

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

TRABAJO DE TITULACIÓN

**INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO
PSICOLÓGICO. HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL. AMBATO, 2018-2019**

Autora: Jhosselyn Briggeth García Aldaz.

Tutora: Mgs. María Soledad Fierro Villacreses

Riobamba- Ecuador

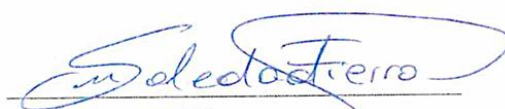
Año 2020

CERTIFICADO DE TUTORÍA

Mgs. Soledad Fierro Villacreses, docente de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud, en la Universidad Nacional de Chimborazo.

CERTIFICO:

Haber revisado y asesorado el informe final del proyecto de investigación titulado: **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO. HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. AMBATO, 2018-2019** realizado por la Srta. Jhosselyn Briggeth García Aldaz portadora del número de cédula 020183992-5, egresada de la carrera de Psicología Clínica, el mismo que cumple con los requisitos establecidos por la institución y méritos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del tribunal asignado.



Mgs. Soledad Fierro Villacreses

TUTORA

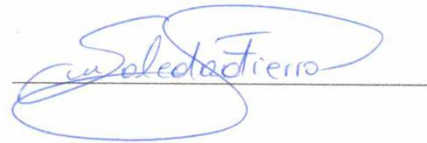
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación con el título: **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO. HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. AMBATO, 2018-2019** presentado por la Srta. Jhosselyn Briggeth García Aldaz con C.I. 020183992-5, tutelado por la Mgs. Soledad Fierro Villacreses.

Una vez realizado el informe final del proyecto de investigación escrito con fines de graduación, en el cual se ha verificado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la Biblioteca campus Norte, de la Universidad Nacional de Chimborazo.

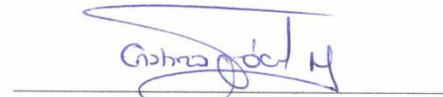
Para constancia de lo expuesto firman:

Mgs. Soledad Fierro Villacreses



Tutora

Mgs. Cristina Procel Niama



Miembro del tribunal

Mgs. Mayra Castillo Gonzales



Miembro del tribunal

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Jhosselyn Briggeth García Aldaz con C.I. 020183992-5, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales, declaro ser responsable de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este proyecto de investigación titulado **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO. HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. AMBATO, 2018-2019** y que el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Jhosselyn Briggeth García Aldaz

020183992-5

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme tener y disfrutar de mi familia, gracias a mi familia, especialmente a mis padres Geoconda Aldaz y Víctor García por apoyarme en cada decisión y proyecto de mi vida, a mis hermanos Víctor y Manuel por ser fuente de inspiración. Gracias por su amor, dedicación y tiempo; gracias a ustedes este camino ha podido ser cumplido con éxito.

Un especial agradecimiento a cada uno de los docentes de mi Carrera, personas de gran sabiduría quienes han sabido transmitir diversos valores, conocimientos y experiencias; un inmenso gracias por su dedicación y enseñanza.

A Alejandro por su apoyo incondicional en mis peores momentos fuiste luz y a mis amigos por su compañía hicieron más amena mi estadía universitaria, por lo cual, les guardo una gratitud sincera por sus consejos, apoyo y cariño.

Agradezco la apertura que me brindó el Hospital del IESS Ambato, para poder realizar la investigación, al igual, al Dr. Ángel Romo encargado del área de Docencia por su amistad, enseñanza y confianza en mi investigación.

DEDICATORIA

Una dedicatoria especial a la persona que más admiro, Ana Lucía Amaguaña por demostrarme que a pesar de la distancia el amor incondicional existe y a mi madre Geoconda Aldaz por impulsarme a nunca rendirme aún en los momentos más difíciles de mi vida, porque siempre fueron luz en los momentos de soledad.

A mis padres por su trabajo duro, me han sabido proporcionar todo a pesar de las adversidades y a mis hermanos por la paciencia, confianza y apoyo que me brindaron. Al igual, se lo dedico a mi familia que se encuentra fuera del país, pues suponen los cimientos de mi desarrollo. A Ángel Aldaz Amaguaña (+) que a pesar de su ausencia física, su recuerdo sigue latente y es guía en mi caminar. Este nuevo logro es para ustedes.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICADO DE TUTORÍA	II
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL	III
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
ÍNDICE DE TABLAS	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos	4
MARCO TEÓRICO	5
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	7
Definición	7
Etiología y factores de riesgo en IRC	7
Síntomas y tratamiento de la IRC	8
Aspectos psicosociales asociados a la IRC.....	9
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	10
Definición	10
Teoría de la evaluación cognitiva	10
Modelo transaccional.....	11
Teoría del afrontamiento.....	12

Tipos de estrategias de afrontamiento	13
Estrategias de afrontamiento e insuficiencia renal crónica.....	14
METODOLOGÍA	15
Enfoque de la investigación.....	15
Cuantitativa.....	15
Tipo de investigación.....	15
Investigación bibliográfica - documental:	15
Diseño de la investigación	16
Transversal.....	16
No experimental.....	16
Nivel de investigación	16
Descriptiva	16
Población y muestra.....	16
Población	16
Muestra	17
Criterios de inclusión	17
Criterios de exclusión	17
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	17
Técnicas	17
Instrumentos.....	18
Técnicas para procesamiento e interpretación de datos	18
RESULTADOS	19
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	24
Objetivo	24
Indicaciones	24
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	34

RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS.....	36
ANEXOS	41
Anexos 1. Ficha de observación	42
Anexo 2. Cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO)	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con IRC.....	19
Tabla 2. Tipos de afrontamiento de pacientes con IRC	21
Tabla 3. Estrategias de afrontamiento de pacientes con IRC.....	22

RESUMEN

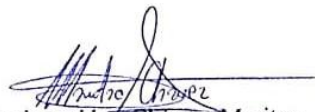
La insuficiencia renal crónica (IRC) constituye una enfermedad catastrófica e irreversible que afecta a la esfera biopsicosocial de quién la posee. El diagnóstico de esta enfermedad supone un cambio drástico en la vida del individuo, para atenuar los daños surgen las estrategias de afrontamiento, por ende el presente proyecto de investigación, tuvo por objetivo analizar la insuficiencia renal crónica y estrategia de afrontamiento psicológico en pacientes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ambato, 2018-2019. La metodología empleada es de enfoque cuantitativo, tipo bibliográfica-documental, diseño transversal, no experimental y nivel descriptivo. La población corresponde a 60 historias clínicas de pacientes con IRC, la muestra es no probabilística, concierne 49 historias clínicas, mismas que reposan en el área de diálisis del IESS Ambato. Se utilizó una ficha de observación para registrar los características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con IRC y los resultados del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO) el cual fue previamente evaluado por el personal de salud mental. En cuanto a los resultados, se evidenció que los tipos de afrontamiento guiados por pensamientos y conductas negativas son más prevalentes con el 36,8 % preferentemente negativo y el 22,4 % negativo. A partir de la información obtenida por medio de la investigación se concluyó que la estrategia de afrontamiento más utilizada es, huida y distanciamiento debido a que se muestran como entes pasivos, deslindándose de la responsabilidad en el tratamiento de la enfermedad.

Palabras Clave: Afrontamiento; Estrategias de afrontamiento; Insuficiencia renal crónica.

ABSTRACT

Chronic renal insufficiency (CRI) is a catastrophic and irreversible disease that affects the bio psychosocial sphere of who owns it. The diagnosis of this disease involves a drastic change in the life of the individual; to mitigate the damage coping strategies arise. Therefore the present research project aimed to analyze chronic renal failure and psychological coping strategy in patients of the Hospital of the Ecuadorian Institute of Social Security Ambato, 2018-2019. The methodology used is quantitative, bibliographic-documentary, cross-sectional, non-experimental, and descriptive. The population corresponds to 60 clinical histories of patients with CRF, and the sample is not probabilistic, it concerns 49 clinical accounts, which rest in the dialysis area of the IESS Ambato. An observation sheet used to record the sociodemographic and clinical characteristics of patients with CRF and the results of the Stress Coping Questionnaire in Oncology Patients (CAEPO), which was previously evaluated by mental health personnel. Regarding the results, it evidenced that the types of coping guided by negative thoughts and behaviors are more prevalent, with 36.8% preferably negative and 22.4% negative. From the information obtained through the investigation, it concluded that the most commonly used coping strategy is, flight and distancing because they are shown as passive entities, disregarding responsibility for the treatment of the disease.

Keywords: coping; coping strategies; chronic renal insufficiency.



Reviewed by: Chávez, Maritza

Language Center Teacher





UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
 Ext. 1133

Riobamba 12 de diciembre del 2019
 Oficio N° 606-URKUND-FCS-2019

M.Sc. Ramiro Torres
DIRECTOR CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
 Presente.-

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 RECEPCION DE DOCUMENTOS
 FECHA: 12 DIC 2019 HORA: 11:14
 SECRETARIA DECAMATO *Jessy*

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial y atento saludo, de la manera más comedida tengo a bien remitir validación por el programa URKUND, del porcentaje de similitud del trabajo de investigación que se detalla a continuación:

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	Nombres y apellidos del tutor	% reportado por el tutor	% de validación verificado	Validación	
							Si	No
1	D-60850774	Insuficiencia renal crónica y estrategia de afrontamiento psicológico. Hospital del Instituto de Seguridad Social. Ambato, 2018-2019	Jhosselyn Briggeth García Aldaz	Mgs. Soledad Fierro	2	2	x	

Lo cual comunico para los fines correspondientes.

