



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**ASOCIACIÓN DE ESTILO DE AFRONTAMIENTO Y
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN
PACIENTES INCIDENTES EN DIÁLISIS
PERITONEAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**E S P E C I A L I S T A E N
E N F E R M E R Í A
N E F R O L Ó G I C A**

P R E S E N T A :

L.E. Ana Miriam Cabrera Delgado



**DIRECTORA DE TESIS:
Mtra. María Cristina Rodríguez Zamora
Asesores
Dr. José Dante Amato Martínez
Dra. Carolina Santillán Torres Torija
Mtra. María de Jesús Ventura**



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.

ÍNDICE

Agradecimientos y Dedicatorias.....	4
Resumen.....	5
Introducción.....	7

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del problema.....	8
1.2 Pregunta de investigación.....	9
1.3 Hipótesis.....	9
1.4 Objetivos.....	10
1.5 Justificación.....	11
1.6 Antecedentes.....	12

CAPÍTULO II

Marco teórico

2.1 Panorama epidemiológico de la enfermedad renal en México.....	14
2.2 Principales mecanismos de daño renal.....	14
2.3 Impacto del tratamiento dialítico en el individuo.....	16
2.4 Calidad de vida relacionada con salud.....	17
2.5 Inclusión de CVRS en la atención sanitaria.....	18
2.6 CVRS en el paciente de diálisis.....	19
2.7 Afrontamiento.....	21
2.8 Modelo transaccional de Lazarus/Folkman.....	21
2.9 Afrontamiento específico.....	25

CAPÍTULO III

Metodología

3.1 Tipo de estudio.....	28
3.2 Población y muestra.....	28
3.2.1. Población.....	28
3.2.2. Muestra.....	28

3.2.3. Criterios de inclusión.....	28
3.2.4. Criterios de exclusión.....	29
3.2.5. Criterios de eliminación.....	29
3.3. Escenario.....	29
3.4. Instrumento.....	29
3.5. Procedimiento y método.....	31
3.6. Análisis estadístico.....	31
3.7. Consideraciones éticas.....	32
3.8. Operacionalización de variables.....	32

CAPÍTULO IV

Resultados y análisis

4. Resultados y análisis.....	37
-------------------------------	----

CAPÍTULO V

Discusión y conclusiones

5.1. Discusión.....	51
5.2. Conclusiones.....	54
5.3. Aportaciones a la disciplina.....	55
5.4. Sugerencias.....	56

Bibliografía.....	57
-------------------	----

Anexos.....	61
-------------	----

Agradecimientos

A Dios, por bendecir cada una de las decisiones que me han traído hasta este lugar el día de hoy para permitirme el privilegio de cuidar a sus hijos.

A mis padres, por resguardar mi juventud y honrarme con su ejemplo y amorosamente brindarme un hogar.

A mi hermano Abraham por ser mi confidente y cómplice incondicional al ayudarme a encontrar respuesta y paz en las incógnitas más inquietantes.

A la Mtra. Cristina Rodríguez, al Dr. Dante Amato, a la Mtra. María de Jesús Ventura y a la Dra. Santillán por creer en mí y dotarme de recursos invaluable para poder llevar a cabo este proyecto.

A mis amigos, Karin, Ricardo, Conchita, Mariana, Mau, Edith, Natalie, Alexia, Isaac, Angie, Flor y Samuel por formar parte de mi presente y tener el don de rescatar mi sonrisa en los momentos más difíciles.

A Luis, por convertirse en mi compañero de aventuras y sentir cada uno de mis aciertos o lecciones como si viviéramos con el mismo corazón.

A mi familia, la cual por fortuna es demasiado extensa como para nombrar a cada uno de los entrañables integrantes que me han apoyado.

A los médicos, enfermeros, trabajadores sociales, personal administrativo y pacientes que me facilitaron realizar la etapa de aplicación de instrumentos en donde pude contactar con la transición física y emocional que comprende el ingreso a terapia de diálisis peritoneal.

Con cariño agradezco al Dr. Sánchez por enseñarme que el compromiso hacia uno mismo y hacia el prójimo puede hacer la diferencia para destacar, aún entre más de diez millones de personas.

Dedicatoria

Con todo mi amor para Rubén Delgado Avalos, mi abuelo y primer paciente en terapia de sustitución renal, a quien siempre extrañaré pues dejó un matiz gris en mi alma con su partida pero me enseñó el significado de las palabras “resiliencia” y “fortaleza” a través de su historia.

Para Mario Alberto Cabrera Delgado, mi angelito de la guarda.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación del estilo de afrontamiento (EA) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes incidentes en diálisis peritoneal (DP).

Métodos: Se incluyeron 100 pacientes incidentes (0 a 3 meses) en DP, de 4 centros de diálisis, pertenecientes a 2 instituciones públicas de salud, en la Ciudad de México en un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Para clasificar el EA se aplicó el instrumento Inventario de Escalas de Afrontamiento (CSI) y para estimar la CVRS se usó KDQOL-SF36, una vez en una sesión. Las diferencias entre grupos se evaluaron con *U* de Mann Whitney, las asociaciones se analizaron con el coeficiente de correlación por rangos *ro* de Spearman. Los análisis estadísticos se hicieron con SPSS v.21. Los valores de $p < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos. El protocolo fue aprobado por los comités de investigación de todos los centros participantes y todos los pacientes firmaron una carta de consentimiento informado.

Resultados: El promedio de edad fue de 59.22 años \pm 11.04, 36% fueron mujeres. Las calificaciones de EA y de CVRS no fueron diferentes entre centros, grupos de edad, género, tiempo desde el inicio de la DP, estatus laboral o marital, ingreso monetario, tiempo de traslado al centro de DP y disponibilidad de redes sociales de apoyo. Las mujeres tuvieron puntuación significativamente mayor en la calificación de afrontamiento pasivo que los hombres. La calificación de afrontamiento activo fue más alta en entre los pacientes que tienen trabajo y mayor escolaridad. Los pacientes con menor tiempo de traslado al centro de diálisis tuvieron mayor calificación tanto en afrontamiento activo como pasivo.

Conclusión: Los resultados apoyan la hipótesis de que el EA se asocia con mejores puntuaciones de CVRS en pacientes incidentes en diálisis peritoneal.

Agregar en inglés

Objective: To evaluate the association of coping style (AD) and health related quality of life (HRQL) in peritoneal (PD) dialysis patients.

METHODS: We included 100 incident patients (0 to 3 months) in PD of 4 dialysis centers belonging to 2 public health institutions in Mexico City in an observational, descriptive, transverse and prospective study. To classify the EA the instrument was applied the Inventory of Scales of Coping (CSI) and to estimate the HRQOL, KDQOL-SF36 was used once in a session. Differences between groups were assessed using Mann Whitney's U, associations were analyzed using the Spearman correlation coefficient r_s . Statistical analyzes were done with SPSS v.21. Values of $p < 0.05$ were considered statistically significant. The protocol was approved by the research committees of all participating centers and all patients signed an informed consent letter.

Results: The mean age was 59.22 years \pm 11.04, 36% were women. The AD and HRQoL scores were not different between centers, age groups, gender, time from onset of PD, marital or labor status, monetary income, time of transfer to the DP center and availability of social support networks. Women scored significantly higher on the passive coping score than men. The active coping score was higher among the patients with work and higher education. Patients with shorter transfer times to the dialysis center had higher scores on both active and passive coping.

Conclusion: The results support the hypothesis that AD is associated with better HRQoL scores in peritoneal dialysis patients.

INTRODUCCIÓN

Mediante métodos comprobables se ha enriquecido el conocimiento centrado en la enfermedad renal. Aún no se analizan todas las variables que intervienen en la auténtica rehabilitación de quienes las padecen por lo que actualmente los elementos psicológicos cobran importancia mediante exponentes como la adherencia terapéutica, la depresión, trastornos somáticos y el estilo de afrontamiento.

Al menos para el presente marco teórico, no se dispuso de una fuente que concretamente evaluara el esfuerzo cognitivo conductual ante la trascendente noticia de padecer una enfermedad crónica que requiere de un tratamiento permanente. Por lo que era conveniente identificar el comportamiento de un sector mexicano ante el insidioso diagnóstico y necesidad de iniciar terapia de reemplazo.

La literatura, desde la creación de diversas teorías, ha reportado que el estilo de afrontamiento con tendencia a la evitación predispone a un peor pronóstico de salud mental ante estímulos crónicos y no resolutivos. El bienestar de los pacientes, bien merece indagar en el estilo de afrontamiento empleado y si este puede funcionar como un mediador modificable de la calidad de vida relacionada con salud.

Capítulo I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con la inclusión de las terapias dialíticas ^{[1][2]}, se ha logrado prolongar la supervivencia de los pacientes que cursan la etapa terminal de la enfermedad renal crónica, ^[3] sin embargo, esto no ha sido equivalente a calidad de vida. Es decir, la inclusión a un programa de diálisis materializa una enfermedad crónica que impacta como percepción negativa en quien lo requiere, e implica modificación en la función física, procedimientos relacionados con percepción dolorosa, disminución en la vitalidad, cambio en el desempeño de roles físicos y emocionales por lo que se puede traducir como un evento que trasciende la salud física y emocional, altera la función social e impacta considerablemente en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El paciente con diagnóstico de ERCT utiliza diferentes estilos de afrontamiento ante la propia enfermedad como resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, reestructuración cognitiva, evitación de problemas, apoyo social y retirada social.

Está demostrado que la CVRS menor se asocia con mayor mortalidad, por lo que las guías KDOQI recomiendan el monitoreo periódico de estos parámetros ^[4]. Múltiples estudios hacen referencia al tema en pacientes que utilizan terapias sustitutivas de la función renal ^[5].

El objetivo de esta investigación es caracterizar la relación entre los estilos de afrontamiento y la CVRS en pacientes tratados con diálisis peritoneal.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se asocian el estilo de afrontamiento y la CVRS en pacientes incidentes tratados con diálisis peritoneal?

1.3 HIPÓTESIS

Hipótesis alterna

El estilo de afrontamiento activo se asocia con una mejor CVRS en pacientes incidentes tratados con diálisis peritoneal.

Hipótesis nula

El estilo de afrontamiento activo no se asocia con una mejor CVRS en pacientes incidentes tratados con diálisis peritoneal.

1.4 OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar la asociación del estilo de afrontamiento (EA) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes incidentes tratados con diálisis peritoneal (DP).

Objetivos específicos:

- Evaluar la CVRS en pacientes incidentes del programa de diálisis peritoneal a través del instrumento KDQOL SF 36™.
- A través del Instrumento CSI, evaluar el estilo de afrontamiento empleado por los pacientes incidentes ante la noticia de requerir diálisis peritoneal.
- Describir las características de los estilos de afrontamiento y CVRS.
- Conocer si existen diferencias en CVRS y los estilos de afrontamiento respecto a las variables sociodemográficas de los pacientes incidentes del programa de diálisis peritoneal.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Tan sólo en el 2013, según datos del segundo nivel de atención de un prestador de seguridad social (IMSS), había 56,430 pacientes son usuarios de programas de diálisis en las 35 delegaciones de dicho sistema. El 60% de esta población recibía diálisis peritoneal.^[6]

Los usuarios de servicios de salud nefrológicos, serían beneficiados al identificar los estilos de afrontamiento y su relación con la CVRS, pues estas estrategias integran elementos que pueden ser modificados mediante intervenciones orientadas a brindar terapia integral.

Se espera que la información obtenida sirva para identificar la relación entre CVRS, estilo de afrontamiento y variables sociodemográficas en una muestra de población mexicana.

