SF-36 and SF-12 Composite Scores and Subsequent Hospitalization and Mortality Risks in Long-Term Dialysis Patients,

34. Diaz-Buxo JA, Lowrie EG, Lew NL, Zhang H, Lazarus JM.: Quality-of-life evaluation using Short Form 36: Comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 35: 293–300, 2000. [[PubMed](#)]
35. Morsch CM, Goncalves LF, Barros E.: Health-related quality of life among haemodialysis patients: Relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *J Clin Nurs* 15: 498–504, 2006. [[PubMed](#)]
36. Seung Seok Han, Ki Woong Kim, Ki Young Na, Dong-Wan Chae, Yon Su Kim, Suhnggwon Kim and Ho Jun Chin, Quality of life and mortality from a nephrologist's view: a prospective observational study, *BioMed Central Nephrology*, 2009 november , 10:39:1-7
37. Richard A. Hansen, Hyunsook Chin, Susan Blalock, Melanie S. Joy, Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease: Evaluation of Quality of Life in Clinic Patients Receiving Comprehensive Anemia Care, *Res Social Adm Pharm.* 2009 June ; 5:2 : 143–153
38. Stephanie Boini, Luc Frimat, Michele Kessler, Serge Briançon, Nathalie Thilly, Predialysis therapeutic care and health-related quality of life at dialysis onset (The pharmacoepidemiologic AVENIR study), *Health and Quality of Life Outcomes* 2011, 9:7:1-7
39. Anna Kaltsouda, Petros Skapinakis, Dimitrios Damigos, Margarita Ikonou, Rigas Kalaitzidis, Defensive coping and health-related quality of life in chronic kidney disease: a cross-sectional study, *BMC Nephrology* 2011, 12:28: 352-361}
40. Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J.M. La versión española del 'SF-36 Health Survey': un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 1995. 104: 20: 771-776.
41. López M. Enfermedad Renal Crónica y su Atención Mediante Tratamiento sustitutivo en México, Ciudad Universitaria, 04510, México, D. F. 2010

ANEXOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha	El estudio se realizará en HGZ 24. Distrito Federal, a ____ del mes del 2013
Por medio de la presente autorizo	_____
participar en el protocolo de investigación titulado	ASOCIACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA, EL APOYO FAMILIAR Y LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON ERC EN DIALISIS PERITONEAL DEL HGZ24
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	

El objetivo del estudio es: Identificar la percepción de la calidad de vida y apoyo familiar en pacientes con IRC en diálisis peritoneal.
Se me ha explicado que mi participación consistirá: si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:

1. Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
2. Llenar un cuestionario de factores sociodemográficos, eventos individuales y familiares en este momento.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar oportunamente los eventos individuales y familiares que puedan repercutir en la actividad laboral y en caso de detectarse alguna alteración podrá orientarse para el manejo adecuado.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

	<u>DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA</u> Matricula 10859357 NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE
NOMBRE Y FIRMA	ISIDRO CANO JESUS FABIAN NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 08:00 a 15:00 hrs., de lunes a viernes al teléfono 53331100 extensión 15320 , en la Coordinación de Educación de Salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 20, Distrito federal, IMSS.

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1	LUGAR Y FECHA
------------------------------	---------------

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Ficha de identificación:

Nombre: _____

Edad: _____ Estado civil: _____

Sexo: _____ UMF _____

Ocupación: _____

Escolaridad _____

Enfermedad de Base: _____

Tipo de diálisis: _____

1. su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

2. ¿ su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 ... Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 ... Algo mejor ahora que hace un año
- 3 ... Más o menos igual que hace un año
- 4 ... Algo peor ahora que hace un año
- 5 ... Mucho peor ahora que hace un año

20. Durante las **4 últimas semanas**, ¿ su salud física o problemas emocionales han dificultado su actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 ... Nada
- 2 ... Un poco
- 3 ... Regular
- 4 ... Bastante
- 5 ... Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las **4 últimas semanas**?