Por la atención que brinden a la presente le agradezco.
 Atentamente,

[Signature]
 Mgs. Edison Bonifaz A.
 Delegado Programa URKUND
 FCS / UNACH

C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 RECEPCION DE DOCUMENTOS
 Fecha: 12 DIC 2019 Hora: 11:31
 SECRETARIA DE ESCUELAS *[Signature]*

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica es catalogada coloquialmente como una enfermedad olvidada, debido a que es poco conocida y estudiada por la colectividad, la misma que desconoce la gravedad e impacto que produce en quién la posee, cuyo curso va desde un estado agudo asintomático casi impredecible hasta un estado crónico, irreversible y letal (Soria, García y Molina, 2017). Su tratamiento tiene por objetivo reemplazar la función renal, mediante la diálisis o trasplante renal, siendo estos los que les mantiene con vida, pero con la disyuntiva de someter al paciente a métodos invasivos en cuanto a la dependencia a una máquina (hemodiálisis).

Estar expuesto a esta situación, hace que el individuo desarrolle el proceso de afrontamiento, constituido por diversas estrategias cognitivas y conductuales actuantes como mediadoras ante la exposición de tan grave acontecimiento, con la finalidad de disminuir los niveles de estrés y proporcionar estabilidad emocional al paciente (Audante, 2017). El diagnóstico y la exposición al tratamiento en su mayoría, tiene como consecuencias enfermedades psicológicas como estrés, ansiedad y depresión, puesto que la persona se enfrenta a un nuevo estilo de vida en el que existe una disminución notable en su autonomía y libertad como individuo, convirtiéndose en una condición de amenaza para la persona.

La investigación está orientada al análisis de la insuficiencia renal crónica y estrategia de afrontamiento psicológico en pacientes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ambato, 2018-2019. Se encuentra estructurada de la siguiente manera: planteamiento del problema, justificación, y objetivos tanto general como específicos. En el marco teórico se encuentran los antecedentes de la investigación y epígrafes de las variables, en cuanto a la insuficiencia renal crónica se menciona: definición, etiología y factores de riesgo, síntomas y tratamiento, finalmente aspectos psicosociales relacionados. En la variable de estrategias de afrontamiento se halla: definición, teoría de la evaluación cognitiva, modelo transaccional, teoría del afrontamiento, tipos de estrategias de afrontamiento, finalmente estrategias de afrontamiento e insuficiencia renal . Respecto a la metodología de la investigación, se detalla el enfoque, tipo, diseño y nivel utilizado, se indica la población y muestra, también incluye la descripción de los instrumentos y técnicas empleadas. Por último, conclusiones y recomendaciones sugeridas a partir de la investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El padecer una condición grave de salud, como la insuficiencia renal crónica, tiene repercusiones a nivel físico y psicológico. A nivel físico existe incapacidad para efectuar funciones reguladoras, excretoras, depuradoras y endocrimetabólicas propias del riñón (Papadakis y McPhee, 2017). A nivel psicológico genera deterioro en su estabilidad emocional, dificultando un afrontamiento saludable. Las enfermedades crónicas no transmisibles, ponen en riesgo la vida de quien la padece y requieren de tratamientos costosos, invasivos y constantes que influyen negativamente en la calidad de vida del paciente afectando a su esfera biopsicosocial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) señala que las enfermedades no transmisibles (ENT) tienen índices elevados de muerte a nivel mundial, causando el 68% de defunciones registradas, en el 2014 más del 40% fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad, posicionándose como la principal causa de muerte. Aproximadamente las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT y la mayoría el 82% de los fallecimientos prematuros se produjeron en países de nivel socioeconómico bajo y medio. Entre las principales ENT se encuentran las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, hipertensión arterial siendo enfermedades que anteceden a la insuficiencia renal crónica. La OMS, estima que 35 millones de muertes se deben a la IRC, posicionándose en el duodécimo puesto de las principales causas de muertes en el mundo (Calderón, Serrano y Muñoz, 2015).

En América Latina y Caribe, hasta el 2016 se estima, 776 personas padecen algún tipo de insuficiencia renal por cada millón de habitantes (OPS, 2014). En México, la insuficiencia renal crónica aqueja a 8,3 millones de personas de las cuales el 90% se encuentra en tratamiento de hemodiálisis y el 10% en diálisis peritoneal (Lucio, 2017). Para sobre llevar la IRC es necesario someterse a un tratamiento sustitutivo de la función renal como hemodiálisis, diálisis peritoneal o el trasplante renal, teniendo por objetivo mantener estable el organismo y alargar la vida de quien la padece.

Para conceptualizar la gravedad e impacto de esta enfermedad en el Ecuador, es preciso presentar los siguientes datos: el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC, 2015) estima que 11.460 personas padecen nefropatía crónica, el programa nacional de salud renal ha registrado 1.874 defunciones correspondientes a enfermedades

del riñón. Se considera que a nivel nacional 9.635 pacientes son atendidos anualmente en diferentes casas de salud. Las provincias de Pichincha y Guayas tienen mayor capacidad de acopio para el tratamiento de esta enfermedad (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2015). El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ubicado en la ciudad de Ambato, atiende a un promedio mensual de 7.000 pacientes con problemas renales de los cuales 1.129 son atendidos en el área de nefrología por un cuadro de IRC (Panchano, 2018).

En el área de diálisis del Hospital del IESS de Ambato, donde acuden diariamente los pacientes se encontró que éstos se enfrentan a condiciones de estrés fisiológico, psicológico y social debido a imponentes pérdidas emocionales, frustraciones, dificultades en la pertenencia e integración, reducción de la solvencia económica y laboral, alteraciones del régimen alimenticio, actitud negativa a seguir con el tratamiento, baja autoestima, tristeza, miedo a la muerte, sentimientos de inferioridad y la restricción de la autonomía. Soportando así, sufrimiento por la enfermedad y el tratamiento que conlleva. De no ser atendida esta problemática las alteraciones mencionadas podrían aumentar y desencadenar en trastornos del estado del ánimo como depresión y ansiedad, consumo de sustancias, abandono del tratamiento, entre otros.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es de gran importancia debido al aumento en la morbilidad y las situaciones que involucra la insuficiencia renal crónica, ya que en las personas con IRC las alteraciones físicas y psicológicas son constantes. En cuanto a las alteraciones físicas el paciente es sometido a procedimientos invasivos en los que el dolor es intenso, en las alteraciones psicológicas se manifiesta disminución de la autonomía, autoestima y autoconcepto, lo que podría causar vulnerabilidad a enfermedades mentales.

Es por ello, la relevancia del estudio de las estrategias de afrontamiento en éstos pacientes, ya que ayudan a identificar el impacto, percepción y comportamiento ante la enfermedad, así también al ser una variable mediadora de adaptación puede ser modificada mediante la implementación del plan de intervención diseñado en esta investigación, el mismo que tiene como objetivo entrenar al paciente en estrategias de afrontamiento que favorezcan la adherencia al tratamiento y calidad vida.

El interés en la elaboración de este trabajo de investigación surge a través de una experiencia personal que llevó a visualizar la falta y necesidad de apoyo psicológico existente en esta población. Es de utilidad para el IESS -Ambato, puesto que se proporciona información sobre las diferentes maneras en los pacientes que afrontan la enfermedad, además se añade el plan de intervención psicológico, que servirá como guía y complemento en cuanto al tratamiento psicológico que ofrecen los profesionales de la salud mental.

En este sentido, la investigación es factible porque existe la aprobación para llevar a efecto el estudio tanto de la Universidad Nacional de Chimborazo como del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social -Ambato, también, se dispone de recursos económicos e instrumentos necesarios, la muestra requerida y bibliografía para el abordaje de cada tema en mención.

Los beneficiarios directos son los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica, del IESS-Ambato, mientras que los beneficiarios indirectos serán los profesionales de la salud mental encargados del área de diálisis quienes, además de tener mayor información sobre como los pacientes afrontan la enfermedad serán acreedores del plan de intervención el cual servirá como guía para el tratamiento psicológico. La trascendencia del estudio sirve de motivación para la implementación del plan de intervención psicológico, siendo sostenible por la facilidad de replicarlo una vez diseñado.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la insuficiencia renal crónica y estrategia de afrontamiento psicológico en pacientes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ambato, 2018-2019.

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con insuficiencia renal crónica, del Hospital del IESS Ambato.

- Determinar el tipo de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica, del Hospital del IESS Ambato.
- Describir las estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica, del Hospital del IESS Ambato.
- Diseñar un plan de intervención psicológico, para entrenar en estrategias de afrontamiento favorables con la finalidad de mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en pacientes con insuficiencia renal crónica, del Hospital del IESS Ambato.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mediante la revisión bibliográfica se hace referencia a estudios previos, realizados en otros contextos, relacionados al tema de investigación con las variables: insuficiencia renal crónica y estrategias de afrontamiento.

“Calidad de vida, afrontamiento y desajuste psicológico en pacientes con nefropatía diabética en diálisis peritoneal”

Rivera, Montero y Sandoval (2012) realizaron su estudio en el Hospital General del Seguro Social ubicado en la ciudad de México. Tuvieron como objetivo medir el grado de desajuste psicológico en pacientes bajo tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) tomando en cuenta características psicosociales, impacto de la enfermedad en la calidad de vida del individuo y las estrategias de afrontamiento. Se utilizaron diferentes instrumentos para evaluar las variables sujetas a investigación. Investigación de tipo descriptiva- no experimental, muestra no probabilística conformada por 83 pacientes con nefropatía diabética bajo DPCA. Como conclusión se pudo evidenciar mediante un análisis estadístico que existe una correlación de variables, el desajuste psicológico se relaciona con la calidad de vida manifestándose enfermedades como depresión y la ansiedad además de, problemas psicológicos como la soledad y desesperanza que llevan a la ideación suicida. El tipo de afrontamiento predominantes son: afrontamiento emotivo-agresivo está asociado a la soledad e ideación suicida, afrontamiento cognitivo-positivo está relacionado con la espiritualidad basada en la vida

y la depresión, la desesperanza y soledad es consecuente de un afrontamiento disfuncional-cognitivo. Cabe recalcar que este tipo de pacientes poseen un desajuste psicológico significativo desde que empezaron el tratamiento de DPCA presentando un nivel alto de ideación suicida, desesperanza y depresión siendo concordante y teniendo responsabilidad en los suicidios consumados.