Los pacientes con trasplante renal tienen mejor calidad de vida que los tratados con diálisis. Los valores de CVRS de los pacientes trasplantados son similares a los de la población general^[7]. Sin embargo, aún no es posible satisfacer la demanda de trasplante en México, ya que según cifras oficiales, hay una lista de espera de 12,494 personas, con un total de 2.770 trasplantes realizados en el 2015 ^[8] y tan sólo 592 durante el primer trimestre del 2016.^[9] Estas cifras contrastan con una expectativa de incremento en la incidencia de la ERCT para el año 2025. También se espera un aumento en la población prevalente, especialmente en los estados con mayor marginación del país. ^[10]

Existen aspectos psicológicos que influyen negativamente en la CVRS de los pacientes en terapia dialítica (Montilla, 2012). Entre ellos, el estilo de afrontamiento con rasgos de pasividad, que lleva al individuo a un estado de susceptibilidad y desesperanza.^[11]

La implicación práctica del estudio, como parte de la línea de investigación orientada a mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos, será la obtención de conocimientos en un grupo de pacientes de diálisis peritoneal, que ayuden a mejorar los protocolos de atención.

1.6 ANTECEDENTES

El detrimento de la CVRS es un fenómeno destacable en los padecimientos crónicos, por lo cual ha sido estudiado en pacientes con cáncer ^[12], enfermedad renal crónica y otras enfermedades. Diversos autores han analizado la calidad de vida en pacientes de diálisis, mientras algunos la han valorado como elemento único, otros la han relacionado con factores como los estilos de afrontamiento.

Un ejemplo de esto es el trabajo de Valencia-Calleja (2005) en el que después de las evaluaciones realizadas en personas sometidas a diálisis peritoneal, identificó que pacientes mexicanos del área metropolitana tenían una mala percepción de la CVRS. En dicho trabajo, no hubo asociación de las variables sociodemográficas y la mala percepción de la CVRS. ^[13]

En el trabajo de Pedregal-Vega, se evaluó CVRS con KDQOL-SF de 80 reactivos en pacientes sometidos a diálisis peritoneal por más de tres meses. La mayoría tenía mala calidad de vida. Además, se puntualizó la relevancia de utilizar un instrumento de carácter específico que permitiera evaluar efectos propios de la enfermedad renal como, limitación en la ingesta de líquidos y dependencia del equipo de salud, entre otros. ^[14]

Elementos como los anteriores deben ser retomados pues los pacientes usuarios de terapia dialítica expresan factores identificables en la cotidianeidad clínica pero con limitada mención en la literatura. Un ejemplo de estos es el prurito, como se valoró en el trabajo de Weiss, Mettang, Tschulena y Weisshaar. Se valoró la CVRS en pacientes tratados con hemodiálisis que padecían prurito crónico. También se consideraron calidad de sueño, dolor y factores psicológicos como la ansiedad. La mala calidad de sueño, el dolor y la ansiedad contribuían al deterioro de la CVRS. Independientemente de que el grupo de estudio fueron pacientes en hemodiálisis, los síntomas descritos no son exclusivos a esta terapia y pueden indentificarse en quienes utilizan diálisis peritoneal. ^[15]

Sin embargo, no todos los moduladores de la CVRS son físicos pues Isidro-Cano documentó su asociación con el apoyo familiar y mecanismos de afrontamiento en pacientes tratados con diálisis peritoneal. La mayoría contaba con el apoyo de las personas con quienes convivía. Destacaron los estilos de afrontamiento de

resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional y pensamiento desiderativo. [16]

Es necesario indagar sobre factores extrínsecos al individuo que pudieran tener efectos en la CVRS y que no han sido estudiados en pacientes con enfermedades crónicas. Por ejemplo, quienes residen o deben acudir a zonas metropolitanas con elevado parque vehicular, constantemente se enfrentan a embotellamientos y prolongados tiempos de traslado. En el estudio de Dravta, Zemp, Felber, Bridevaux y Schindler, se analizó el impacto que tiene el ruido proveniente del tráfico en la CVRS de participantes sanos. Los resultados demostraron una asociación negativa con la molestia derivada del ruido. [17]

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

2.1 Panorama epidemiológico de la enfermedad renal en México

México es un país en donde el envejecimiento de la población y un patrón de vida no saludable se han conjugado para aumentar la incidencia de enfermedades crónico degenerativas. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, informó los resultados de 46,303 adultos representativos de 69, 889, 616 personas a lo largo del territorio nacional. La proporción de participantes con diagnóstico previo de diabetes e hipertensión fue de 9.2% y 16.6% respectivamente. Estas cifras requieren de atención pues constituyen la primera causa de ERC en nuestra población. [18]

La guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal, incluye a hombres y mujeres mayores de dieciocho años como población blanco para lograr detección oportuna y retraso en la progresión de la ERC y de esta forma, disminuir la incidencia en grupos de alto riesgo. [19]

2.2 Descripción clínica de la enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica puede definirse como la disminución de la filtración glomerular por debajo de $60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$, con persistencia mayor a 3 meses, acompañada o no por alteraciones histológicas, del sedimento urinario y presencia de marcadores de daño renal. [20]

La *Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión* ante la necesidad de programas epidemiológicos y estadísticos promovió la creación del *Registro latinoamericano de diálisis y trasplante renal*. Una debilidad de este proyecto es el carácter voluntario del reporte realizado por los países integrantes. El reporte del año 2012 señala que de ser correcta la extrapolación realizada, el número de pacientes usuarios de terapia de reemplazo renal correspondía a un tercio del total de pacientes en América Latina. La información proveniente de México pertenecía a Morelos y Jalisco únicamente. [21] Situaciones como la anterior denotan falta de registros epidemiológicos sobre ERC en México.

En un estudio diseñado para determinar la prevalencia de ERC en la ciudad de Morelia, Michoacán, participaron 3,564 sujetos a quienes se midió glucosa, nitrógeno ureico y creatinina. Mediante la fórmula de Cockcroft-Gault se calculó la tasa de filtración glomerular (TFG) y este resultado se clasificó de acuerdo con las guías de práctica K/DOQI. La prevalencia de TFG <15 mL/min fue de 1,142 por millón de habitantes (pmh) y la de TFG <60mL/min de 80,788 pmh [22].

La elección de una modalidad depende de diversos factores que deben ser valorados por el personal de salud para promover la toma de una decisión compartida entre los profesionales responsables, los familiares y principalmente, el paciente. Ejemplo de ello es la narración de Jonathan Hope acerca de las barreras percibidas sobre la diálisis domiciliaria. Los pacientes desconocen aspectos relevantes del tratamiento, desean mayor apoyo ante el desarrollo de comorbilidades como es el caso de la anemia, alteración del patrón del sueño o del prurito. Les inquieta constantemente la adaptación del tratamiento a su estilo de vida como es caso de quienes son laboralmente o escolarmente activos. El miedo y las constantes dudas, reflejan falla en la toma de decisiones que involucren al usuario en terapia dialítica. [23]

La guía de referencia señala que se debe considerar el inicio de la diálisis al aparecer uno o más de las siguientes características: sintomatología asociada a la insuficiencia renal, desequilibrio hídrico, deterioro nutricional refractario a dietoterapia o deterioro cognitivo. Estos requisitos para considerar el ingreso a la terapia de sustitución difieren de los criterios para iniciar la diálisis en forma urgente: síndrome urémico grave, sobrecarga de volumen que no responde a diuréticos, hiperkalemia no controlada por la terapéutica, acidosis metabólica grave, episodio de sangrado masivo y de difícil control relacionado con la uremia, pericarditis urémica y taponamiento cardiaco. [24]

Las modalidades terapéuticas se diversifican con la finalidad de ofrecer una terapia personalizada para el paciente en diálisis. Para el caso de la diálisis peritoneal, el tratamiento se basa en la introducción de solución dializante a través de un catéter hasta la cavidad peritoneal.

Algunas modalidades terapéuticas, como la hemodiálisis, se han orientado a brindar una terapia fisiológica y con mayor independencia del paciente al tratamiento. Por ejemplo, la experiencia de diálisis domiciliaria diaria en Tassin reportada por Charra y su equipo de trabajo, indica que una hemodiálisis de larga duración permite resultados favorecedores para el paciente al controlar la morbimortalidad de origen vascular. Este resultado fue logrado mediante el control de la hipertensión (sin utilizar antihipertensivos) y de los episodios de hipotensión durante la diálisis. Estos resultados tan valorados se han atribuido al mantenimiento de volumen extracelular mediante sesiones con mayor duración y frecuencia con la posibilidad de realizarse durante el día o la noche. [25] Sin embargo, la realidad mexicana no contempla esta opción de terapia para los pacientes pues el tratamiento se dirige a diálisis peritoneal o hemodiálisis convencional. Un ejemplo destacable en México sobre la importancia de contemplar la CVRS, es el trabajo de Paniagua, Amato, Vonesh, Guo y Mujais (2005) en donde los resultados obtenidos mostraron valor predictivo entre mejores puntuaciones de la CVRS y la sobrevida de los pacientes. [26]

2.3 Impacto del tratamiento dialítico en el individuo

La literatura menciona que el primer contacto entre el paciente y la diálisis, es estresante para el paciente y puede causarle desde temor hasta repercusiones físicas, por lo que es menester favorecer su adaptación al nuevo estilo de vida. [27]

La comisión de ISPD para la práctica adecuada de la diálisis peritoneal identifica que un Kt/V menor a 1.7 se asocia con mayor necesidad de eritropoyetina y menor supervivencia del paciente. [28] La selección de una modalidad sobre otra no se debe a superioridad genérica, sino a la cualidad de ser la que otorgue mayores beneficios al paciente. No se trata de menospreciar una modalidad frente a otra por suponer inefectividad, sino de seleccionar la opción dialítica adecuada para el paciente según sus características y necesidades.

2.4 Calidad de vida relacionada con salud

El concepto de calidad de vida es una consecuencia de cambios políticos y económicos del siglo XX. Tanto así, que se designó, uno de los efectos de la gran depresión de los años 30 y la segunda guerra mundial. [29] Es necesario destacar, que el concepto de calidad de vida en sus inicios se consideraba como la capacidad de consumir y acumular bienes, equivalía un ideal económico-social y componente de bienestar poblacional resguardado por el Estado. Con el paso del tiempo este concepto se adaptó a diversas disciplinas y con ello se aplicó a conceptos no materiales sobrepasando el keynesianismo y aproximándose a modelos como el propuesto por Erik Allardt en donde la calidad de vida se integra por la capacidad de amar, tener y ser. Para Allardt, estas características fungían como elemento ilustrativo de *“las principales condiciones necesarias para el desarrollo y existencia humana”*. [30]

La utilización del concepto “calidad de vida” entre los fundamentos de disciplina de las ciencias de la salud, donde amar equivale a la posibilidad de relacionarse y cumplir con la necesidad gregaria del ser humano, el tener corresponde con la accesibilidad de los servicios para la protección de la salud y el ser resulta de la integración de la persona dentro del entorno mediante determinadas actividades que le confieren un rol personalizado.

Sin embargo, el concepto calidad de vida citado con anterioridad, no es exclusivo de alguna disciplina en particular. Es un término general aplicable en diferentes enfoques de la persona, lo que difiere con el concepto CVRS ya que el segundo constructo se utiliza específicamente para que el paciente evalúe su propio estado de salud a través del impacto generado por enfermedades e intervenciones del tratamiento médico. Para relacionar a la CVRS con la calidad de vida general, es posible identificarla como el efecto que tiene determinada enfermedad en la calidad de vida. Es necesario destacar que existe diferencia entre ambos conceptos para no incurrir en el uso intercambiable entre los dos términos.