- 1 ... No, ninguno
- 2 ... Sí, muy poco
- 3 ... Sí, un poco
- 4 ... Sí, moderado
- 5 ... Sí, mucho
- 6 ... Sí, muchísimo

22. Durante las **4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 ... Nada
- 2 ... Un poco
- 3 ... Regular
- 4 ... Bastante
- 5.....Mucho

Marque con una X la que se asemeje más a su salud actual	limita mucho	limita poco	Nolimita nada
3. ¿Le limita para hacer esfuerzos intensos, como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
4. ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, barrer, jugar bolos o caminar más de una hora?			
5. ¿Le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?			
6. ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?			
7. ¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?			
8. ¿Le limita para agacharse o arrodillarse?			
9. ¿Le limita para caminar un kilómetro o más?			
10. ¿Le limita para caminar varias cuadras?			
11. ¿Le limita para caminar una cuadra?			
12. ¿Le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?			

Marque con una X si ha presentado algún problema en su actividad diaria en las últimas 4 semanas	SI	NO
13. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas,		
14. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?		
15. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
16. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (más de lo normal)?		
17. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
18. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
19. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional?		

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las <u>4</u> últimas semanas.	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	alguna vez	Nunca
23. ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?					
24. ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?					
25. ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?					
26. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?					
27. ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?					
28. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?					
29. ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?					
30. ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?					
31. ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?					
32. ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?					

Por Favor, diga si le parece <u>Cierta o Falsa</u>	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
34. Estoy tan sano como cualquiera					
35. Creo que mi salud va a empeorar					
36. Mi salud es excelente					

Paso 1 Asignación de puntaje.

NUMERO DE PREGUNTA	RESPUESTAS	VALOR DE LA RESPUESTA
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0
	2	50
	3	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	0
	2	100
21, 23, 26, 27, 30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
24, 25, 28, 29, 31	1	20
	2	40
	3	60
	4	80
	5	100
32, 33, 35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75

Paso 2. Asignación de dimensión

Variable	Número de Ítem	Pregunta correspondiente
Función Física	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Rol Físico	4	13, 14, 15, 16
Rol Emocional	3	17, 18, 19
Vitalidad	4	23, 27, 29, 31
Salud Mental	5	24, 25, 26, 28, 30
Función Social	2	20, 32
Dolor Corporal	2	21, 22
Salud General	5	1, 33, 34, 35, 36

Paso 3

RAND recomienda el siguiente enfoque sencillo para anotar la Encuesta de Salud de 36 elementos.

Todas las preguntas se califican en una escala de 0 a 100, donde 100 representa el más alto nivel de funcionamiento posible. Puntuación global se compilan como porcentaje del total de puntos posibles, utilizando la tabla de puntuación RAND (PASO I).

Las puntuaciones de las preguntas que abordan cada área específica del estado de salud funcional (PASO II) se promedian entre sí, para una puntuación final dentro de cada una de las 8 dimensiones medidas. (por ejemplo, el dolor, la función física, etc)

Por ejemplo, para medir la energía del paciente / nivel de fatiga, añadir las puntuaciones de preguntas 23, 27, 29, y 31. Si un paciente rodeó 4 días 23, 3 de 27, 3 de 29 y dejó 31 en blanco, utilice el cuadro 1 de anotar ellos.

Una respuesta de 4 a Q23 se anotó un 40, 3 a Q27 se anotó un 60, y de 3 a Q29 se anotó un 40. P31 se omite. La puntuación de este bloque es $40 + 60 + 40 = 140$. Ahora dividimos por las 3 preguntas contestadas a obtener un total de 46,7. Desde una puntuación de 100 representa alta energía sin fatiga, la puntuación más baja de 46,7% sugiere que el paciente está experimentando una pérdida de energía y está experimentando algo de fatiga.