“Estrategias de afrontamiento en pacientes con IRC atendidos en el área de nefrología del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM)”

Merino (2018) efectuó su investigación en el HCAM ubicado en la ciudad de Quito. El objetivo fue describir las estrategias de afrontamiento en los pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en el área de nefrología. Para la valoración de las estrategias actuantes en la muestra se utilizó el Cuestionario de estimación de afrontamiento (COPE 60). Exploración de enfoque cuantitativo, tipo descriptiva- no experimental. La muestra con diseño no probabilístico, correspondiente a 50 pacientes. En cuanto a los resultados se obtuvo mayor prevalencia en estrategias centradas en la emoción con el 54%, seguido de las centradas en el problema con el 30% y por último las de evitación 16%. Se concluyó que los individuos actúan en base a las estrategias centradas en la emoción con la variable religión, ven a la fe y creencia como refuerzos del yo.

“Estrategias de afrontamiento y estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis”

Toasa (2017) realizó su estudio en el Hospital del IESS Ambato. Cuyo objetivo fue identificar la relación existente entre de las estrategias de afrontamiento y el estrés en pacientes con IRC. Investigación de tipo correlacional con enfoque cuantitativo. Los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Estrés Percibido para medir de los niveles de estrés y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento para determinar las estrategias de afrontamiento actuantes en dichos pacientes. Se llevó a cabo con la población total 40 pacientes con IRC en tratamiento dialítico (hemodiálisis). Como resultados se obtuvo mayor predominancia en retirada social con el 45%, autocrítica con el 15%, pensamiento desiderativo con el 12,5%, al igual que reestructuración cognitiva, expresión emocional con el 10% y por último apoyo social con el 5%. Mediante esta investigación concluyó que existe relación entre las variables, debido a que el nivel de estrés que poseen los

pacientes ante diversas situaciones puede manejarse mediante las estrategias de afrontamiento.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Definición

La insuficiencia renal crónica surge debido la pérdida o deterioro de nefronas causado por defectos o alteraciones en los riñones. Las consecuencias para el organismo son el exceso de agua y la dificultad para desechar orina provocando un cúmulo de desechos perjudiciales o dañinos para el funcionamiento de los órganos internos y un desbalance químico en la sangre (Farreas, 2016).

Longo et al. (2013), se refiere a la insuficiencia renal crónica como nefropatía crónica terminal, definiéndola como el deterioro progresivo, irreversible y prolongado del funcionamiento renal, en el que se observa bajo o nulo filtrado glomerular y una disminución de la dimensión de los riñones haciéndose evidente esta patología. Bajo este diagnóstico, es necesario el trabajo multidisciplinario por parte de los profesionales de la salud; las disciplinas que brindaran mayor atención son enfermería y medicina con el cuidado y monitoreo del paciente durante el tratamiento sustitutivo, psicología brindando atención y soporte psicológico finalmente nutrición asesorando en el tratamiento dietético.

En el libro Diagnóstico Clínico y Tratamiento, Papadakis y McPhee (2017) mencionan que la insuficiencia renal crónica es un estado en el que la tasa de filtración glomerular disminuye 5 a 10 ml/min provocando que los desechos se queden en la sangre, siendo necesario métodos de supresión extra renal para preservar la vida entre los que se encuentran hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. Haciéndose evidentes signos y síntomas de la uremia.

Etiología y factores de riesgo en IRC

Hablar de la etiología hace referencia a las causas que promueven el desarrollo de un padecimiento o enfermedad. Las causas más frecuentes de la insuficiencia renal crónica son: diabetes, glomerulonefritis, alteraciones en las arterias vasculares, la

hipertensión arterial y poliquistes renales, siendo estos diagnósticos los que anteceden por algunos años al de nefropatía (Farreas, 2016).

Antes de que una persona sea diagnosticada con IRC, se expone a situaciones de riesgo que aumenta la probabilidad de poseerla. Según Papadakis y McPhee (2017) y Longo et al. (2013) mencionan que existen factores de susceptibilidad: Personas mayores a 60 años, estatus socioeconómico bajo (pobreza), obesidad, hábitos perjudiciales como tabaquismo y la automedicación, infecciones de vías urinarias, desnutrición al nacer, descendencia afroamericana, tamaño de la masa renal disminuido, predisposición genética. Consumo excesivo de analgésicos. Infectarse del virus de inmunodeficiencia humana. Estas situaciones hacen vulnerable a la población, por lo cual es importante implementar mecanismos de prevención para mejorar la calidad de vida.

Síntomas y tratamiento de la IRC

La enfermedad renal en sus primeras etapas es asintomática, por lo que los síntomas que se describirán a continuación, corresponden a la etapa terminal en la que surge el síndrome úrico, producto de la acumulación de desechos y toxinas úricas.

- Síntomas físicos más frecuentes debilidad, fatiga, anorexia, vómito, náuseas, sensación de sabor a metal en la boca, picor en una parte específica o en todo el cuerpo, disfunción eréctil, sensibilidad y calambres en las piernas (Marrero, Hortal, Vega y Rodriguez, 2015)
- Síntomas psicológicos irritabilidad generalizada, bajo control de impulsos, labilidad emocional, incapacidad para concentrarse y disminución del apetito sexual (Oblitas, et al., 2010).

En la insuficiencia renal crónica es ineludible el ser sometido a un tratamiento renal sustitutivo debido a que los riñones ya no pueden hacer su función. Existen dos tipos de tratamientos dialíticos (peritoneal; hemodiálisis) y el trasplante renal. Es oportuno mencionar la hemodiálisis, debido a que constituye la muestra de estudio.

La hemodiálisis corresponde a uno de los tratamientos sustitutivos, se da paso mediante una intervención quirúrgica. Permite que la sangre se limpie a través de un filtro especial, elimine el exceso de agua y desechos acumulados en el organismo. Se realiza en un centro de diálisis o casa de salud, bajo observación médica, tiene una duración de 4 a 5 horas, 3 veces por semana (Ibeas et al., 2017). Las complicaciones asociadas a este

tratamiento son los calambres musculares, anemia, arritmia, hipertensión, el síndrome de desequilibrio de la diálisis y otras enfermedades asociadas a la trasfusión de la sangre. Además, de repercusiones a nivel psicológico como disminución de la autonomía y libertad, miedo, síndromes de las piernas inquietas, inseguridad, ansiedad, tristeza, entre otros (Arenas, Martín, Carrero y Ruiz, 2018).

Aspectos psicosociales asociados a la IRC

La insuficiencia renal crónica se encuentra asociada a aspectos psicológicos y sociales debido al impacto que causa la exposición al diagnóstico y tratamiento en el paciente. Padecer una enfermedad crónica supone una colisión en todos los aspectos en los que se desenvuelve el individuo. Perales, García y Reyes (2012) afirman que los tratamientos sustitutivos han mejorado sustancialmente, pero, aun así, el diagnóstico de esta enfermedad y los tratamientos dialíticos ocasionan muchos cambios en la vida del paciente a nivel físico, psicológico y social, dichos cambios de no ser atendidos de manera eficiente y oportuna disminuyen la calidad de vida del paciente.

El atravesar por una enfermedad crónica como es la IRC, la persona se ve expuesta no solo al proceso de adaptación que implica la enfermedad, sino a diversas alteraciones en las diferentes esferas; dificultades económicas, falta de apoyo familiar, percepción distorsionada de sí mismo, cambio en el rol familiar, necesidad de apoyo social, por lo que se ven afectados aspectos psicológicos como la autoestima, autocontrol y autoconocimiento (Orozco y Castiblanco, 2017).

El diagnóstico de esta enfermedad y el tratamiento, proporcionan mucha carga de estrés para quien la padece. Por lo cual es importante que lleven un proceso de adaptación a la condición médica y aprendan a convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad llevando así a un cambio favorable en el estilo de vida del paciente. La intervención adecuada y pertinente del profesional de Psicología Clínica, puede lograr una adherencia al tratamiento y desarrollar estrategias de afrontamiento que ayuden al paciente a mejorar su calidad de vida y ser sujeto activo en el tratamiento.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Definición

Lazarus y Folkman (1986) definen a las estrategias de afrontamientos como los elementos conductuales y cognitivos dinámicos y cambiantes que emergen para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son valoradas como exuberantes de los recursos del individuo. Los sucesos que atraviesa la persona durante su vida, establecerá los mecanismos de resistencia y adaptación que active frente a situaciones de estrés.

Según manifiesta Uribe, Ramos y Villamil (2018) las estrategias de afrontamiento son pensamientos y conductas que surgen mediante la exposición a un evento estresante, con la finalidad de reducir o disminuir los niveles de ansiedad. Actuando como mediadoras ante las demandas internas y externas que provoca una determinada situación estresante.

Castaño y Leon (2010) refieren que las estrategias de afrontamiento son procesos específicos tanto conductuales como cognitivos, que surgen en determinado contexto. Estas estrategias son dinámicas, complejas y dialécticas ya que se encuentran sujetas a cambios, dependiendo de las demandas desarrollan diversos mecanismos para hacerle frente a los obstáculos y disminuir la carga de estrés que provocan.

Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento son procesos que surgen cuando la persona es expuesta a condiciones que afecte a su estabilidad emocional, psicológica y física con el objetivo de atenuar el malestar biopsicosocial que provocan. Los individuos reaccionan a estos acontecimientos dependiendo sus moduladores como la condición económica, estabilidad familiar, autoestima, equilibrio emocional, experiencia, los cuales influirán en el significado que el individuo de a la situación.

Teoría de la evaluación cognitiva

Lazarus y Folkman (1986) son conocidos como los precursores de la teoría de la evaluación cognitiva, quienes en su libro los procesos cognitivos y estrés, manifiestan que la persona es quien tiene la acción decisiva en el proceso, ya que proporciona significado no solo a la situación sino a la interacción persona-entorno (Oblitas et al., 2010). Lazarus considera el estrés como la respuesta de una evaluación propia del

individuo que puede ser de tres tipos: desafío, amenaza o daño/perdida. La primera se encuentra en la posibilidad de perder o ganar, la segunda se anticipa y la tercera evalúa los hechos como daño poniendo en peligro su bienestar.