2.5 Inclusión de CVRS en la atención sanitaria

Urzúa define la CVRS, como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud. [31]

La integración de este concepto al área de la salud se debe a la inquietud de los profesionales pertenecientes a esta rama por conocer los efectos de la enfermedad en el individuo mediante su influencia en la percepción de salud general, este fenómeno es tan evidente que a partir de cada enfermedad, especialmente de tipo crónico, se incluyen elementos significativos para cada una. A pesar de no existir un consenso para definir a la CVRS, existen instrumentos para evaluarla en pacientes con enfermedad renal crónica (KDQOL SF 36™), en pacientes con cáncer (escala ECOG), en pacientes seropositivos (MQOL-HIV), entre una extensa lista de instrumentos útiles para evaluarla de acuerdo con la afección clasificada por alteraciones en diversos aparatos y sistemas del cuerpo humano.

No es sencillo aproximarse a la inclusión y evolución del concepto de CVRS pues no existe unificación de criterios por quienes han abordado el tema pero existen momentos históricos clave para su desarrollo. Uno de ellos ocurre en 1945 cuando surge la definición por parte de la Organización Mundial de la Salud sobre el concepto de salud, dando inicio a indagación por diversos grupos para comprender las consecuencias que tiene la enfermedad en el bienestar y función física. Otro momento relevante en la evolución de este concepto es la década de los años 80, pues el contexto epidemiológico fue modificado a partir del incremento en la esperanza de vida y mayor incidencia en casos de enfermedades crónicas. Las nuevas y crecientes demandas poblacionales en materia de salud rigieron el estudio de estado funcional, funcionamiento psicológico, funcionamiento social y sintomatología asociada al problema de salud-tratamiento. [32]

2.6 CVRS en el paciente de diálisis

Toda enfermedad de tipo crónico modifica la dinámica personal de los pacientes. Aún cuando un excelente manejo terapéutico puede reducir la sintomatología o efectos secundarios del tratamiento, el simple hecho de requerir la incorporación de un régimen farmacológico o conductual a la vida diaria del paciente, implica un cambio al patrón de actividades previo al inicio de la terapia. Al ejemplo anterior hay que aterrizarlo en contexto mexicano, donde no se ha logrado el acceso a un servicio de salud integral para quienes viven con padecimientos crónicos.

Debido a la naturaleza de la enfermedad renal crónica, es indispensable realizar un abordaje multidisciplinario para asegurar la supervivencia del paciente y la calidad de vida. Nos encontramos en un momento histórico en el que no es posible subsanar las brechas terapéuticas propias de décadas anteriores, pero sí es factible promover un enfoque progresista que asegure las mejores condiciones de supervivencia del paciente. La conciencia sobre el derecho a una vida no mermada por la enfermedad es una reflexión realmente antigua, pues el mismo Séneca definió que *“El mero vivir no es un bien, sino el vivir bien y morir bien, pues significan escapar del peligro de vivir enfermo”*.^[33] Entre el equipo interprofesional existe un integrante que siempre debe ser considerado: el paciente, pues finalmente es quien experimenta en carne propia la enfermedad y se enfrenta a sus efectos colaterales, razón por la cual es necesario medir la calidad de vida relacionada con salud en pacientes con padecimientos crónicos, como es el caso de quienes viven con enfermedad renal crónica.

Se ha resaltado la importancia y utilidad de medir la CVRS, ya que permite evaluar la calidad de los cuidados, apoya la evaluación sobre la eficacia de los tratamientos sustitutivos y farmacológicos para pacientes con IRCT, apoya el seguimiento individual de cada paciente y tiene valor predictivo en cuanto a morbimortalidad.^[34]

Quienes requieren de terapia dialítica experimentan la sintomatología adversa de la insuficiencia renal crónica, la dependencia del sistema sanitario, y requieren mayores gastos para suplir algún requerimiento secundario a la enfermedad, entre otros elementos que se agregan las adversidades preexistentes y propias de

cualquier persona. La calidad de vida es medida en mejores escalas por parte de quienes a pesar de padecer insuficiencia renal y ser usuarios de terapia dialítica, tienen mayor adaptación a la ansiedad o dificultades, cuentan con mayor apoyo familiar y tienen menor tendencia al *acting out* por lo que en su propuesta de intervención figura el objetivo de orientar al paciente y a su familia para el afrontamiento y asimilación de los cambios que origina la enfermedad renal crónica, así como la orientación sobre las características de la diálisis.^[35]

2.7 Afrontamiento

El estrés y estilos de afrontamiento son conceptos mejor comprendidos cuando se asocian mutuamente, al menos para los fines propuestos en este trabajo. Para referirse al estrés es posible definirlo como un desequilibrio resultante ante la incapacidad de cumplir con una demanda y el afrontamiento se refiere a los esfuerzos cognoscitivos-conductuales desarrollados para cumplir con una demanda que excede los recursos del individuo. Los conceptos anteriores fueron abordados y relacionados por Susan Folkman y Richard S. Lazarus en 1986.^[36]

En la literatura se mencionan clasificaciones para los estresores, una de ellas es la propuesta por Lazarus y Cohen (1977) en donde existen tres clases. La primera categoría es compuesta por cambios mayores, es decir, cambios significativos que afectan a un grupo numeroso de personas como los desastres naturales. La segunda clase se refiere a cambios mayores pero con lugar en un solo individuo, lo que podría ejemplificarse claramente con el caso de las enfermedades. El último escalafón incluye a los problemas cotidianos y repetitivos que tienen lugar en la vida de toda persona.^[37]

2.8 Modelo Transaccional de Lazarus/Folkman

Básicamente, el modelo transaccional de Lazarus y Folkman destaca que la respuesta ante un estresor proviene de dos componentes. El primero es la evaluación que realiza el individuo acerca del estímulo, y el segundo, se relaciona con el tipo de estrategia utilizada para afrontar al estímulo.

De hecho, este modelo es uno de los más aceptados y reconocidos para esquematizar al estrés y procesos de afrontamiento ante enfermedades como el cáncer componente crónico y significativo para quien lo padece.

En la teoría de estrés y afrontamiento figuran la evaluación cognitiva, el afrontamiento y los resultados del encuentro. De hecho, en un trabajo realizado por Lazarus, Folkman y colaboradores (1986) retomaron estos elementos para relacionarlos con diversos estilos.

La publicación inicia justamente con el modelo transaccional, describiendo que la evaluación cognitiva consiste en el análisis hecho por la persona para determinar si el estresor es relevante para su bienestar. Esta acción se divide en dos fases:

- Primaria: La persona evalúa si el estresor pone su vida en riesgo.
- Secundaria: Analiza mecanismos para prevenir daño, es decir, los estilos de afrontamiento.

Acerca de los estilos de afrontamiento, los autores definen que son aquellos esfuerzos cognitivo-conductuales para manejar demandas internas o externas que se perciben mayores a los recursos de la persona (independientemente a que se obtenga un resultado exitoso o no) y que consta de características propias:

- Proceso orientado: Se encuentra centrado en lo que la persona hace o piensa.
- Contextual: Es influenciado por la demanda actual y los recursos para manejar dicha demanda.
- Comprende: función para regular emociones estresantes (afrontamiento centrado en emociones) o cambiar el elemento causante de distress (afrontamiento centrado en problemas).

Todo lo anterior es seguido por un resultado inmediato realizado por el mismo individuo al determinar si fue exitoso o no ante el estímulo estresor y llevarlo a la adaptación.

Para el estudio mencionado el grupo identificó diversos estilos:

- Confrontativo: Se caracteriza por rasgos agresivos, arriesgados o de hostilidad.
- Distanciamiento: Ocurre ante el desapego.
- Autocontrol: Se enfoca a regular los sentimientos.
- Búsqueda de apoyo: Solicita información de apoyo.
- Aceptación de la responsabilidad: El individuo reconoce su rol en el problema.
- Evitación: Se compone de pensamientos y conductas de escape.

- Resolución de problemas: Se busca alterar la situación.
- Reevaluación positiva: Es individuo busca el sentido positivo.

Los resultados obtenidos a partir del trabajo con 85 parejas casadas, mostraron relación entre resultados catalogados como insatisfactorios por los participantes y estilos de afrontamiento confrontativas, al contrario de la identificación de resultados satisfactorios por parte de quienes se orientaron a la resolución de problemas. ^[38]

La adaptación hecha por Cano acerca del instrumento de Tobin incluye a los ocho estilos de afrontamiento típicamente descritos dentro de sus ítems. Tal y como se enlista de la siguiente manera:

- Resolución de problemas (REP) [Ítems 1, 9, 17, 25, 33]
- Autocrítica (AUT) [Ítems 2, 10, 18, 26, 34]
- Expresión emocional (EEM) [Ítems 3, 11, 19, 27, 35]
- Pensamiento desiderativo (PSD) [Ítems 4, 12, 20, 28, 36]
- Apoyo social (APS) [Ítems 5, 13, 21, 29, 37]
- Reestructuración cognitiva (REC) [Ítems 6, 14, 22, 30, 38]
- Evitación de problemas (EVP) [Ítems 7, 15, 23, 31, 29]
- Retirada social (RES) [Ítems 8, 16, 24, 21, 40]

Esta tendencia quedará determinada por la elección que haga el participante entre las opciones de respuesta en el instrumento, con lo que se podrá identificar un patrón respecto a estilos de afrontamiento determinados para una persona pero diferentes entre los participantes de un grupo.

Un ejemplo sobre literatura actual en materia de estilos de afrontamiento, es el artículo “Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento” publicado por Jiménez-Torres y sus colaboradores (2012) pues esta fuente menciona el método para identificar estilos

de afrontamiento de segundo y tercer orden^[39]. Se describe brevemente a continuación:

- Segundo orden:
 - Estilo de afrontamiento activo centrado en el problema (EAACP)
 - Estilo de afrontamiento activo centrado en la emoción (EAACE)
 - Estilo de afrontamiento pasivo centrado en el problema (EAPCP)
 - Estilo de afrontamiento pasivo centrado en la emoción (EAPCE)

El segundo orden se identifica a partir de la agrupación entre los estilos de primer orden.

El EAACP resulta de la suma entre REP y REC, EAACE se integra al conjugar de la misma forma a EEM y APS.

Los estilos pasivos EAPCP, EAPCE se modulan a partir de la suma entre EVP más PSD y RES con AUT, respectivamente.

- Tercer orden:
 - Estilo afrontamiento activo (EA activo)
 - Estilo de afrontamiento pasivo (EA pasivo)

El tercer orden se determina por las sumas entre los estilos centrados en el problema o en la emoción en su forma activa o pasiva. Por ejemplo:

EA activo se obtiene al sumar EAACP y EAACE.

Los autores retomaron el instrumento elaborado por Tobin para evaluar el estilo de afrontamiento.

El modelo anterior es sensible de aplicarse en la enfermedad renal crónica, ya que puede activarse desde el diagnóstico o en la inclusión del régimen terapéutico.

En el área de Enfermería, podría ser aplicable el Modelo descrito por Neuman. La autora retomó diversas teorías de diversos exponentes (Werthheimer, Seyle,

Kaplan, Marx, De Chardin y Von Bertalanffy) para concretar un modelo en el que describe a la persona como un sistema con el que luego de la interacción de factores estresantes, es posible alcanzar la estabilidad o la enfermedad.

Este proceso ocurre en tres fases. La primera consiste en la alarma y movilización del afrontamiento para encarar la amenaza. La segunda fase consiste en una resistencia ante el estímulo persistente. Finalmente, la última fase se refiere al agotamiento, es decir que persistió un estímulo debilitador del sistema. ^[40]

2.9 Afrontamiento específico

Diversos autores al plasmar resultados de investigación en el campo de conocimiento del afrontamiento, incluyendo a sus principales exponentes, han identificado a este proceso como un fenómeno cambiante de acuerdo con el contexto en el que se encuentra el individuo. Pudiendo incluso, activarse de forma distinta en la misma persona pero en situaciones variadas. Pruebas de ello son los numerosos trabajos que han incluido a esta declaración entre sus conclusiones. Las cuales datan desde los antecedentes en la línea de investigación de Lazarus, Folkman y colaboradores en donde se identificó esta modificación en un extenso grupo de jóvenes universitarios.