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo:

Pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100;

Con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100;

Con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.

Total del puntaje: 100 pts

El control de calidad de los datos para el Cuestionario de Salud SF-36 se realizó a través del Alfa de_Cronbach, dando como resultado para cada una de las escalas lo siguiente: Función Física: 0,93; Rol Físico: 0,83; Dolor Corporal: 0,92; Salud General: 0,73; Vitalidad: 0,84; Rol Social: 0,83; Rol Emocional: 0,84; Salud Mental: 0,80.

Como podemos observar todos los valores están sobre 0,7, lo que nos indica una gran confiabilidad del instrumento SF-36

CUESTIONARIO DE PERCEPCION DE APOYO FAMILIAR DE PACIENTE CRONICO

Marca con una (x) la respuesta elegida, solo una respuesta por pregunta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.-Pese a la enfermedad, mi familia se preocupa por mi bienestar					
2.- Siento que algunos miembros de mi familia me aman					
3.-Me siento apoyado por algunos miembros de mi familia para enfrentar mi vida					
4.-Siento que algunos miembros de mi familia me alientan para enfrentar esta enfermedad.					
5.-Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese cuanto se preocupa por mí					
6.-Me siento escuchado por algunos miembros de mi familia					
7.-Desde que me dijeron que padecía IRC algunos miembros de mi familia desearían que me cure de este mal.					
8.-Siento que algunos miembros de mi familia me animan.					
9.-Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese su deseo de colaborar para lograr mi bienestar.					
10.- Me siento comprendido por algunos miembros de mi familia					
11.-Siento que algunos miembros de mi familia me cuidan cuando me siento mal de salud.					
12.-A algunos miembros de mi familia les es importante estar disponibles para brindarme apoyo emocional.					
13.-Siento que algunos miembros de mi familia realmente desean entenderme.					
14.-Mi familia se preocupa por mi estado de salud.					
15.-Me siento respaldado por algunos, miembros de mi familia al tomar decisiones.					
16.-Me siento respaldado por algunos miembros de mi familia cuando hablo con ellos acerca de lo que me está pasando					
17.- Mi familia se preocupa por mi estado de ánimo.					
18.-Eta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese su deseo de ayudarme.					
19.- Me siento protegido por algunos miembros de mi familia cuando estoy enfermo					

CUESTIONARIO DE PERCEPCION DE APOYO FAMILIAR DE PACIENTE CRONICO:

Se trata de un cuestionario auto administrado, que consta de 19 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5).

Para obtener la calificación es necesario

1. Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
2. Sumar la calificación de los puntajes(1,2,3,4, o 5) dado por el sujeto.
3. El puntaje obtenido es la clasificación para ese factor.
4. Comparar el puntaje con el punto máximo que se puede obtener, así como el mínimo.

Para obtener un puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 5, que en la escala Likert es el puntaje más alto, para obtener el puntaje mínimo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1

Factor 1: preocupación familiar por el enfermo

Reactivos 2, 5, 8, 10, 14, 17 y 19 Total 7 reactivos todos positivos.

Para calificar: hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte. $7 \times 3 = 21$ punto de corte o medio

Puntajes por arriba de 21 indica preocupación familiar por el enfermo.

Máximo puntaje a obtener 35 y el mínimo de 7

Factor 2: Apoyo Emocional

Reactivos 1, 3, 6, 12 y 16, Total 5 reactivos todos en positivo.

Para calificar: hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte. $5 \times 3 = 15$ punto de corte o medio

Puntajes por arriba de 15 indica el grado de apoyo emocional.

Máximo puntaje a obtener 25 y el mínimo de 5

Factor 3: Percepción del apoyo familiar por el enfermo

Reactivos 4, 7, 9, 11, 13, 15 y 18, Total 7 reactivos todos en positivo.

Para calificar: hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte. $7 \times 3 = 21$ punto de corte o medio

Puntajes por arriba de 35 indica el grado de Percepción del apoyo familiar por el enfermo.