El estrés surge mediante la interacción directa entre la persona y el entorno mismo que es evaluado como amenazante o desbordante, de los recursos internos - externos del individuo poniendo en riesgo su estabilidad emocional, es por eso, que el proceso de afrontamiento se da en personas expuestas a una condición de estrés, el afrontamiento emana mediante tres procesos psíquicos; la evaluación cognitiva primaria, evaluación cognitiva secundaria por último la reevaluación. La evaluación cognitiva primaria, hace referencia la percepción que el individuo tiene de la situación (significado) y su influencia, según esto se clasificará en negativa, positiva o irrelevante. Cuando el significado de la situación es negativo el sujeto se encuentra sometido a una carga de estrés, posteriormente clasifica la enfermedad como: desafío la persona desarrolla respuestas al estrés que lleven a mejorar la situación, amenaza visualiza la situación como un daño a futuro, y perdida la persona experimenta daño directo y no ve alternativas para cambiar la situación. La evaluación cognitiva secundaria utiliza los recursos y opciones de afrontamiento es decir las estrategias frente al evento negativo (Pujadas, 2015). La reevaluación son los procesos de feedback que permite hacer correcciones o cambios en cuanto a la utilización de las estrategias de afrontamiento utilizadas con la finalidad de acoplarse a la situación y disminuir la carga de estrés.

Modelo transaccional

El modelo transaccional del estrés, se basa en la relación entorno y la persona (transacciones) donde actúan la percepción individual del factor estresante, los recursos socioculturales de los que dispone (moduladores) los cuales determinan el nivel de estrés (Ruiz, Díaz, y Arabella, 2012). Es decir este modelo corresponde al intercambio o relación entre la persona y el ambiente o situación, resultante de la evaluación e interpretación de los acontecimientos a los que se encuentra expuestos. En los cuales se encuentran diversos factores internos, externos y moduladores.

- Factores internos del estrés corresponden a la reactividad al estrés que el sujeto posee, la manera habitual que tiene de responder física, emocional y conductualmente ante situaciones ansiógenas.

- Factores externos de estrés concierne a estresores ambientales que sobrecargan los mecanismos de regulación y defensa.
- Factores moduladores hacen referencias a el estado afectivo, características de la personalidad, nivel de resiliencia entre otros los cuales actúan como moduladores o condicionantes.

El afrontamiento en este modelo es visto como un proceso que pone en marcha esfuerzos conductuales y conductuales, cambiantes que surgen para manejar demandas específicas que son evaluadas como estresantes ya que pueden sobrepasar los recursos del individuo. Como el individuo perciba la situación estará en función de sus creencias, personalidad, recursos personales, compromiso con la situación y capacidad de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).

Teoría del afrontamiento

Esta teoría se basa en el modelo cognitivo, pues se encuentra sujeta a la evaluación y reevaluación cognitiva de la situación que está atravesando, siendo el objeto de estudio la relación del sujeto con su medio (Rodríguez, Zúñiga, Contreras, Gana y Fortunato, 2016). Es decir, el individuo atraviesa por una situación que provoca un desequilibrio entre sus recursos internos, ya sean estos percibidos o existentes, y las demandas de medio, percibidas o existentes. Bajo esta situación se pone en marcha el afrontamiento como proceso, en el cual estarán inmersas las estrategias de afrontamiento las cuales tienen por finalidad aplacar o disminuir los efectos del estrés.

Lazarus y Folkman (1986) manifiestan que el afrontamiento es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que desarrolla el individuo ante situaciones que generen estrés. Se encuentra sujeto a cambios ya que este surge ante la interacción individuo-ambiente, tiene relación directa con el acontecimiento que experimente. El tipo de afrontamiento utilizado por la persona determinará en gran mayoría las estrategias actuantes.

Torestad, Magnuson y Oláh (1990) definen al afrontamiento como el conjunto de procesos cognitivos y conductuales adaptativos o no, dirigidos a manejar las demandas internas y externas evaluadas como exuberantes de los recursos del individuo. El proceso de afrontamiento está determinado por la persona y su relación con el medio mediante los moduladores.

El afrontamiento es la serie de actividades que la persona pone marcha con el objetivo de hacerle frente a la situación o condición que genera malestar. Las personas activan mecanismos para manejar el factor estresor, llegando a ser el proceso quien disminuye la carga de estrés más no el resultado (Galán & Camacho, 2012).

Tipos de estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son procesos que emergen ante situaciones estresantes. Se consideran socio-interpersonales debido a la relación directa que tienen estas con el entorno y los constructos personales. Lázarus y Folkman, (1986) refieren que existen diferentes tipos de estrategias de afrontamiento según su orientación.

Las estrategias centradas en el problema se basan en la situación ansiógena es decir en la fuente de origen, situación estresante (ambiente). Son los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a conceptualizar el problema, búsqueda de soluciones alternativas, desarrollo de mecanismos que le permitan ser partícipes del cambio en el ambiente. El sujeto lleva a cabo un proceso analítico dirigido específicamente modificar alterar el problema (González, Matin, Bayarre, & Hernández, 2019).

Este tipo de estrategias se centra en modificar las circunstancias que generan estrés, con la utilización de nuevos recursos que ayuden a neutralizar el efecto aversivo de las condiciones ambientales, teniendo como función la resolución de problemas. Se divide en, afrontamiento activo acciones directas y específicas utilizadas para disminuir o cambiar la situación, incrementa el nivel de esfuerzos personales. Afrontamiento demorado acciones premeditadas dirigidas a modificar la situación de una forma que no requiera un exceso de esfuerzos personales, busca el momento ideal para intervenir de una forma funcional y oportuna. Dentro las estrategias centradas en el problema Gonzalez, (2004) cita las siguientes estrategias:

- Planificación: acercamiento minucioso y metódico a la solución del problema. Acciones dirigidas a cambiar la situación.
- Aceptación de la responsabilidad: conceptualización y reconocimiento del problema acompañado de acciones para solucionarlo. Acciones dirigidas a cambiar la situación mantiene al individuo en un rol activo.

- **Confrontación:** acciones directas y desgastantes, se podría decir que hasta agresivas debido al sobreesfuerzo del individuo para cambiar la situación. Acciones dirigidas a cambiar la situación.

Y las estrategias centradas en la emoción se enmarcan cambiar la respuesta emocional que provoca el problema. Son procesos que tienen por objetivo reducir el malestar emocional que provoca la situación, buscando la regulación de las consecuencias emocionales. Surgen cuando el individuo conceptualiza el problema como letal, sin solución. Estos mecanismos tienen una orientación intrapersonal salvaguardar la homeostasis (Servicios Públicos [FeSP], 2015). Estas estrategias no actúan sobre el problema en si mismo, sino sobre la carga emocional que este provoca. Es importante la percepción e interpretación que se tenga del acontecimiento y los pensamientos que surgen del mismo ya que esto determinará la conducta. O sea, regula las emociones que emana el problema. Dentro de este tipo Gonzalez, (2004) cita las siguientes estrategias:

- **Autocontrol:** acciones que tienen la finalidad de autorregular los sentimientos, pensamientos y acciones que surgen de la situación.
- **Evitación:** acciones dirigidas a evadirse de la situación. Las actividades comunes son embriagarse, comer y dormir.
- **Distanciamiento:** acciones actuantes para alejarse de la situación. Las actividades comunes son ignorar, olvidar o no hablar del problema.
- **Revaluación positiva:** acciones centradas en el desarrollo personal y en la búsqueda de un significado positivo del problema.
- **Búsqueda de apoyo social:** acciones de búsqueda de apoyo en otros; personal sanitario, amigos, familia. Búsqueda de información y consejos.

Estrategias de afrontamiento e insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica, es el daño o pérdida grave, progresiva e irreversible, de la función renal, en el que es necesario un tratamiento sustitutivo. Es una enfermedad progresiva, crónica y letal que no tiene cura (Pabón, et al., 2015). Partiendo de esta consideración, la insuficiencia renal crónica supone una crisis vital para el individuo, emergiendo el proceso de afrontamiento, el cual inicia con la evaluación cognitiva primaria dando significado a la enfermedad y evaluación cognitiva secundaria visualizando las estrategias internas y externas con las que dispone el individuo para

hacerle frente a la enfermedad (Oblitas, et al., 2010). La reevaluación siendo un proceso que evalúa la utilidad de las estrategias de afrontamiento y la situación en la que se encuentra de no ser útil la estrategia o se altera la situación, las estrategias cambian también (Díaz, Ángeles, & Villalobos, 2017).

El estrés causado por la enfermedad se debe a un fenómeno contextual debido a la transacción persona-contexto. Es por esto, que van a interferir factores, personales, ambientales y derivados de la enfermedad, en la manera en que el sujeto afronta la misma (Amigo, 2015).

- Factores derivados de la enfermedad: tipo de enfermedad, pérdida de la autonomía y libertad, debilidad física, exposición constante al dolor.
- Factores personales: rasgos de personalidad, estilo de vida, etapa de vida que atraviesa, edad, inteligencia, creencias, habilidades personales.
- Factores ambientales: apoyo familiar, relaciones sociales, estatus económico.

Afrontar la enfermedad crónica conlleva un proceso de autorregulación, el cual comprende todos los esfuerzos que la persona experimenta con el objetivo de mantener o crear las condiciones deseadas en su vida.

METODOLOGÍA

Enfoque de la investigación

Cuantitativa: Hernández, Fernandez, y Baptista (2014) manifiestan que es un proceso estandarizado de pasos a seguir que tiene como particularidad la necesidad de estimar y medir los problemas de investigación de forma numérica. En esta investigación se recolectó los datos mediante métodos estadísticos.