Los hallazgos más representativos fueron las respuestas cambiantes por parte de los sujetos a un mismo estímulo en diversos momentos históricos. Es decir, se identificó que la esencia del estrés, afrontamiento y adaptación es el cambio. ^[41] Los autores evaluaron la emoción y el estilo de afrontamiento anticipadamente a la realización del examen y a la publicación de calificaciones obtenidas. Los resultados evidenciados fueron enriquecedores para el campo de conocimiento pues existieron diferencias significativas en el estilo de afrontamiento a lo largo de las tres etapas.

Existe evidencia sobre resultados que avalan la utilización de los instrumentos ampliamente difundido para identificar estilo de afrontamiento empleado en un contexto específico, ya sea desde el enfoque penitenciario, hasta la posibilidad de usarse ante la necesidad de un tratamiento médico. Es verdad que ambas situaciones son entidades diferentes pero convergen en la característica de ser eventos altamente estresantes, incluso al grado de llegar a ser traumáticos. ^[42]

Un rasgo importante de las enfermedades crónicas, es su carácter permanente. Por lo que la literatura cuenta con el registro del impactante significado de un tratamiento clínico a largo plazo, e incluso, del hecho de recibir un diagnóstico en el que la salud e integridad física se ven amenazadas. Este hecho ha sido documentado al analizar síndrome de estrés posttraumático en pacientes con cáncer de mama, ^[43] estilo de afrontamiento posterior al diagnóstico de cáncer de

mama^[44]. Incluso se ha registrado el estilo de afrontamiento empleado por familiares de pacientes. Como es el caso de los padres de pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas.^[45] Los estudios previamente citados para ejemplificar el estrés y afrontamiento relacionados con diagnósticos médicos trascendentes, concluyeron que el afrontamiento-autoeficacia modera el distrés, determinaron el valor predictivo del afrontamiento acerca la salud mental, enfatizaron el efecto trascendente de las enfermedades crónicas y su alcance a otros miembros del núcleo familiar, respectivamente.

Otras publicaciones han resaltado la necesidad de estudiar el origen de los estresores que enfrentan los pacientes con enfermedad renal, ya sea que se encuentren o no en terapia de sustitución. Pues estudios previos han demostrado que un sector significativo refiere estresores mayormente relacionados con la propia salud.^[46]

Aunado a esto, los mismos autores pioneros en el desarrollo de estas teorías avalan en la descripción de sus manuales la posibilidad de centrar el instrumento en eventos específicos. Este precedente debe ser considerado pues Lazarus, Folkman y Tobin han sido pioneros en esta área del conocimiento ya sea para el desarrollo de teorías como para la creación de instrumentos.^{[47][48]}

Si en el caso de otros padecimientos, se han retomado los calificativos “devastador”, “amenazante” y “atemorizante”, dado su historia natural y justo ese inicio y desenlace ha justificado su estudio en enfermedades crónicas como el cáncer o las cardiopatías, bien merece retomarse en el caso de la enfermedad renal para comprender todos sus moduladores y procurar un mejor pronóstico para los pacientes.

Capítulo III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo, trasversal y prospectivo.

3.2 Población y muestra

3.2.1. Población

Pacientes incidentes en terapia de diálisis peritoneal.

3.2.2. Muestra

Muestreo no probabilístico en grupos homogéneos.

3.2.3. Criterios de inclusión

- Mujeres y hombres mayores de 18 años.
- Pacientes incidentes de diálisis peritoneal ambulatoria manual y automatizada con menos de tres meses en el programa.
- Pacientes que accedieron a participar en el estudio y lo hicieron constar mediante la firma de la carta de consentimiento informado.
- Pacientes que recibían insumos para realizar la diálisis en el domicilio en el momento del estudio.

3.2.4. Criterios de exclusión

- Pacientes prevalentes.
- Pacientes incidentes con peritonitis, infección del orificio de salida o catéter disfuncional.
- Pacientes hospitalizados.
- Pacientes con pérdida de la capacidad auditiva y visual de forma conjunta o compromiso neurológico en quienes no fue posible realizar entrevista para la resolución de los ítems.

- Pacientes en diálisis intermitente.

3.2.5. Criterios de eliminación

- Pacientes que eligieron más de una opción de respuesta en los ítems de los instrumentos.
- Pacientes que no completaron la resolución de los instrumentos.

3.3. Escenario

El proyecto se llevó a cabo en cuatro centros de diálisis, ubicados en la ciudad de México, pertenecientes a dos instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

3.4. Instrumentos

Los instrumentos utilizados y la ficha de caracterización sociodemográfica cuentan con las siguientes características:

KDQOL SF 36™: Estudios previos han analizado la validez y la confiabilidad del instrumento, obteniendo un alpha de cronbach mayor a 0.8 por lo que esta última puede definirse como aceptable. Al analizarse la validez, en trabajos anteriores, se ha concluido que el instrumento es una herramienta válida para identificar nivel de CVRS. ^[49] Además, se realizó la adaptación transcultural con satisfactorios resultados en validez y confiabilidad en México. ^[50]

Coping strategies inventory (CSI): Respecto a la adaptación al español hecha por Cano y colaboradores, en reevaluaciones realizadas, no se han detectado ítems que arriesguen la confiabilidad del instrumento. Un estudio mexicano publicado por Nava (2010) mostró un alpha entre 0.7 y 0.86 y acerca de la validez se obtuvo que el instrumento mostraba ocho factores y coincidencia de los ítems respecto a cada factor.^[51]

Ficha de caracterización sociodemográfica: Se integró una ficha de caracterización sociodemográfica que contiene: edad, tiempo de traslado a la institución y tiempo de inicio en diálisis peritoneal agrupados en intervalos. También se registró sexo del paciente, acceso a servicios básicos dentro de la vivienda, presencia de pareja sentimental, nivel de escolaridad, realización de trabajo remunerado, ingreso percibido y la presencia de apoyo social.

3.5. Procedimiento y método

1.- Antes del inicio del estudio, el protocolo se capturó en la base de datos de la institución correspondiente para su revisión y aprobación por el comité de investigación.

2.- Antes de aplicar los instrumentos, se efectuaron pruebas piloto con pacientes usuarios de diálisis peritoneal (mismos criterios de inclusión y exclusión) mediante la aplicación de cédulas, luego de solicitar su participación y pertinente solicitud del consentimiento informado (anexo 1).

3.- El abordaje de los pacientes tuvo lugar en el área de consulta externa de nefrología, enfermería, nutrición y trabajo social, antes o después de la sesión del programa de capacitación. También se abordó a los pacientes que, cumpliendo con los criterios establecidos, acudían espontáneamente y sin cita previa debido a alguna falla en el sistema de diálisis. Toda resolución de instrumentos por parte de los pacientes sucedió después de la entrega del consentimiento informado.

4.- Los pacientes fueron asesorados y apoyados en el llenado de los instrumentos (anexo 2 y 3)

5.- Se analizaron los instrumentos para descartar aquellos que se encontraban incompletos o con más de una respuesta para cada opción.

6.- Se elaboraron bases de datos (SPSS) para el vaciado de resultados y análisis estadístico.

7.- Se procedió al análisis de resultados con la posterior elaboración de discusión y conclusiones del estudio.

8.- Se conjuntó la información obtenida en el reporte escrito de la investigación.

9. Se entregó a las autoridades correspondientes de cada unidad un ejemplar con los resultados obtenidos.

10. Se realizaron los trámites pertinentes para la defensoría oral y obtención del grado.

11. Se estructuraron los resultados para su publicación y envío a publicación.

3.6. Análisis estadístico

Se calcularon medidas de tendencia central para identificar la mediana y moda de los resultados obtenidos. Respecto al estilo de afrontamiento y variables sociodemográficas, también se utilizaron medidas de tendencia central para identificar frecuencias y valores promedio en los resultados.

Se utilizó la prueba U de Mann Whitney para evaluar diferencias en la calificación de la CVRS (variable ordinal) entre los diferentes estilos de afrontamiento (variable nominal). Se empleó la prueba ji-cuadrada para identificar diferencias en la distribución de atributos entre los diferentes grupos. Cuando se requirió comparación entre más de dos grupos se empleó Kruskal-Wallis.

3.7. Consideraciones éticas

El presente estudio no implicó manipulación de variables gracias a su diseño, ni requirió aplicación de procedimientos invasivos a los pacientes para lograr la evaluación de estilo de afrontamiento y CVRS.

Tal y como se determinó en la declaración de Helsinki, el bienestar de los participantes tuvo primacía por lo que las etapas implicadas para recabar datos útiles al estudio no se atentó contra la integridad física, ni contra la privacidad de los sujetos. La información otorgada fue protegida y procesada con carácter estrictamente confidencial.

Se solicitó consentimiento informado a toda persona involucrada en la resolución de instrumentos.

La autora del estudio, así como sus asesores niegan conflictos de interés en el desarrollo del presente trabajo.

3.8. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Indicador
CVRS	Es la definición de "salud" desde la perspectiva de los pacientes. ^[31]	Instrumento KDQOL de 36 ítems que permite evaluar las repuestas de CVRS de acuerdo a las dimensiones de: función física, limitaciones de rol causadas por problemas físicos, dolor, estado general de salud, energía/fatiga, bienestar emocional, limitaciones de rol causada por problemas emocionales, función social, síntomas, efectos de la enfermedad renal, barrera de la enfermedad, situación laboral, función cognitiva, calidad de interacción social, función sexual, sueño, apoyo social, apoyo del personal de diálisis y satisfacción del paciente.	Ordinal	Contiene 32 ítems. En escala likert y cuatro de tipo dicotómico. Se evalúa como buena o mala CVRS. 1= buena 2= mala
Estilo de afrontamiento	Esfuerzos cognitivos y conductuales que emplea una persona para hacer frente a situaciones estresantes. ^[42]	Inventario de estrategias de afrontamiento (adaptación al español por Cano y cols) conformado por 40 ítems que permiten identificar en el paciente: (Primer orden) <ul style="list-style-type: none"> • Autocrítica • Expresión emocional • Apoyo social • Pensamiento desiderativo • Retirada social • Reestructuración cognitiva • Resolución de problemas • Evitación de problemas (Segundo orden) <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de afrontamiento activo centrado en el problema. 	Nominal	Instrumento tipo likert. Se evalúa el estilo de afrontamiento predominante en adecuado e inadecuado. 1=estilo de afrontamiento activo. 2=estilo de afrontamiento pasivo.

		<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de afrontamiento activo centrado en la emoción. • Estilo de afrontamiento pasivo centrado en el problema. • Estilo de afrontamiento pasivo centrado en la emoción. (Tercer orden) <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de afrontamiento activo • Estilo de afrontamiento pasivo 		
Tiempo de ingreso a diálisis	Época durante la cual vive alguien o sucede algo.	Tres primeros meses transcurridos desde el ingreso al programa de diálisis peritoneal. (ficha de caracterización socio-demográfica) 1 mes 2 meses 3 meses	Intervalar	1=1 mes 2= 2 meses 3= 3 meses

Edad	Tiempo que ha vivido una persona. Desde su nacimiento	Tiempo de vida del paciente expresado en años. Dividido en rangos por grupos etáreos: 18-40 años 41-64 años 65 años en adelante (Ficha de caracterización socio-demográfica)	Intervalar	1= 18-40 años. 2= entre 41 y 64 años. 3= más de 65 años.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de las personas.	Identificación de pacientes como mujeres u hombres. Relacionado con estilo de afrontamiento. (Ficha de caracterización socio-demográfica)	Nominal	1= mujer 2= hombre
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Afirmación o negación sobre contar con nivel de estudios igual o mayor a nivel secundaria (Ficha de caracterización socio-demográfica)	Ordinal	1= igual/mayor a secundaria 2= menor a secundaria
Trabajo asalariado	Trabajo, empleo, oficio.	Referencia de los pacientes sobre la actividad laboral o social desempeñada. (con requisito de percepción activa monetaria para ser considerada ocupación). (Ficha socio-demográfica).	Nominal	1= sí 2= no
Nivel de ingresos	Nivel de percepción monetaria.	Afirmación o negación sobre contar con ingresos mayores al salario mínimo actual. (2264.24)	Ordinal	1= igual/mayor a 2,264.24 pesos al mes.