Máximo puntaje a obtener 35 y el mínimo de 7

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

Marca con una (X) la respuesta elegida, solo una respuesta por pregunta	ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	TOTALMENTE
1. Lucho para resolver el problema					
2. Me culpo a mí mismo					
3. Dejo salir mis sentimientos para reducir el estrés					
4. Deseo que la situación nunca hubiera empezado					
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema					
6. Repaso el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente					
7. No dejo que me afecte; evité pensar en ello demasiado					
8. Paso algún tiempo solo					
9. Me esfuerzo para resolver los problemas de la situación					
10. Me doy cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché					
11. Expreso mis emociones, lo que siento					
12. Deseo que la situación no existiera o que de alguna manera terminase					
13. Hablo con una persona de confianza					
14. Cambio la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas					
15. Trato de olvidar por completo el asunto					
16. Evito estar con gente					
17. Hago frente al problema					
18. Me critico por lo ocurrido					
19. Analizo mis sentimientos y simplemente los dejo salir					
20. Deseo no encontrarme nunca más en esa situación					
21. Dejo que mis amigos me echaran una mano					
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían					
23. Quito importancia a la situación y no quise preocuparme más					
24. Oculto lo que pensaba y sentía					
25. Supe lo que debía hacer, doblé mis esfuerzos y trate con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran					
26. Me recrimino por permitir que esto ocurriera					
27. Dejo desahogar mis emociones					
28. Deseo poder cambiar lo que había sucedido					
29. Paso algún tiempo con mis amigos					
30. Me pregunto qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo					
31. Me comporto como si nada hubiera pasado					
32. No dejo que nadie supiera como me sentía					
33. Mantuve mi postura y lucho por lo que quiero					
34. Fue un error mío, así que tengo que sufrir las consecuencias					

35. Mis sentimientos son abrumadores y estallaron					
36. e imagino que las cosas podrían ser diferentes					
37. Pido consejo a un amigo o familiar que respeto					
38. Me fijo en el lado bueno de las cosas					
39. Evito pensar o hacer nada					
40. Trato de ocultar mis sentimientos					

**INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989.
Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)**

Las ocho escalas corresponden a las diferentes estrategias de afrontamiento que se han estudiado en la literatura. Con base en la teoría de Lazarus y Folkman, se utilizó el instrumento Estrategias de Afrontamiento (IEA), adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006), que incluye: resolución de problemas (REP), ítems: 1, 9, 17, 25 y 33; autocrítica (AUC), ítems: 2, 10, 18, 26 y 34; expresión emocional (EEM), ítems: 3, 11, 19, 27 y 35; pensamiento desiderativo (PSD), ítems: 4, 12, 20, 28 y 36; apoyo social (APS), ítems: 5, 13, 21, 29 y 37; reestructuración cognitiva (REC), ítems: 6, 14, 22, 30 y 38; evitación de problemas (EVP), ítems: 7, 15, 23, 31 y 39; retirada social (RES), ítems: 8, 16, 24, 32 y 40.

Para obtener el índice de cada escala, es decir, el nivel en que se encuentra cada estrategia de afrontamiento, se halla la sumatoria de los ítems en cada una de las escalas y se localizan teniendo en cuenta tres rangos (bajo 0 a 6,6) (medio 6,7 a 13,2) (alto 13,3 a 20).

Los datos objeto de análisis corresponden a estadística descriptiva, media, moda y mediana, que permite establecer una puntuación grupal del comportamiento de las variables dentro de un diseño descriptivo.

En consideración de lo postulado por los autores del instrumento, el siguiente análisis de datos va a realizarse de la siguiente forma: descripción de las escalas de afrontamiento frente a los rangos establecidos a partir de la **media**, caracterizándolos como bajo (0,6 a 6), medio (6,7 a 13,2) y alto (13,3 a 20)