Tipo de investigación

Investigación bibliográfica - documental: Campos, Guzman y Soto, (2018) refieren que este tipo de investigación, se fundamenta en la recolección de datos a través de documentos existentes y la exploración de investigaciones previas. En el presente estudio se utilizó como fuente de información las historias clínicas de los pacientes con

IRC del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ubicado en la ciudad de Ambato.

Diseño de la investigación

Transversal: Navarro, Jiménez, Rappoport y Thoilliez (2017) mencionan que este diseño, tiene por objetivo analizar y estudiar las variables en un único momento. Por tal motivo, este estudio se llevó a cabo en el periodo 2018-2019, cuando se realizó la recolección y análisis de datos.

No experimental: Hernández et al. (2014) indican que en este diseño las variables no son sujetas a modificación, es decir serán observadas desde su forma natural para posteriormente analizarlas. En la presente investigación ninguna de las variables fue manipulada.

Nivel de investigación

Descriptiva: Salinas y Cárdenas (2009) refiere que el nivel de investigación descriptiva, permite determinar cualidades, características y propiedades de fenómenos o problemas, buscando describir las causas que originan la situación analizada. Permitiendo establecer conclusiones y explicaciones para esclarecer teorías. En este sentido, la investigación se basa en el análisis y sistematización detallada de la información, adquirida mediante la exploración de las historias clínicas de pacientes con IRC del Hospital del IEES Ambato, en las cuales se tomará en cuenta las características sociodemográficas y clínicas, tipo de afrontamiento además de, estrategias de afrontamiento, para el diseño del plan de intervención.

Población y muestra

Población

La población de estudio corresponde a 60 historias clínicas pacientes con IRC del Hospital del IEES Ambato.

Muestra

La muestra es no probabilística, seleccionada de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión, es correspondiente a 49 historias clínicas de pacientes con IRC atendidos en el Hospital del IEES Ambato.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis.
- Historias clínicas de pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis sin deterioro cognitivo.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento de diálisis peritoneal.
- Historias clínicas de pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis con deterioro cognitivo.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas

Observación indirecta: Este tipo de observación corresponde a la recopilación de datos de previas observaciones, se utilizan testimonios escritos de personas que han tenido contacto directo con la fuente de información (Hernández, et al., 2014). Sobre esta opinión, la observación indirecta permitió, apreciar a los pacientes a partir de la evaluación previa de los profesionales de la salud mental, mediante una ficha de observación con el fin de registrar y sistematizar los datos de las historias clínicas de los pacientes con IRC atendidos en el Hospital del IEES Ambato.

Análisis documental: Es un proceso de transmisión de información. Se lleva a cabo mediante el análisis, sistematización e interpretación de documentos, orientados a representar su contenido de manera diferente a la forma original (Ocelli y Valeiras, 2012). Permite estudiar bibliografía especializada en torno a la enfermedad renal crónica y estrategias de afrontamiento, además, se recolectó características sociodemográficas y

clínicas de pacientes con IRC descritos en las historias clínicas; para posteriormente precisar los aspectos fundamentales del objeto de estudio investigado y la comprensión de los resultados arrojados para la propuesta de solución.

Instrumentos

Ficha de Observación: Es el instrumento que corresponde a la fuente de información para el investigador. Donde se registra datos detallados del fenómeno a estudiar (Gomez, 2012).

Este instrumento se utilizó para registrar datos, con el fin de obtener información previamente documentada en las historias clínicas de los pacientes con IRC del Hospital del IEISS Ambato. Permitiendo la exploración del mundo de los pacientes en su ambiente natural. Cabe recalcar que para extraer información se registró los resultados del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO) útil para evaluar el tipo de afrontamiento al estrés y las estrategias de afrontamiento en personas adultas que padezcan una enfermedad crónica, es de aplicación individual. La fiabilidad del instrumento fue evaluado mediante el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) el cual indica que el índice de fiabilidad es elevado y plenamente satisfactorio. El cuestionario se compone de 40 ítems, 20 ítems constituyen a cuatro estrategias de afrontamiento; ansiedad y preocupación ansiosa, pasividad y resignación pasiva, huida y distanciamiento, por último negación, escalas que exploran la presencia de pensamientos y conductas no adaptativas. Los 20 restantes evalúan tres estrategias de afrontamiento; enfrentamiento y lucha activa, autocontrol y control emocional, finalmente búsqueda de apoyo social las cuales que indagan la presencia pensamientos y conductas positivos. Las preguntas son expuestas en diferente orden independientemente de lo que evalúen con la finalidad de evitar respuestas repetitivas. Cada ítem dispone de una escala tipo Likert de 4 intervalos; 3 siempre, 2 muchas veces, 1 algunas veces, 0 nunca. Además, se registraron características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con IRC.

Técnicas para procesamiento e interpretación de datos

Para el análisis se elaboró una base de datos con los resultados de CAEPO y características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con IRC, información obtenida de las historias clínicas. Los datos fueron procesados mediante el Software estadístico SPSS versión 25.

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con IRC

VARIABLE	CATEGORÍA	Frecuencia	Porcentaje	TOTAL
Género	Femenino.	15	30,6 %	100 %
	Masculino.	34	69,4 %	
Nivel de Instrucción	Primaria.	19	38,8 %	100 %
	Secundaria.	15	30,6 %	
	Superior incompleta.	2	4,1 %	
	Superior.	13	26,5 %	
Situación Laboral	Trabajan.	12	24,5 %	100 %
	Desempleados.	37	75,5 %	
Enfermedades Asociadas	Diabetes.	2	4,1 %	100 %
	Hipertensión Arterial.	7	14,3 %	
	E. combinadas.	28	57,1 %	
	Otras enfermedades.	10	20,4 %	
	Ninguna.	2	4,1 %	
Tiempo de tratamiento de hemodiálisis	< 1 año	12	24,5 %	100%
	1-5 años	20	40,8 %	
	5-10 años	15	30,6 %	
	>10 años	2	4,1 %	
Edad	Mínimo	Máximo	Media	
	17 años	83 años	57 años	

Fuente: Historias clínicas de los pacientes con IRC del Hospital del IESS Ambato.

Análisis e interpretación:

Mediante la recolección de datos tomados de las historias clínicas, se develan los siguientes resultados: existe un predominio de hombres con el 69,4 % y mujeres con el 30,6 % diagnosticados con IRC en tratamiento de hemodiálisis.

La edad se encuentra comprendida entre los 17 y 83 años teniendo como media 57 años, edad que se enmarca dentro de la adultez donde las condiciones laborales tienen importancia para el sujeto; es por esto que fue oportuno tomar en cuenta la situación laboral, encontrándose que el 75,5% está desempleado ya que el tratamiento de hemodiálisis interrumpe sus actividades de la vida diaria afectando a su imagen corporal, autonomía, libertad, autocontrol, factores que son necesarios en el desenvolvimiento laboral, mientras que los que se encuentran empleados corresponde a un 24,5%, quienes poseen mayor autonomía y logran sentirse útiles ante la sociedad y sus seres queridos.

En el nivel de instrucción se detallan los rangos: primaria 38,8 %, secundaria 30,6%, superior con el 26,5% y superior incompleta con el 4,1%. De lo cual se evidencia que la mayoría alcanza a un nivel de educación básica, situando al sujeto en una población de riesgo debido al desconocimiento y falta de información para el tratamiento de su enfermedad.

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad asociada a otras, ya sea como antecedente o consecuencia de la misma, ésta puede verse acompañada de una o más enfermedades. Es así que en la muestra de estudio se encontró que el 57,1% corresponden a enfermedades combinadas dentro del mismo cuadro, entre las más comunes: la paratohormona, hipertensión, enfermedad pulmonar obstruida, diabetes, problemas cardiacos, alteraciones óseas, hematológicas, auditivas y visuales siendo estas dos últimas las más importantes para el paciente debido a que influye en su autonomía necesitando del cuidado de terceras personas. Y finalmente la IRC se encuentra asociada con una sola enfermedad entre las más comunes: hipertensión arterial con un 14,3 %, diabetes con el 4,1% y otras con el 20,4 % entre las que se hallan miopía, artritis, lupus, ácido úrico alto.

La IRC es una enfermedad silenciosa y de comienzo abrupto, generalmente cuando es diagnosticada el paciente tiene la necesidad emergente de un tratamiento sustitutivo como la hemodiálisis, es por esto que llega a ser invasivo e intrusivo para el mismo ocasionando malestar biopsicosocial. Cabe recalcar que hay ciertos casos en los

que el diagnóstico de IRC antecede por algún tiempo al inicio del tratamiento dialítico lo que ayuda al paciente a adaptarse a esta nueva condición de vida, teniendo como resultado un mejor afrontamiento. El diagnóstico de IRC y su tratamiento son factores estresantes para el individuo es por esto que se ha visto oportuno medirlo: el 40,8 % se encuentra en tratamiento 1 a 5 años, el 30,6 % se encuentra en tratamiento 5 a 10 años, el 24,5 % se encuentra bajo tratamiento menos de 1 año esto puede deberse a la alta tasa de morbilidad, mientras que el 4,1% se encuentra en tratamiento más de 10 años, esta cifra podría deberse a la tasa de mortalidad la cual estima una media de 10 años desde que empiezan con el tratamiento dialítico.

Tabla 2. *Tipos de afrontamiento de pacientes con IRC*

TIPOS	Frecuencia	Porcentaje
Positivo.	5	10,2 %
Preferentemente Positivo.	15	30,6 %
No definido.	0	0 %
Preferentemente Negativo.	18	36,8 %
Negativo.	11	22,4 %
TOTAL	49	100 %

Fuente: Resultados del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO), registrado en las historias clínicas.

Los tipos de afrontamiento valorados en el cuestionario se dividen en cinco categorías, las de más relevancia son: afrontamiento preferentemente negativo 36,8% se encuentran estrategias negativas y positivas, teniendo un predominio de negativas.; afrontamiento negativo 22,4% el sujeto utiliza estrategias exclusivamente negativas. En cuanto al afrontamiento preferentemente positivo el 30,6% utilizan estrategias positivas y negativas sin embargo prevalecen las positivas. Afrontamiento positivo 10,2% presenta estrategias positivas claramente dominantes.