		(Ficha de caracterización socio-demográfica).		2= menor a 2,264.24 pesos al mes.
Acceso a servicios básicos	Condiciones físicas y sociales dentro de la vivienda que permiten llevar a cabo diferentes actividades de los integrantes del hogar. [43]	Afirmación o negación sobre el acceso a energía eléctrica, gas, agua potable, drenaje. (Ficha de caracterización socio-demográfica).	Nominal	1= sí 2= no
Tiempo de traslado a la unidad médica	Tiempo invertido para acceder al centro destinado para realización de diálisis, consultas de seguimiento, surtido de prescripciones o medicamentos.	Tiempo invertido para acceder al centro en donde el paciente recibe atención médica. Dividido en intervalos de horas: <1 hora 1-2 horas >2 horas (Ficha de caracterización socio-demográfica).	Ordinal	1= menos de una hora. 2= entre una y dos horas. 3= más de dos horas.
Relación de pareja	Conjunto de dos personas relacionadas entre sí por un vínculo emocional y social.	Afirmación o negación sobre la presencia actual de una pareja sentimental en la vida del paciente. (Ficha de caracterización socio-demográfica).	Nominal	1=sí 2= no
Apoyo Social	Protección o auxilio brindado hacia una persona con la finalidad de aminorar el efecto de una contingencia.	Afirmación o negación sobre contar con personas ajenas al núcleo familiar que proporcionen ayuda para la resolución de contratiempos. (Ficha de caracterización socio-demográfica).	Nominal	1= si 2=no

Capítulo IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Estadística Descriptiva

La población estudiada se integra por pacientes del sexo masculino (64%), entre los 41 y 64 años de edad (58%), dentro del primer mes de ingreso a DP (48%), con pareja sentimental al momento de la entrevista (73%), escolaridad mayor a secundaria (64%), sin trabajo asalariado (69%), con ingreso económico mensual mayor a \$2,264.24 (75%), acceso a servicios públicos dentro del hogar (93%); invierten entre una y dos horas para el traslado desde su domicilio hasta la unidad prestadora de servicios de salud (51%) y afirman contar con apoyo social (57%). Ver Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes estudiados

Variable	N
Sexo	
Femenino	36
Masculino	64
Grupos de edad	
18-40 años	6
41-64 años	58
Mayor o igual a 65 años	36
Tiempo de ingreso en PDP	
1 mes	48
2 meses	41
3 meses	11
Presencia de PS	
Sí	73
No	27
Nivel de escolaridad	
Menor a secundaria (NM)	64
Mayor o igual a secundaria (NM)	36
Situación laboral	
Activa	31
Inactiva	69
Nivel de IEM	
Mayor al salario mínimo	75
Menor o igual al salario mínimo	25
Acceso a SPB dentro del domicilio	
Con acceso a SPB	93
Sin acceso a SPB	7
Tiempo de traslado para recibir AS	
Menos de una hora	45
Entre 1 – 2 horas	51
Más de dos horas	4
Presencia de APP	
Sin ASP	57
Con ASP	43

Abreviaturas: PDP, programa de diálisis peritoneal; PS, pareja sentimental; NM, nivel medio; IEM, ingreso económico mensual; SPB, servicios públicos básicos; AS, atención sanitaria; APP, apoyo social percibido.

De acuerdo con los resultados de CVRS en las evaluaciones realizadas, la puntuación promedio obtenida dentro del rubro de sintomatología asociada con la enfermedad, fue de 79.92. La puntuación más alta fue de 100 con un valor mínimo de 47.91. El valor mínimo para medir los efectos de la enfermedad renal fue de 12.50 con un máximo de 100. Mientras que para carga de la enfermedad renal la calificación más baja fue de 0 con una máxima de 93.75. La evaluación más baja del componente físico fue de 16.50 con una máxima de 59.3. La calificación correspondiente para el componente mental fue de 19.06 la mínima con 64.6 la máxima. Todas las tendencias de puntuación dentro de las cinco dimensiones del KDQOL se describen en la tabla 2.

Tabla 2. Puntuaciones obtenidas en las cinco escalas de CVRS

Dimensiones CVRS	Puntuaciones
Lista de síntomas y problemas	
Puntaje mínimo	47.91
Mediana	83.33
Puntaje máximo	100
Efectos de la enfermedad renal	
Puntaje mínimo	12
Mediana	68.75
Puntaje máximo	100
Carga de la enfermedad renal	
Puntaje mínimo	0
Mediana	40.62
Puntaje máximo	93.75
Componente físico	
Puntaje mínimo	16.50
Mediana	41.77
Puntaje máximo	59.31
Componente mental	
Puntaje mínimo	19.06
Mediana	43.01
Puntaje máximo	64.63

Dentro del primer orden de estilo de afrontamiento la mayor tendencia de primer fue pensamiento desiderativo (36%) y la menor proporción se ubicó en evitación de problemas (1%). Para el segundo orden más pacientes se identificaron en el estilo de afrontamiento activo centrado en el problema (29%) y menos se ubicaron en el estilo de afrontamiento activo centrado en la emoción (15%). Acerca de tercer orden se enlistó a un sector mayor dentro del estilo de afrontamiento activo (63%). El resto de resultados se incluyen detalladamente, para consultarlos ver la tabla 3.

Tabla 3. Estilos de afrontamiento en sus tres órdenes

EA	Número de pacientes con determinado EA
Primer orden	
REP	30
AUT	21
EEM	5
PSD	36
APS	7
REC	12
EVP	1
RES	5
Segundo orden	
EAACP	49
EAACE	15
EAPCP	21
EAPCE	22
Tercer orden	
EA activo	63
EA pasivo	39

Abreviaturas: EA, estilo de afrontamiento; REP, resolución de problemas, AUT, autocrítica; EEM, expresión emocional, PSD, pensamiento desiderativo; APS, apoyo social; REC, reestructuración cognitiva; EVP, evitación de problemas; RES, retirada social, EAACP, estilo de afrontamiento activo centrado en el problema; EAACE, estilo de afrontamiento activo centrado en la emoción; EAPCP, estilo de afrontamiento pasivo centrado en el problema, EAPCE, estilo de afrontamiento pasivo centrado en la emoción.

Distribución de CVRS entre las categorías de variables sociodemográficas

Los pacientes de edad mayor o igual a los 65 años reportaron mejores puntuaciones en el rubro “efectos de la enfermedad renal”.

Tabla 4. Comparación de medias entre puntuación de CVRS de acuerdo con la edad

Edad	Lista de SP	Efectos de ER	Carga de ER	CF	CM
18-40 años	89.72	63.54	35.41	47.15	47.54
41-64 años	79.39	68.15	43.21	40.66	40.69
65 y más	14.46	75.66	40.10	41.84	43.84
<i>p</i>	.742	.126	.739	.272	.124

Abreviaturas: Lista de SP, lista de síntomas y problemas; efectos de ER, efectos de la enfermedad renal; carga de ER, carga de enfermedad renal; CF, componente físico; CM, componente mental.

Para los dominios “efectos de la enfermedad renal” y “componente físico” las mujeres obtuvieron mejores puntuaciones. Los hombres destacaron con mayor puntuación para los rubros “lista de síntomas y problemas”, “carga de la enfermedad renal” y “componente mental”.

Tabla 5. Comparación de medias entre puntuación de CVRS de acuerdo al sexo

Sexo	Lista de SP	Efectos de ER	Carga de ER	CF	CM
Masculino	78.64	72.68	39.75	42.33	39.77
Femenino	80.64	69.40	42.67	41.00	43.62
<i>p</i>	.708	.551	.485	.509	.145

La puntuación en “lista de síntomas y problemas” y “componente mental” fue mejor en el grupo con tres meses de ingreso a diferencia de las puntuaciones obtenidas en el dominio “carga de la enfermedad renal”, pues estos pacientes reportaron peores puntuaciones en comparación con el grupo de uno y dos meses de ingreso.

Tabla 6. Comparación de medias entre puntuación de CVRS de acuerdo con su tiempo de ingreso

Tiempo de ingreso	Lista de SP	Efectos de ER	Carga de ER	CF	CM
1 mes	77.82	68.14	42.05	39.86	90.41
2 meses	81.37	73.29	41.92	43.79	43.41
3 meses	83.71	71.14	38.63	39.93	45.85
<i>p</i>	.708	.551	.485	.509	.145

Al contrastar la CVRS de los pacientes con pareja sentimental de aquellos que niegan contar con una relación afectiva se identificó que este último grupo presentaba mejores puntuaciones en los rubros “efectos de la enfermedad renal”, “carga de la enfermedad renal” y “componente físico”. El grupo de pacientes que mantiene una relación sentimental obtuvo mejor evaluación de las dimensiones “lista de síntomas y problemas” y “componente mental”.

Tabla 7. Comparación de medias entre puntuación de CVRS en pacientes con o sin pareja

Relación sentimental	Lista de SP	Efectos de ER	Carga de ER	CF	CM
Con pareja	80.33	69.13	39.72	41.29	42.41
Sin pareja	78.80	74.50	46.75	41.97	41.75
<i>p</i>	.455	.406	.269	.584	.724

Los participantes con escolaridad mayor o igual a nivel secundaria obtuvieron mejores puntuaciones en los rubros “carga de la enfermedad renal” y “componente mental”. Sin embargo en el dominio “efectos de la enfermedad renal” el grupo sobresaliente se integró por los pacientes con escolaridad menor a nivel medio.

Tabla 8. Comparación de medias entre puntuación de CVRS de acuerdo con escolaridad

Escolaridad	Lista de SP	Efectos de ER	Carga de ER	CF	CM
> a NS	79.95	68.73	42.38	41.46	43.26
≤ a NS	79.86	73.87	40.27	41.51	40.41
<i>p</i>	.846	.312	.671	.897	.228

Los participantes laboralmente activos demostraron mejores puntuaciones en las dimensiones “lista de síntomas y problemas”, “carga de la enfermedad renal”, “componente físico” y “componente mental” en comparación con los pacientes jubilados o pensionados quienes obtuvieron una puntuación ligeramente más alta en la dimensión “efectos de la enfermedad renal”.

Tabla 9. Comparación de medias entre puntuación de CVRS de acuerdo con situación laboral

Trabajo actual	Lista de SP	Efectos de ER	Carga de ER	CF	CM
Activo	82.86	69.80	44.55	43.09	42.54
Inactivo	78.60	70.93	40.30	40.75	42.10
<i>p</i>	.204	.961	.494	.220	.944

Los pacientes que cuentan con un ingreso mensual mayor al salario mínimo en México (\$2,264.24 moneda nacional) demostraron mejores puntuaciones en todas las dimensiones incluidas para el KDQOL- SF 36™.

Tabla 10. Comparación de medias entre puntuación de CVRS de acuerdo con ingreso económico

Ingreso mensual	Lista de SP	Efectos de ER	Carga de ER	CF	CM
>\$2,264.24	80.78	71.45	42.75	41.99	42.55
≤\$2,264.24	77.33	67.98	38.25	39.94	41.28
<i>p</i>	.197	.339	.281	.281	.511

Se consideró a los servicios de energía eléctrica, agua potable, drenaje y gas como básicos dentro del domicilio. Aquellos pacientes que negaron contar con la totalidad de ellos reportaron peores puntuaciones en cuatro de las cinco dimensiones valoradas en el instrumento KDQOL-SF36™. La dimensión “efectos de la enfermedad renal” fue la única en donde este grupo rebasó la media obtenida por quienes sí cuentan con todos los servicios públicos dentro de la vivienda.