Tabla 3. Estrategias de afrontamiento de pacientes con IRC

ESTRATEGIAS	Frecuencia	Porcentaje
Enfrentamiento y lucha activa.	4	8,2 %
Autocontrol y control emocional.	13	26,5 %
Búsqueda de apoyo social.	3	6,1 %
Ansiedad y preocupación ansiosa.	1	2 %
Pasividad y resignación pasiva.	12	24,5 %
Huida y distanciamiento.	14	28,6 %
Negación	2	4,1 %
TOTAL	49	100 %

Fuente: Resultados del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO), registrado en las historias clínicas.

Análisis e interpretación:

Las estrategias de afrontamiento negativas ven la enfermedad como amenazante y desbordante para los recursos del individuo, entre ellas se encuentran: huida y distanciamiento con el 28,6% lo cual es propio de personas pasivas que evaden la situación real de la enfermedad, volviéndola una consecuencia del destino y movilizando así la responsabilidad de su mejora a otros, incluyendo la divinidad; pasividad y resignación con el 24,5% corresponde a personas que valoran la enfermedad, pronóstico y tratamiento de manera pesimista y fatalista en donde cualquier mínimo esfuerzo pierde valor; la negación con el 4,1% es evidente en personas que tienen escasa aceptación de la enfermedad y lo que conlleva, recurriendo a la toma de nuevos exámenes debido a la creencia de un errado diagnóstico, cambio de profesionales e imaginación de nuevos y mejores tratamientos; ansiedad y preocupación ansiosa con un 2% el cual se basa en una valoración grave de la enfermedad, sin embargo a diferencia de las demás, aquí el individuo experimenta niveles altos de ansiedad e incertidumbre con respecto a la eficacia del tratamiento y pronóstico, volviéndolo en ciertos periodos poco optimista.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento positivas ven a la situación como difícil y amenazante sin embargo, a diferencia de las anteriores, las personas emplean recursos internos y externos ya sea para la modificación del problema o la emoción que evoca el mismo, entre las que se encuentran: autocontrol y control emocional con el 26,5% surge en personas que tienden a contrarrestar o disminuir los estados emocionales negativos que provoca la enfermedad mediante el manejo y expresión adecuada de las emociones y formulación de pensamientos positivos que ayuden a mantener la calma; enfrentamiento y lucha activa con el 8,2% valoran la enfermedad como un reto y se visualizan como entes activos en su tratamiento y pronóstico a través del cumplimiento de instrucciones médicas; búsqueda de apoyo social con 6,1% las personas que utilizan esta estrategia sienten la necesidad de crear y fortalecer sus redes de apoyo familiares y sociales para mejorar su situación, pues tienen la creencia de que no podrán superar el tratamiento sin el soporte afectivo y moral de los demás.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

El plan de intervención se basa en la teoría de la evaluación cognitiva de Lazarus y Folkman (1986), quienes manifiestan que el afrontamiento dentro del modelo transaccional, es la relación directa entre persona –situación (Meichenbaum, 1987). Surge cuando la persona define la situación como estresante y la visualiza como pérdida, amenaza o desafío para poner en marcha sus recursos internos y externos. Así pues, como se analizó en la investigación realizada el diagnóstico de la IRC y el someterse a tratamiento sustitutivo provoca un desbalance psicológico, físico y social en la persona.

Como respuesta a este problema, se vio oportuno diseñar un plan de intervención fundamentado en la inoculación del estrés, procedimiento cognitivo-conductual que tiene como finalidad reducir el estrés que provocan situaciones externas o internas, mediante diferentes elementos como: la reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, autorregistros y psicoeducación (Serrano, Sánchez y Escobar, 2016).

Objetivo

- Entrenar al paciente en estrategias de afrontamiento que le permitan adherirse al tratamiento y mejorar su calidad de vida.

Indicaciones

- Identificar la fase de evolución psíquica en la que se encuentra el paciente en base a los criterios de los profesionales multidisciplinarios encargados del área
- Este plan se aplica de forma individual, por ende, las características de los pacientes son diferentes, es importante adaptar el plan de acuerdo a las necesidades de cada caso.
- En el caso de que el paciente se encuentre atravesando por algún tipo de trastorno o enfermedad mental, es importante brindar predominio en el tratamiento a la misma antes de aplicar el plan propuesto.

FASES DE EVOLUCIÓN PSIQUICA	TÉCNICA	OBJETIVO	ACTIVIDADES			MÉTA
			Nº S	T.E.S.	Modalidad	
<p>UREMIA TERMINAL</p> <p>La primera fase, estado previo al inicio de diálisis.</p> <p>El paciente experimenta diversos síntomas psicológicos como: apatía, irritabilidad, cansancio, agitación, tristeza, insomnio, disminución de la libido, alteraciones en la atención y concentración, debido al alto nivel de uremia acumulado en el organismo (Zubieta, 2016).</p> <p>Nota: Cabe recalcar el diagnóstico de esta enfermedad es abrupto, por lo cual es necesaria una intervención rápida y eficiente para que el paciente acceda al tratamiento.</p>	<p>Técnica de comunicación: se basa en informar a la persona a cerca de la situación que está atravesando (Tobon y Vinaccia, 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> Estrategia de comunicación, psicoeducación. 	<p>Proporcionar información al paciente sobre su estado de salud actual.</p>	<p>Nº S 1-3</p>	<p>T.E.S. 45 min</p>	<p>Modalidad Presencial</p>	<p>Paciente conoce sobre su enfermedad.</p>
	<p>Proyección en el tiempo: es una técnica útil para descatastrofizar eventos que generen estrés. Se basa en una proyección de sí mismo al futuro (Caballo, 1998).</p>	<p>Vincular al paciente a sus redes de apoyo.</p>	<p>Actividad 1: Previa presentación, exponer el rol del psicólogo en la salud, propiciando así una relación empática profesional-paciente.</p> <p>Actividad 2: Explicar al paciente sobre la insuficiencia renal crónica (IRC), posibles causas, factores de riesgo, sintomatología que experimenta y tipos de tratamiento. Para finalizar se responde las dudas que tenga el paciente.</p>	<p>Actividad 3: Sugerir al paciente el tipo de tratamiento más óptimo para su condición. Proporcionar argumentos que ayuden al paciente a visualizar sus redes de apoyo social con la finalidad que descatastrofizar y disminuir la carga emocional que provoca la situación en el mismo. Preguntas para persuadir al paciente: ¿que significado tiene usted para su familia? ¿qué pasaría con ellos si usted falta? ¿cómo se sentirían?</p>	<p>Paciente ve en sus seres cercanos redes de apoyo para sobre llevar la enfermedad</p>	
	<p>Exposición en vivo: la persona se confronta directamente con la situación que genera estrés (Ruiz et al., 2012), es una exposición directa y personal con el estresor.</p>	<p>Modificar la percepción que el paciente tiene de la hemodiálisis.</p>	<p>Actividad 4: Visualización en vivo del tratamiento de hemodiálisis. Se llevará a cabo con la guía del psicólogo/a, para la explicación del proceso de tratamiento. Esta actividad puede ir acompañada por el relato de un paciente que lleve un manejo adecuado de su enfermedad (apoyo).</p>	<p>Paciente accede al tratamiento de hemodiálisis y visualiza de manera realista el proceso.</p>		

			N° S	T.E.S.	Modalidad	
			1-8	45 min / sesión	Presencial	
<p>RETORNO DE ENTRE LOS MUERTOS</p> <p>La segunda fase, también llamada fase de euforia o luna de miel.</p> <p>Comienza en las primeras sesiones de diálisis hasta los 6 meses como máximo.</p> <p>El paciente se siente esperanzado, motivado, acepta su dependencia a una máquina, tiene la necesidad de vivir y de confianza con la vida (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2017)</p> <p>En esta fase el paciente se encuentra con cuidados hospitalarios, no ha retomado sus actividades de la vida diaria.</p>	<p>Técnica de comunicación: se basa en informar de manera empática al paciente, mediante la psicoeducación</p>	<p>Promover hábitos saludables para mejorar la calidad de vida del paciente.</p>	<p>Actividad 5: Reunión psicólogo/a, nutricionista y paciente. Para realizar una valoración nutricional y determinar los nuevos parámetros que se deben tener en cuenta para su autocuidado. El psicólogo debe proporcionar estrategias que le ayuden a mantener su nuevo régimen alimenticio a demás monitorear la evolución del paciente ya que es vital para sobrellevar la enfermedad.</p>			<p>Paciente adquiere conocimiento sobre nuevos hábitos alimenticios.</p>
	<p>Técnica de control de estímulos: se refiere a la realización de actividades que ayuden a disminuir ciertos síntomas psicofisiológicos del estrés (Ruíz, Imbernon y Cano, 2000).</p>	<p>Disminuir sintomatología psicofisiológica del estrés.</p>	<p>Recomendar el ejercicio físico diario (según su estado de salud previa valoración de médica) como medida terapéutica de distensión debido a la carga ansiógena que encuentra expuesto.</p>	<p>Paciente conoce los beneficios del ejercicio y lo utiliza como mecanismo para controlar síntomas psicofisiológicos del estrés.</p>		
	<p>Ayuda externa: se basa en realizar un material de apoyo externo, que sirva como guía para alguna actividad (Ruiz et al., 2012).</p>	<p>Incrementar la autonomía del paciente en cuanto a sus hábitos alimenticios</p>	<p>Actividad 6: Recapitulación de la reunión. Posteriormente se apunta en una libreta los alimentos que puede consumir acompañados de sus raciones semanales.</p>	<p>Paciente realiza una guía con los alimentos que es recomendable consumir .</p>		
	<p>Modelado simbólico: técnica que se lleva acabo mediante un soporte ya sea visual, auditivo o escrito, con la finalidad de promover patrones de conducta.</p>	<p>Promover patrones de comportamientos adaptativos para su enfermedad.</p>	<p>Actividad 7: Después de la identificación de los alimentos necesarios para una alimentación oportuna y saludable. Se procede junto con el paciente a diseñar una dieta por día (también se puede utilizar esta actividad como tarea para casa hasta que se haga un hábito de autocontrol en su alimentación).</p>	<p>Paciente participa y mantiene un rol activo en el tratamiento de su enfermedad.</p>		