Tabla 11. Comparación de medias entre puntuación de CVRS de grupos con o sin acceso a SPB

Acceso	Lista de SP	Efectos de ER	Carga de ER	CF	CM
Sí	80.38	70.05	42.06	41.51	42.26
No	73.80	77.67	35.71	41.00	41.91
<i>p</i>	.159	.334	.502	.855	.919

El único patrón cambiante de acuerdo con los percentiles de tiempo de traslado fue en las dimensiones “lista de síntomas y problemas”, “carga de la enfermedad renal”, “componente físico” y “componente mental”. Siendo los pacientes con menor tiempo de traslado entre su domicilio y los servicios de DP quienes obtuvieron mejores evaluaciones de estos componentes de la CVRS.

Tabla 12. Comparación de medias entre puntuación de CVRS considerando el tiempo de traslado

Tiempo de traslado	Lista de SP	Efectos de ER	Carga de ER	CF	CM
<1 hora	81.40	72.55	46.94	42.64	44.13
1-2 horas	78.79	68.49	37.74	40.53	40.50
> 2 horas	77.60	75.00	31.25	40.43	42.97
<i>p</i>	.466	.610	.142	.580	.327

Quienes afirmaron contar con el apoyo de personas externas al núcleo familiar en caso de contingencias obtuvieron mejores valores de CVRS en cuatro de las cinco dimensiones, entre las que se encuentran “lista de síntomas y problemas”, “efectos de la enfermedad renal”, “carga de la enfermedad renal” y “componente físico”.

Tabla 13. Comparación de medias entre puntuación de CVRS entre grupos con y sin apoyo social

Edad	Lista de SP	Efectos de ER	Carga de ER	CF	CM
Sí	80.51	72.94	44.62	41.56	42.00
No	79.13	67.45	37.64	41.37	42.55
<i>p</i>	.735	.183	.156	.832	.773

EA entre las categorías de variables sociodemográficas

Al emplear tablas de contingencia para la comparación de frecuencias por cada grupo similar entre las variables sociodemográficas se identificó que la resolución de problemas mostró diferencias entre los subgrupos de diverso ingreso económico y tiempo de ingreso al programa de diálisis. El pensamiento desiderativo mostró diferentes frecuencias según el ingreso económico mientras que el uso de apoyo social fue distinto entre el sexo femenino y masculino. El resto de análisis no mostró resultados significativos.

Tabla 14. Distribución de EA en primer orden relacionado con variables sociodemográficas

	<i>N</i>	%	<i>p</i>
Estilo de afrontamiento de resolución de problemas			
Ingreso al programa de diálisis peritoneal			
1 mes	19	39.58	.030
2 meses	11	26.82	
3 meses	0	0	
Ingreso económico			
>\$2,264.24	28	37.33	.005
≤\$2,264.24	2	8	
Estilo de afrontamiento de pensamiento desiderativo			
Ingreso económico			
>\$2,264.24	22	29.33	.029
≤\$2,264.24	14	56	
Estilo de afrontamiento de apoyo social			
Sexo			
Femenino	0	0	.047
Masculino	7	10.93	

El estilo de afrontamiento activo centrado en el problema mostró distribuciones específicas entre los grupos de distinto ingreso económico. El estilo de afrontamiento pasivo centrado en el problema se asoció con la escolaridad y de nuevo, el ingreso monetario mensual. El estilo de afrontamiento pasivo centrado en la emoción muestra diferentes proporciones entre la población con diferentes tiempos de traslado.

Tabla 15. Distribución de EA en segundo orden relacionado con variables sociodemográficas

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>p</i>
EAACP			
Ingreso económico			
>\$2,264.24	44	58.66	.001
≤\$2,264.24	5	20	
EAPCP			
Escolaridad			
> a NS	9	14.06	.039
< a NS	12	33.33	
Ingreso económico			
>\$2,264.24	9	12	.000
≤\$2,264.24	12	48	
EAPCE			
Tiempo de traslado			
< 1 hora	7	15.55	.021
1 – 2 horas	12	23.52	
> 2 horas	3	75	

EA activo se asocia con el tiempo de ingreso a DP, periodos de traslado y percepción de apoyo social. EA pasivo muestra diferentes tendencias entre los grupos con uno, dos y tres meses de ingreso en el programa.

Tabla 16. Distribución de EA en tercer orden relacionado con variables sociodemográficas

	<i>N</i>	%	<i>p</i>
EA activo			
Tiempo de ingreso			
1 mes	37	77.08	.011
2 meses	22	53.65	
3 meses	4	36.36	
Tiempo de traslado			
< 1 hora	31	68.88	.024
1 – 2 horas	32	62.74	
> 2 horas	0	0	
Apoyo social percibido			.027
Sí	41	71.92	
No	22	51.16	
EA pasivo			
Tiempo de ingreso			.015
1 mes	12	25	
2 meses	20	48.78	
3 meses	7	63.63	

Asociación entre CVRS y EA

Las puntuaciones de CVRS relacionadas con EA dominante para primer orden variaron entre cada una de las dimensiones consideradas en el KDQOL pues la puntuación más alta en los cinco componentes coincidió con la EVP. Las puntuaciones más bajas coincidieron con RES.

Tabla 17. Comparación de medias entre estilos de afrontamiento de primer orden y CVRS

	EA	LSP	EER	CER	CF	CM
REP						
Media		81.31	78.55	50.00	42.04	45.16
AUT						
Media		81.38	66.81	33.92	40.48	39.66
EEM						
Media		80.41	81.87	46.25	43.79	46.80
PSD						
Media		78.99	67.32	39.06	40.75	41.72
APS						
Media		87.79	64.73	47.32	46.30	42.70
REC						
Media		85.06	74.47	50.52	45.89	45.27
EVP						
Media		93.75	90.62	93.75	47.26	50.74
RES						
Media		68.83	54.37	18.75	39.41	34.23

El análisis correspondiente al segundo orden de EA demostró mejores puntuaciones en las cinco dimensiones del KDQOL en EAACP a diferencia del EAPCE que coincidió con las puntuaciones menores en las mismas dimensiones.

Tabla 18. Comparación de medias entre estilos de afrontamiento de segundo orden y CVRS

EA	LSP	EER	CER	CF	CM
EAACP					
Media	82.56	76.46	47.70	43.62	44.33
EAPCP					
Media	80.45	68.45	38.69	40.31	42.23
EAACE					
Media	79.02	72.02	43.33	43.62	42.15
EAPCE					
Media	75.03	61.64	27.27	38.30	38.91

Comparando la distribución de medias en las puntuaciones obtenidas para las cinco dimensiones del KDQOL-SF 36™ el grupo de pacientes con estilo de afrontamiento activo superó a los pacientes con tendencia al afrontamiento pasivo.

Tabla 17. Comparación de medias entre estilos de afrontamiento de tercer orden y CVRS

EA	N	LSP	EER	CER	CF	CM
EA activo		63				
Media KDQOL		91.87	75.87	47.81	43.23	44.14
<i>p</i>		.026	.001	.001	.016	.016
EA pasivo		39				
Media KDQOL		76.46	61.30	29.80	38.78	38.94
<i>p</i>		.026	.000	.000	.023	.012

DISCUSIÓN

La mayor proporción de hombres, laboralmente inactivos, nivel económico medio, escolaridad mayor a nivel secundaria y grupo etario ubicado entre los 41 y 64 años de edad, se asemeja con los resultados obtenidos por Isidro-Cano pero difiere a la población valorada por Valencia-Calleja. No abundan estudios que contemplen poblaciones incidentes, otros autores han evaluado la CVRS en poblaciones distintas a la actual [2] pues Valencia-Calleja incluyó a una población prevalente para comparar con variables clínicas (hemoglobina, hematocrito y albúmina). Naturalmente, la literatura contiene diversos reportes de estructurados con secuencias distintas entre sí pero un resultado común entre los grupos que utilizan el KDQOL para valorar CVRS en pacientes nefrópatas son las puntuaciones por debajo de niveles óptimos. En contraste, hay pacientes en los que se han reportado puntajes por debajo de 59.2 en componentes como el físico y en el caso de la investigación actual 59.3 fue el rango más alto obtenido por parte de la población. Acerca de esto, Pedregal-Vega evaluó a poblaciones que diferían proporcionalmente en sus variables sociodemográficas, por ejemplo, mayor proporción de mujeres o distribución mayor en un rango de edad específico [3] Sin embargo, la mayor parte de los pacientes refirieron mala calidad de vida (65.4%) que coincide con el promedio por debajo de los rangos deseados en tres de las cinco dimensiones evaluadas (carga de la enfermedad renal 41.62, componente físico 41.48 y componente mental 42.23).

Existen metodologías centradas en población de diálisis peritoneal como el equipo de Bakewell, quienes incluyeron pacientes prevalentes a diferencia de la muestra actual obteniendo que el sexo masculino y el mayor tiempo de ingreso en terapia de reemplazo se asociaban con peor calidad de vida [52]. Entre los resultados obtenidos en esta investigación se destaca que los hombres refirieron menor calidad de vida en tres de las cinco dimensiones contempladas (lista de síntomas y problemas, carga de la enfermedad renal y componente mental), también se identificó que la puntuación con mejor rango en el componente síntomas y problemas fue de los pacientes dentro del tercer mes de tratamiento siendo el rubro “carga de la enfermedad renal” el único dato

con menor puntuación en comparación con los otros dos grupos de primer y segundo mes en terapia de diálisis.

Aunque Weiss y su equipo enfocaron su trabajo en pacientes de hemodiálisis, concluyeron que la CVRS es un elemento con asociaciones múltiples como el dolor, edad, prurito crónico y la edad del paciente. [6] A pesar de contrastarse con variables ajenas a este estudio, un punto en común es la mejor evaluación de dimensiones físicas en pacientes más jóvenes. Al comparar CVRS con variables poco abordadas en la literatura, se identificó que la media obtenida por el grupo que invierte menos de una hora en su traslado es mayor en cuatro de las cinco dimensiones del KDQOL- SF 36™. Sin embargo Seguí Gomá [53] no obtuvo diferencias significativas en su población de estudio al comparar esta variable a diferencia de Dravta quien demostró relación inversa entre CVRS y molestias derivadas del ruido vial en población general.

En trabajos como el de Isidro-Cano, se han identificado la asociación entre CVRS, EA y apoyo familiar. Diferiendo en la proporción de la CVRS (percepción de buena calidad de vida en el 63.92%) aun aproximándose a ciertas características sociodemográficas en estudio (frecuencia de pacientes masculinos del 57.6%). Siendo el apoyo familiar referido por 97.3% de los participantes una variable diferente. [5]

Se observó asociación para predecir buena o mala calidad de vida con respecto al apoyo familiar percibido y la capacidad de afrontamiento (El autor modificó el concepto de “coping strategies”). Un elemento diferente en esta referencia fue el uso del término “alta capacidad de afrontamiento” siendo que desde las conceptualizaciones iniciales se determinó como EA pasivo o activo (aproximación o evitación) por lo que sería conveniente que el autor especificara si realizó una interpretación propia de la definición de afrontamiento y de los instrumentos utilizados pues su análisis redundó en yuxtaposiciones al realizar asociaciones entre el primer orden en donde menciona que la función es fortalecida por reestructuración cognitiva, autocrítica y el detalle más polémico, retirada social. Sin duda esto despierta una fuerte curiosidad de conocer el método que guió hacia este resultado.