		N° S	T.E.S.	Modalidad
		1-20	45 min /sesión	Presencial
<p>RETORNO DE ENTRE LOS VIVOS</p> <p>Tercera fase empieza cuando el paciente tiene la necesidad de reincorporarse a su vida diaria.</p> <p>Se encuentra en un proceso de adaptación a su nueva forma de vida. Experimenta ansiedad, debilidad, falta de autocontrol y autonomía, distorsión de la imagen corporal, cambios en el rol familiar y de pareja, estrés, baja autoestima.</p>	<p>Técnica de autorregistros: es de utilidad para recoger información a cerca del estado emocional del paciente e identificar las la situación que causa malestar con la finalidad de confrontarlas (Caballo, 1998).</p> <ul style="list-style-type: none"> Registro diario de pensamientos distorsionados 	<p>Identificar los pensamientos que causan malestar.</p>	<p>Actividad 8: Se explica al paciente sobre la utilidad del ejercicio y las instrucciones. Realizar una tabla donde se encuentren las siguientes secciones: 1) la hora y día en el que ocurre el acontecimiento que causa malestar, 2)describir la situación detallando donde estaba y que estaba pasando cuando sucedió, 3) poner la emoción que experimenta y su intensidad del 1 al 100%, 4) identificar los pensamientos automáticos que se relacionan con la emoción, 5) respuesta real y lógica a la situación y se evalúa su lógica del 1 al 100% 6) reevaluación del acontecimiento se evalúa su credibilidad y la intensidad de la emoción que emana.</p>	<p>Paciente identifica los pensamientos que causan malestar y controla la respuesta emocional que provoca, mediante la racionalidad.</p>
	<p>Nota: La reincorporación su vida cotidiana previa al diagnostico debe ser progresiva no abrupta.</p>	<p>Técnica de descubrimiento guiado: se da mediante el debate socrático en el cual el terapeuta ayuda al paciente a visualizar nuevas perspectivas que le que favorezcan al pensamiento racional. (Beck, 1997).</p>	<p>Identificar las creencias irracionales que surgieron desde el diagnostico de la enfermedad.</p>	<p>Actividad 9: Mediante el diálogo socrático el psicólogo debe ir identificando las distorsiones cognitivas que sustentan el diálogo del paciente. Seguidamente después de la escucha activa al paciente se le mostrará un listado de las creencias irracionales de Beck con la finalidad de que el paciente identifique sus distorsiones cognitivas y pueda darles un significado racional.</p>

RETORNO DE ENTRE LOS VIVOS

	<p>Reatribución: tiene la finalidad de eliminar estigmas cognitivos erróneos, dando relevancia a situaciones positivas e irrelevancia a las negativas mediante atribuciones.</p>	<p>Incrementar la relevancia a situaciones que sean productivas para el paciente mediante las atribuciones.</p>	<p>Actividad 10: Citar situaciones en las que el paciente cuida de sí mismo y de su enfermedad. Identificar las atribuciones (locus de control, estabilidad y especificidad). Ejemplo paciente sigue su régimen alimenticio de manera óptima. Locus de control: <i>interno</i> por su fuerza de voluntad, decisión y constancia (eleva el autoestima). Estabilidad: inestable (tiempo, podría no seguir el tratamiento, pero lo hace por elección). Especificidad: específicas (el avance es producto de sus destrezas o características propias)</p>	<p>Paciente reconoce sus limitaciones y potencializa sus destrezas para sobrellevar la enfermedad</p>
	<p>Metáfora de narración constructiva: cada persona construye una forma representativa de su realidad, la finalidad del terapeuta con esta técnica es que el paciente sea consciente de su realidad y de las consecuencias de estas construcciones. Es de utilidad para el proceso adaptativo (Amigo, 2015).</p>	<p>Entender la dinámica interna del individuo y las consecuencias de las construcciones.</p>	<p>Actividad 11: Se compara al paciente con un carruaje y los elementos que lo forman. Cada elemento tendrá una representación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El caballo hace referencia a las emociones pues tiene una energía vital tira del conjunto es el medio directo con ambiente. • El cochero hace referencia a la mente, los pensamientos, estos son quien dirigen el carruaje, los caballos. Es el centro de todo. Mantiene un control directo de las emociones. • El carruaje hace referencia al cuerpo físico, su condición su cuidado. • El señor, por quien se hace el viaje y quien da sentido. Es el ser , la esencia lo espiritual. <p>Además se puede incluir el camino haciendo referencia a la vida, según la condición que atraviese el paciente.</p>	<p>Paciente con conciencia plena de su cuerpo y mente, entiende los procesos internos y externos que experimenta.</p>

RETORNO DE ENTRE LOS VIVOS

	<p>Técnica de respiración diafragmática: el proceso de inhalar y exhalar se lleva a cabo mediante el abdomen.</p>	<p>Reducción de la sintomatología ansiosa que experimenta el paciente al ser expuesto a situaciones de estrés.</p>	<p>EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN <i>Actividad 12:</i> Respiración diafragmática. Se envía el aire directo al abdomen. En primer lugar se coloca una mano en el pecho y otra en el abdomen para comprobar si se está llevando el aire correctamente. En segundo lugar se inhala aire durante 5 s, se retiene el aire en el estómago durante 5 s y se expulsa el aire de manera lenta y progresiva. Es recomendable durante el entrenamiento hacerlo parado las primeras, para comprobar si se está haciendo bien el ejercicio.</p>	<p>Paciente mantiene control sobre el nivel de activación de su cuerpo.</p>
	<p>Técnica de respiración contada: se lleva a cabo mediante la respiración diafragmática y la verbalización de calma al inhalar y relax al exhalar (Jiménez, 2015).</p>	<p>Instruir al paciente para el control de las emociones mediante técnicas de respiración</p>	<p><i>Actividad 13:</i> Ejemplo: respiración para el control de la ira. Reconoce el evento que produce ira e inhala y se piensa en una palabra calma , exhala y se piensa en una palabra relax el proceso de exhalar es mas intenso y fuerte desechar todo el aire contenido.</p>	<p>Paciente reconoce la ira como emoción y controla los niveles de ira mediante ejercicios de respiración.</p>
	<p>Relajación muscular progresiva: esta técnica ayuda a la distensión los músculos para conseguir un estado de relajación profunda a nivel físico y mental (Jiménez, 2015).</p>	<p>Instruir al paciente en técnicas de relajación para el control en la activación del sistema parasimpático.</p>	<p>EJERCICIO DE RELAJACIÓN <i>Actividad 14:</i> Partes que se van a trabajar : manos, brazos, antebrazos, hombros, nuca, frente, cejas, ojos, lengua, mandíbula, labios , pecho, diafragma, nalgas, piernas y pies. Se debe tensionar cada musculo que incorpore la zona mencionada durante 5 s y proceder a distensionar durante 5 s y tomar conciencia de la tensión y distención de los músculos. Se recomienda debe ir en orden y acompañado de la respiración profunda. Se pueden dividir por sesiones hasta que el paciente se entrene.</p>	<p>Paciente conoce y entrena la técnica, la replica cuando es necesario.</p>

RETORNO DE ENTRE LOS VIVOS	<p>Distracción cognitiva e imaginación: utiliza mecanismos para distraerse de acontecimientos que causen malestar con la finalidad de que no se activen pensamientos destructivos y emociones negativas (Beck, 1997).</p>	<p>Disminuir la intensidad del dolor mediante la disminución de la sensación nociceptiva del dolor.</p>	<p>Actividad 15: Cuando se encuentra expuesto a situaciones altamente estresantes o a situaciones de dolor constante. Debe, primero una palmada fuerte cualquier estímulo físico que permita quitar la atención de esa situación ansiógena, seguidamente mediante una orden verbal y mental ¡basta!, se produce una ruptura de la atención y concentración en el . Segundo se concentra en un momento de su vida que le gustaba, un objeto, en un lugar en que se sienta bien. La concentración debe estar enfocada en un estímulo que genere tranquilidad al paciente. Es recomendable implicar emociones, sensaciones para revivir el estímulo mediante la imaginación.</p>	<p>Paciente tiene la capacidad de controlar la sensación nociceptica del dolor</p>
	<p>Inducción de cólera controlada: se utiliza en aquellas situaciones que provocan un desagrado con la vida o tristeza profunda (Ruiz el al., 2012).</p>	<p>Controlar el estado emocional de tristeza profunda.</p>	<p>Actividad 16: Identificar situaciones de enfado en la vida del paciente, donde haya experimentado ira. Ej.: Cuando le chocaron el auto. ¿qué experimentó? ¿dónde estaba? ¿cómo identifica la ira?. Esta técnica se utiliza cuando el paciente experimenta una tristeza profunda.</p>	<p>El paciente recupera su homeostasis.</p>
	<p>Distracción externa: técnica recomendada para aliviar sentimientos de tristeza, malestar o angustia. En el momento que surgen dichos sentimiento debe realizar actividades externas que llamen su atención (Ruíz el al., 2000).</p>	<p>Controlar las emociones que emergen al estar en contacto con la el acontecimiento estresor.</p>	<p>Actividad 17: Identificar las situaciones que generen malestar, tristeza o angustia. Posteriormente realizar actividades que ayuden movilizar el foco de atención de la situación estresante. Se recomienda actividades como: ver la televisión, escuchar música, salir a pasear, leer un libro, realizar actividades que involucren la mayoría de los sentidos.</p>	<p>Paciente identifica las situaciones y emociones que provocan malestar y las canaliza utilizando actividades distractoras.</p>