A pesar que Lazarus y Folkman no incluyeron a pacientes en diálisis para el desarrollo de su teoría, un estudio en particular muestra la tendencia de EA en 1° orden ante un estímulo particular: amenaza a la propia salud, en donde se obtuvo mayor búsqueda de

apoyo social y evitación [6]. Sin embargo debe tomarse en cuenta que las poblaciones estudiadas difieren, entre las cuales el pensamiento desiderativo fue predominante. Evidentemente es imposible equiparar los resultados, el único objetivo de esta mención es resaltar la presencia de tendencias en el EA de acuerdo con el estímulo desencadenante.

CONCLUSIONES

Este estudio destacó la mayor puntuación en CVRS entre los pacientes con tendencia al estilo de afrontamiento activo al compararlos con aquellos que recurrían a estilo pasivo frente a la enfermedad renal y necesidad de requerir diálisis peritoneal. Conforme existe mayor inclinación hacia estilos orientados a la aproximación la propia evaluación de la CVRS es mejor. El estudio también identifica subgrupos con mejor CVRS y tendencia al estilo de afrontamiento activo. Entre los resultados se demuestra que en los grupos actuales predomina una aproximación basada en menor tiempo de ingreso, menor tiempo de traslado a la unidad y la presencia de apoyo social percibido. Las dimensiones contempladas dentro del KDQOL-SF 36™ mostraron mejores evaluaciones distribuidas entre los subgrupos establecidos por variables sociodemográficas. Siendo ingreso económico mensual mayor al salario mínimo mexicano (\$2,264.24) la única categoría donde todas las dimensiones fueron mejor puntuadas, seguido por situación laboral activa y sexo femenino.

APORTACIONES A LA DISCIPLINA

Teóricamente se han propuesto modelos sobre las características de la plantilla profesional responsable de brindar atención en unidades de diálisis sin embargo, esta concepción literaria no es acequible universalmente. Por lo anterior, es más común encontrar centros en donde únicamente se cuenta con el personal médico y de Enfermería. Esto no es dispensa para omitir aspectos que trascienden en la evolución de las y los pacientes pues la ERC no debe ser abordada únicamente como padecimiento físico.

El presente estudio aporta a la disciplina elementos tan valiosos como evaluar la asociación del estilo de afrontamiento (EA) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes de cuatro unidades hospitalarias, lo que permite identificar perfiles de los pacientes con respecto al estilo de afrontamiento para la detección de necesidades e implementación de intervenciones.

Hay pocos estudios en población mexicana y esto enriquece el estado del arte con respecto al cuidado dialítico y facilita la entrevista motivacional en todos aquellos pacientes de nuevo ingreso y prevalentes de los programas de diálisis

SUGERENCIAS

Es conveniente que para futuros estudios que aborden esta línea de investigación, se contemple dentro de la metodología a una muestra más extensa para identificar si los resultados son generalizables o se demuestran en proporciones diferentes a la actual.

También es necesario que se identifique mediante instrumentos validados la presencia de cuadros depresivos al momento de la entrevista. De igual forma, será enriquecedor dar seguimiento a las modificaciones reportadas por los pacientes al incluir a la terapia cognitivo conductual como modificador del estilo de afrontamiento pasivo a un estilo activo de aproximación para valorar el comportamiento en los reportes de CVRS. Para futuros estudios se debe procurar una proporción similar entre las variables estudiadas más variables clínicas que pudieran representar diferencias en la población incluída.

Será benéfico continuar indagando en los aspectos psicológicos que influyen en el desenlace para la recuperación o detrimento de la autonomía en quienes requieren de terapia dialéctica. Todos los aspectos que potencialmente mejoren la calidad de vida requieren ser contemplados como variables en estudio.

REFERENCIAS

- [1] Acosta-Hernández P A, Chaparro-López L C, Rey-Anacona C A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante. *Revista Colombiana de Psicología*. 2008; (17): 9-26.
- [2] Valencia-Calleja EE. Calidad de vida en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica terminal en el tratamiento con diálisis peritoneal en el H.R. 1° de Octubre. [Tesis de especialidad en Medicina Interna] México: UNAM Posgrado; 2005.
- [3] Pedregal-Vega J. Calidad de vida en el paciente con insuficiencia renal crónica KDOQI-5 en diálisis peritoneal del HGZ/UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". [Tesis de especialidad en Medicina Familiar]. México: UNAM Posgrado; 2013.
- [4] Weiss M, Mettang T, Tschulena U, Weisshaar E. Health-related quality of life in haemodialysis patients suffering from chronic itch: results from GEHIS (German Epidemiology Haemodialysis Itch Study). *Qual Life Res*. 2016.
- [5] Isidro-Cano JF. Asociación entre calidad de vida, el apoyo familiar y los mecanismos de afrontamiento en pacientes con ERC en diálisis peritoneal del HGZ 24. [Tesis de especialidad en Medicina de Familia]. México: UNAM Posgrado; 2013.
- [6] Dravta J, Zemp E, Felber-Dietrich D, Bridevaux P, Rochat T, Schindler C. Impact of road traffic noise annoyance on Health related quality of life: results from a population-based study. *Qual Life Res*. 2010; 19: 37-46.
- [7] Moreiras-Plaza M. ¿De dónde venimos y a dónde vamos en diálisis peritoneal?: Identificando barreras y estrategias de futuro. *Nefrología*. 2014; 34 (6): 756-767.
- [8] Peña Rodríguez JC. Antecedentes históricos de la hemodiálisis. En: Peña-Rodríguez JC, Ramos-Gordillo JM, editores. *Diálisis: fisicoquímica y fisiología, indicaciones y complicaciones*. México: ETM; 2015. p 33-35.
- [9] KDIGO. Evaluation and management of chronic Kidney disease. 2013; Volume 3 (1): p - 19.
- [10] Arias M, Alijama P, Egido J, (et al). *Nefrología clínica*, Hernando. 4° ed. España: Editorial panamericana; 2014. p. 1000.
- [11] Rebollo-Rubio A, Morales-Asencio JM, Pons-Raventos ME, Mansilla-Francisco JJ. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología*. 2015; 35 (1): 92-109.
- [12] Méndez-Duran A, Pérez-Aguilar G, Ayala-Ayala F, Ruiz-Rosas RA, González-Izquierdo JJ, Dávila-Torres J. Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en el Segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Diálisis y trasplante (SEDYT)*. 2015; 35 (4).
- [13] Costa-Requema G, Cantarell-Axiendri MC, Rodríguez-Urrutia A, Seron-Micas D. Calidad de vida relacionada con salud y trasplante renal: comparación con valores poblacionales a los 6 meses postrasplante. *Med Clin (Barc)*. 2014; 142 (9): pp 393-396.
- [14] Centro Nacional de Trasplantes. Reporte nacional 2015 de la donación y trasplantes. México: CENATRA; 2015.
- [15] Centro Nacional de Trasplantes. Estado actual de receptores, donación y trasplantes en México: 1° Trimestre 2016 (Información al 3 de Abril de 2016, consultada en el SIRNT).

- [16] Franco-Marina F, Tirado-Gómez L L, Estrada-Venado A, Moreno-López J A, Pacheco-Domínguez R L, Durán-Arenas L et al. Una estimación indirecta de las desigualdades actuales y futuras en la frecuencia de la enfermedad renal crónica terminal en México. *Salud pública Méx*; 53(4): 506-515.
- [17] Montilla-Perales CM, García-León A, Reyes-Del Paso GA. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología*. 2012; 32 (5): 622-630.
- [18] ENSANUT, Resultados nacionales 2012. Instituto nacional de salud pública-Secretaría de Salud. 1° Edición. México. pp:108-113
- [19] Ávila-Saldívar MN, Conchillos-Olivares G, Rojas-Báez IC, Ordoñez-Cruz AE, Ramírez-Flores HJ. Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. *Med Int Mex*. 2013;29: 473-478.
- [20] García-García G. Burden of disease prevalence and incidence of renal disease (ESRD) in Latin America. 10th Conference on Kidney disease in disadvantaged populations (a satellite symposium of the WCN). Cape Town, 2015.
- [21] Amato D, Álvarez-Aguilar C, Castañeda-Limones R, Rodríguez E, Ávila-Díaz M, Arreola F. Prevalence of chronic Kidney disease in an urban Mexican population. *Kidney International*. 2005; vol 68 (97): 11-17.
- [22] Daugirdas JT. Manual de tratamiento de la enfermedad renal crónica. Wolters Kluwer Health. 2012 España, impreso en China pp: 3, 12-13.
- [23] Hope J. A patient perspective on the barriers to home dialysis. *Journal of renal care*. 2013; 39 (1): 3-8.
- [24] Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. México: Secretaría de Salud; 25 de septiembre 2014.
- [25] Charra Bernard, Chazot Charles, Jean Guillaume, Hurot JM, Vanel T, Terrat JC. Long 3x8 hr dialysis: the Tassin experience. *Nefrologia i dializoterapia Polska*. 2006; 10 (4). Pp: 141-146.
- [26] Paniagua R, Amato D, Vonesh E, Guo A, Mujais S. Health related quality of life predicts outcomes but is not affected by peritoneal clearance: The ADEMEX trial. *Kidney International*. 2005; 67: 1093-1104.
- [27] Moreno-Aliaga C. Recepción del paciente en la unidad de hemodiálisis. Capítulo 16 en: Crespo-Montero R. Casas-Cuesta R, editores. *Procedimientos y protocolos con competencias específicas para Enfermería Nefrológica*. SEDEN. España, 2013. P: 45.
- [28] Lo W, Bargman J, Burkart J, Krediet RT, Pollock C, Kawanishi H, (et al). ISPD: Guías clínicas/recomendaciones. Guías acerca de las metas para la remoción de solutos y líquidos en pacientes adultos en diálisis peritoneal crónica. *Peritoneal Dialysis International*. 2006; 26:520-522.
- [29] Cardona D, Agudelo G, Héctor Byron. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista facultad nacional de salud pública*. 2005; 23 (1): 81-83.
- [30] Hirvilammi Tuuli, Helne Tula. Changing paradigms: a sketch for sustainable wellbeing and ecosocial policy. *Sustainability*. 2014 (6): 2165-2166.
- [31] Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Rev med Chile*. 2010; 138: 358-365.

- [32] Vinaccia-Alpi S, Quinceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios colombianos. *Phsycologia: avances de la disciplina*. Colombia: 2012; 6 (1): 126.
- [33] Alonso R. Aspectos psicosociales de la enfermedad renal (Capítulo 16). En: Andreu-Pérez L, Force-Sanmartín, editores. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. 2° Edición. Masson. España: 2001. p: 280.
- [34] Álvarez-Ude F. Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hemodiálisis crónica). En: Ponencia del XXV congreso de la sociedad de española de enfermería nefrológica.
- [35] Rodríguez-Angel E, Campillo-R M, Avilés-Esquivel M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. *Hacer Psicología*.
- [36] Escalera-Vázquez L. Correlación de estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. [Tesis para obtener diploma de especialización en Psiquiatría]. México: UNAM; Hospital Fray Bernardino. 2007.
- [37] Bawm A, Singer JE, Baum CS. Stress and the eviroment. In: *Enviromental Stress*. Evans GW, editor. Cambridge university press.USA 1984. Pp 23-25.
- [38] Folkman S, Lazarus R. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*. 1985; 48 (1). 150-170.
- [39] Romero-Herrera G, Flores-Zamora E, Cárdenas-Sánchez P, Ostiguín Meléndez RM. Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman. *Revista Enfermería Universitaria (ENEO-UNAM)*. 4 (1); 2007. 44-48.
- [40] Rodríguez-Díaz FJ, Estrada-Pineda C, Rodríguez-Franco L, Bringas-Molleda C. Adaptación del inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) a la población penitenciaria de México. *Psicología Reflexao e Crítica*, 27 (3), 415-423. 2014
- [41] Koopman C, Butler L, Classen C, Giese-Davis J, Morrow G, Westerndoar J, Banerjee T, Spiegel D. Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cáncer. *Journal of traumatic stress*. 15 (4). 2002. 277-287.
- [42] Hack T, Degner L. Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*. 13: 235-247 (2004).
- [43] Ran Taak Y, McCubbin M. Family stress, percieved social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. *Issues and inovations in nursing practice*. 2002: 39 (2). 190-198.
- [44] Ramer S, Germain A, Dohar S, Unruh M. Event related distress in Kidney disease patients. *Nephrol Dial Trasnplant*. (2012) 27: 299-303.
- [45] Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- [46] Tobin D. User manual for the coping strategies inventory. 1984.
- [47] Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schelter C, De Longis A, Gruen RJ. Dynamics of stressfull encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*. 1986; 50 (5) pp: 992-1002.

[48] Ricardo A, Hacker E, Lora C, Ackerson L, DeSalvo K, Go A, (et al). Validation of the Kidney disease quality of life short form 36 (KDQOL SF 36™). Ethn Dis. 2013; 23 (2): 202-209.

[49] Dehesa-López E, Correa-Rotter R, Olvera-Castillo D, González-Parra C, Baizabal-Olarte R, Orozco-Vega R. Transcultural adaptation and validation of the Mexican versión of the Kidney disease questoinnaire KDQOL SF 36 version 1.3. Qual Life Res. 2016.

[50] Nava-Quiroz C, Ollua-Méndez P, Vega-Valero CZ, Soria-Trujano R. Inventario de estrategias de afrontamiento: Una replicación. Psicología y salud. 2010; 20 (2): 213-220.

[51] Jiménez-Torres M, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI. Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. Anales de Psicología.2012; 28 (1) p: 28-36.

[52] SEDESOL. Medición de a pobreza, servicios básicos de la vivienda. En: Publicación informativa de la subsecretaría de prospectiva, planeación y evaluación. 2011; (7).

[53] Seguí Gomá A, Amador Peris P, Ramos Alcario AB. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2010; 12 (3): 155-160.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA NEFROLÓGICA
Carta de consentimiento informado

Se le invita a participar de forma voluntaria en la investigación titulada “Estilos de afrontamiento y su influencia en la calidad de vida relacionada con salud en pacientes incidentes del programa de diálisis peritoneal” que tiene por objetivo evaluar características de los pacientes que integran la percepción de salud y bienestar.

Con base en la Ley General de Salud (título quinto -artículo 100) y en la declaración de Helsinki, en este trabajo así como en todos aquellos donde el ser humano constituya objeto de estudio, prevalecerá el respeto hacia su dignidad y la protección de su integridad. Por lo que se le informa que la interacción con usted se delimita a la resolución de tres instrumentos escritos y en ningún momento se hará uso de procedimientos invasivos. Del mismo modo, a través del presente, se hace constar que los datos proporcionados son confidenciales y únicamente serán utilizados para fines científicos por lo que serán resguardados con estricto rigor privado y anónimo.

Se le informa que el tiempo de resolución de instrumentos varía entre 20 a 40 minutos de acuerdo con la experiencia posterior a las pruebas piloto. En todo momento contará con el apoyo de encuestadores únicamente para apoyar la comprensión de un determinado reactivo en caso de ser necesario, sin que esto sea sinónimo de consejo para seleccionar una respuesta de los instrumentos. Es usted libre de solicitar toda la información que considere necesaria para aclarar cualquier duda que pudiera surgir relacionada con su participación en el presente estudio.

Con fecha del _____, luego de comprender la información anterior y haber resuelto cualquier duda relacionada con el estudio o su participación, acepta participar.

Nombre y firma del paciente o responsable

Nombre y firma del investigador

Su salud – y – Bienestar

Enfermedad Del Riñón y Calidad De Vida (KDQOL™-36)

Las siguientes preguntas se refieren a lo que usted piensa sobre su salud y bienestar. Esta información permitirá saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de realizar sus actividades habituales.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

Estudio de calidad de vida para pacientes en diálisis

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL ESTUDIO?

Este estudio se está realizando en colaboración con los médicos y sus pacientes. El objetivo es conocer la calidad de vida de los pacientes con enfermedad del riñón.

¿QUÉ TENDRÉ QUE HACER?

Nos gustaría que, para este estudio, llenara hoy el cuestionario sobre su salud, sobre cómo se ha sentido durante las últimas 4 semanas. Por favor, marque con una "X" la casilla bajo la respuesta elegida para cada pregunta.

¿ES CONFIDENCIAL LA INFORMACIÓN?

No le preguntamos su nombre. Sus respuestas se mezclarán con las de los demás participantes en el estudio, a la hora de dar los resultados del estudio.

Cualquier información que pudiera permitir su identificación será considerada confidencial.

¿QUÉ BENEFICIOS TENDRÉ POR EL HECHO DE PARTICIPAR?

La información que usted nos facilite nos indicará lo que piensa sobre la atención y nos ayudará a comprender mejor los efectos del tratamiento sobre la salud de los pacientes. Esta información ayudará a valorar la atención médica.

¿ES OBLIGATORIO QUE PARTICIPE?

Usted no tiene la obligación de completar el cuestionario. Además, puede dejar de contestar cualquier pregunta. Su decisión sobre si participa o no, no influirá sobre sus posibilidades a la hora de recibir atención médica.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
1	2	3	4	5

¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades?, si es así ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita poco	No, no me limita nada
	1	2	3
2).- <u>Actividades moderadas</u> , como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar futbol o béisbol.			
3).- Subir <u>varios</u> pisos por la escalera			

Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

	Si	No
	1	2
4).- <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer		
5).- Ha tenido <u>dificultad</u> para realizar su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó mayor esfuerzo de lo normal)		

Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

	Si	No
	1	2
6).-Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer		
7).-Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre		

8. Durante el último mes, ¿Cuánto, el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada	Un poco	Mas o menos	Mucho	Demasiado
1	2	3	4	5

Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido durante el último mes. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que mas se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo durante el último mes...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
	1	2	3	4	5	6
9).-Se sintió calmado y tranquilo?						
10).-Ha tenido mucha energía?						
11).-Se ha sentido desanimado y triste?						

12. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo su salud física o problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
1	2	3	4	5

VALORANDO SU ENFERMEDAD DEL RIÑÓN

¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
	1	2	3	4	5
13).-Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida					
14).-Mi enfermedad del riñón ocupa demasiado tiempo					
15).-Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón					
16).-Me siento una carga para la familia					

VALORANDO LOS EFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA

Durante el último mes, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas?

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
	1	2	3	4	5
17).-¿Dolores musculares?					

18).-¿Dolor en el pecho?					
19).-¿Calambres?					
20).-¿Comezón en la piel?					
21).-¿Resequedad de piel?					
22).-¿Falta de aire?					
23).-¿Desmayos o mareo?					
24).-¿Falta de hambre?					
25).-¿Agotado(a), sin fuerzas?					
26).-¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?					
27).-¿Náuseas o molestias del estómago?					
(Sólo para pacientes en hemodiálisis) 28A).-¿Problemas con la fístula/catéter?					
(Sólo para pacientes en diálisis peritoneal) 28B).-¿Problemas con el catéter?					

Los efectos de la enfermedad del riñón pueden limitar algunas actividades en su vida diaria. ¿Cuánto le limita su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas?

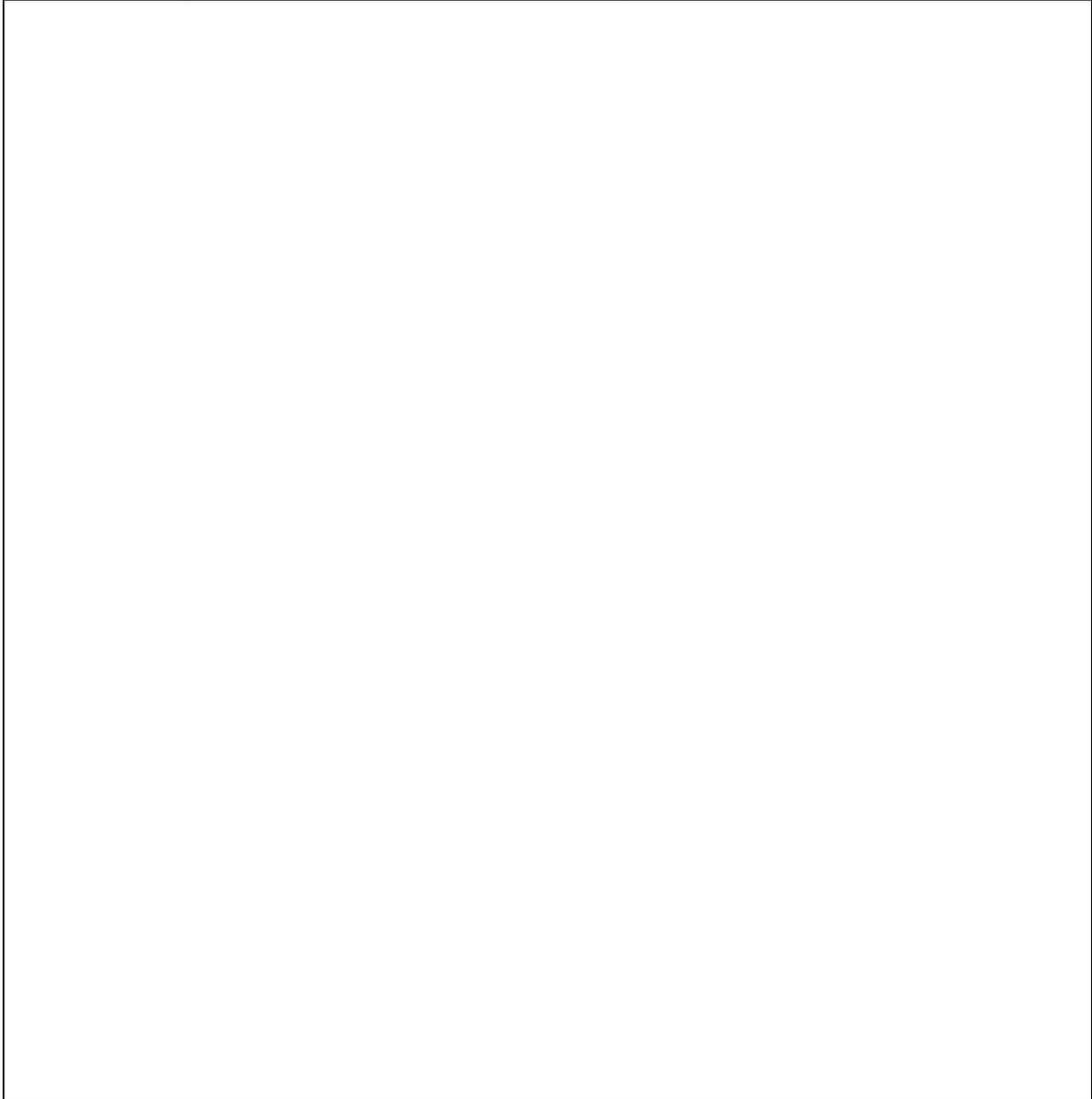
	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
	1	2	3	4	5
29).-¿Limitación en la ingesta líquidos?					
30).-¿Limitaciones en la dieta?					
31).-¿Su capacidad para trabajar en casa?					
32).-¿Su capacidad para viajar?					
33).-¿Depender de médicos y					

otro personal sanitario?					
34).-¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón?					
35).-¿Su vida sexual?					
36).-¿Su aspecto físico?					

¡Gracias por contestar estas preguntas!

El propósito de este cuestionario es encontrar cómo los pacientes se enfrentan a la noticia de requerir diálisis peritoneal por padecer insuficiencia renal crónica. Piense durante unos minutos en la situación que vivió al momento de recibir la noticia. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella.

Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the questionnaire questions. The box is currently blank.

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

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

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

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