			N° S	T.E.S.	Modalidad	
			1-3	45min/ sesión	Presencial	
<p>ETAPA FINAL O TERMINAL</p> <p>Cuarta etapa el tratamiento sustitutivo deja de funcionar y los síntomas de la uremia avanzan con rapidez.</p> <p>El paciente pasa por cuatro fases adaptativas: negación, ira, indignación, negociación y aceptación.</p>	<p>Metáfora de narración constructiva: cada persona construye una forma representativa de su realidad, la finalidad del terapeuta con esta técnica es que el paciente sea consciente de su realidad y de las consecuencias de estas construcciones. Es de utilidad para el proceso adaptativo (Amigo, 2015).</p>	<p>Asimilar la muerte como parte de la vida.</p>	<p>Actividad 18: Metáfora sobre el ciclo de vida, cuyo objetivo sea entender a la muerte como parte de la vida y ayudar a pasar las fases adaptativas. Dicen que cuando nacemos empezamos a morir pues la muerte es parte de la vida, la muerte como la vida se encuentra en todos los seres vivos plantas, animales y humanos esta en todo lo que empieza y en todo lo que acaba. La muerte acoge, abraza, guía en su viaje final recordando siempre que lo único que nunca muere es el amor. “Las personas nunca se van por completo, porque aquello que han dado se queda siempre en los seres cercanos” A continuación se citarán la fases adaptativas y la función del psicólogo en cada fase Fase de negación: proporcionar información veraz, actitud empática. Fase de ira o indignación: informar al personal sanitario y familia que la respuesta del paciente, es propia de la fase que está atravesando no debe confundirse con hostilidad. No confrontar al paciente. Es recomendable hacer catarsis. Fase de negociación o pacto: brindar soporte al paciente y familia, ser tolerante y respetuoso con las creencias del paciente. Es recomendable integrar a la familia para que brinde soporte al enfermo. Fase de aceptación: Atención a necesidades espirituales. Despedidas. Es importante que el psicólogo prepare a la familia para la interacción familia-paciente.</p>	<p>Paciente acepta la muerte y se prepara para ella .</p>		

DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados, se consideró óptimo identificar características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con IRC. Respecto al género el 69,4% son masculinos mientras que el 30,6 % son de género femenino, estos resultados guardan concordancia con lo que revela Merino (2018) en su estudio, donde el 60% de personas con IRC bajo tratamiento de hemodiálisis son de género masculino, siendo en este grupo la evolución de la enfermedad más rápida, los mismos que poseen mayor inserción y seguro laboral, lo que conlleva a un fácil acceso al servicio de salud. En el caso del género femenino la situación difiere debido a que se dificulta el acceso al tratamiento dialítico, es por esto que la tasa de mortalidad en mujeres es alta en prediálisis (Arenas, Martín, Carrero, y Ruiz, 2018). En cuanto, a la situación laboral el presente estudio revela que el 75,5% se encuentran desempleados, así mismo Julian, Molinuevo y Sánchez (2012) manifiestan que el 66,7% de pacientes con IRC no están empleados lo cual indica que esta enfermedad y el tratamiento que conlleva son factores importantes de incapacidad laboral debido a la existencia de un progresivo desgaste físico e inversión de tiempo durante las dialisis.

La insuficiencia renal crónica es catalogada como un mal social, debido al incremento en la morbilidad y mortalidad, además, de las repercusiones que causa en quién la padece. El diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad suponen una carga de estrés, es por ello oportuno evaluar el tiempo de tratamiento, el 40,8% se encuentra en el rango de 1-5 años bajo tratamiento de hemodiálisis teniendo en cuenta que podrían encontrarse en la tercera fase de evolución psíquica de la IRC llamada retorno de entre los vivos donde están en un proceso de adaptación a su nuevo estílo de vida y es probable que experimenten falta de autonomía y libertad debido al tratamiento, tristeza ansiedad, distorsión corporal entre otros (Zubieta, 2016).

Los tipos de afrontamiento evaluados en la investigación se dividen en dos grandes categorías negativo y positivo, en cuanto a la primera categoría se dividen en dos rangos preferentemente negativo 36,8 % y negativo 22,4 % mismos que tienen un total del 59.2 % con lo cual, se hace evidente que los pacientes usan las estrategias de afrontamiento no adaptativas o negativas, las cuales involucran alteraciones en cuanto a hábitos y conductas que los alejan de la adherencia al tratamiento y del mejoramiento de su calidad de vida. En México Rivera et al. (2012), realizaron una investigación que

relaciona el afrontamiento, desajuste psicológico y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal, afirman que el tratamiento sustitutivo los mantiene con vida, pero no garantiza un completo bienestar integral, entonces, los pacientes que presentan desajuste psicológico afrontan la enfermedad con una alta autofocalización negativa y alta expresividad emocional abierta.

En la muestra de investigación se considera importante describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados con IRC, la más utilizada fue huida y distanciamiento con un 28,6% este resultado podría deberse a que los pacientes prefieren evitar eventos sociales para no hablar de la enfermedad ni exponerse a restricciones alimenticias públicas, por el descenso de energía física que provoca la enfermedad y el tratamiento, además, mantienen una actitud pasiva en el tratamiento movilizándolo la responsabilidad de su salud al destino o a factores externos. En el estudio realizado por Toasa, (2017) en la ciudad de Ambato, muestra que un 40% utiliza como estrategias de afrontamiento la Retirada Social, generada por el estrés al que se encuentra sometido, limitando el desenvolvimiento social adecuado. La segunda estrategia de afrontamiento más utilizada es autocontrol y control emocional en un 26,5%, entonces se puede decir que surge debido a la necesidad de disminuir la carga emocional que supone el diagnóstico y tratamiento, mediante el manejo y expresión adecuada de las emociones, los datos obtenidos se corroboran con la investigación de Merino, (2018) en la cual se evidencia que el 54% de pacientes emplean estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, siendo estas comúnmente utilizadas por personas que atraviesan por una enfermedad crónica e irreversible (Cassaretto y Paredes, 2006).

Es importante traer a colación que el presente estudio brinda una puerta a futuras investigaciones tomando en cuenta otras variables, como también los datos obtenidos en el presente, es fundamental indicar que aún no se ha tomado en cuenta los resultados respecto a la ejecución del plan de intervención creado a lo largo de esta investigación, el mismo que podría sacar a relucir datos que no han sido evaluados durante este estudio.

CONCLUSIONES

- Entre las características más relevantes se pudo determinar, el género masculino tiene una predominancia con el 69,4%, el nivel de instrucción tiene mayor afluencia en estudios básicos (primaria y secundaria) con el 69,4% y en cuanto a la situación laboral el 75,5 % se encuentran desempleados, por lo que se puede situar a la insuficiencia renal crónica como un factor de riesgo para la incapacidad laboral.
- El tipo de afrontamiento que predomina en la muestra es el preferentemente negativo con 36,8 % este, ve la enfermedad como una amenaza u obstáculo y manifiesta conductas autodestructivas.
- La estrategia de afrontamiento más utilizada por los pacientes con IRC bajo tratamiento de hemodiálisis es, huida y distanciamiento con el 28,6%, debido a se muestran como entes pasivos ante el tratamiento de la enfermedad, movilizand o la responsabilidad de su pronóstico al destino, a otros o la divinidad incluyéndose la religión.
- El plan de intervención psicológico se fundamenta en la teoría de la evaluación cognitiva y la inoculación del estrés la cual, mediante procesos cognitivos y conductuales tiene por objetivo el entrenamiento y adquisición de estrategias de afrontamiento que ayuden a la adherencia al tratamiento y mejoren la calidad de vida del paciente.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere que el plan de intervención propuesto en esta investigación sea ejecutado por un profesional de la salud mental con experiencia en el tratamiento de personas con enfermedades crónicas, teniendo como finalidad evitar la mala praxis.
- Se recomienda que la población de estudio tenga mayor accesibilidad a la atención psicológica ya que comprenden una población vulnerable y de riesgo.
- Realizar protocolos de prevención de la Insuficiencia Renal Crónica, debido a que es una enfermedad que se puede prevenir mediante hábitos alimenticios y deportivos.

- Luego de la sustentación del presente estudio de investigación, se debe asumir como una propuesta de política pública a implementarse en los departamentos de hemodiálisis en hospitales públicos.

REFERENCIAS

- Amigo, I. V. (2015). *Manual de psicología de la salud* (2ª edición ed.). Pirámide.
- Arenas, D., Martín, A., Carrero, J., & Ruiz, T. (2018). *La nefrología desde una perspectiva de género*. Revista de la sociedad española de nefrología, 463-465.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoría y práctica*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Caballo, V. (1998). *Manual de técnicas y modificación de conducta*. Madrid: siglo veintiuno editores.
- Calderón, L., Serrano, J. y Muñoz, A. (14 de Febrero de 2015). *Enfermedad renal crónica en centro américa* . Revista de medicina interna, 1-2.
- Campos, M., Guzman, M., y Soto, R. (2018). *Esquema de Investigación*. San José: Universidad de Costa Rica. Recuperado el 2 de Julio de 2019, de [http://www.icomoscr.org/m/investigacion/\[EG0124\]GuiaAcademica-I-ProgramaGrupo014.pdf](http://www.icomoscr.org/m/investigacion/[EG0124]GuiaAcademica-I-ProgramaGrupo014.pdf)
- Cassaretto, M. y Paredes, R. (2006). *Revista de psicología*, XXIV(1), 109-120.
- Castaño, E. y Leon, B. (Junio de 2010). *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal*. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 245-257. Recuperado el 2 de Julio de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>
- Díaz, M., Ángeles, R., & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Bilbao:Desclée de Brouwer.
- Farreas, R. (2016). *Medicina interna*. Barcelona, España: Elsevier.
- Galán, S. C., & Camacho, E. G. (2012). *Estrés y salud*. México, México: Manual Moderno.

- Gomez, S. B. (2012). *Metodología de la investigación (1ª edición ed.)*. México, México: Red Tercer Milenio.
- González, L., Matin, L., Bayarre, H. y Hernández, A. (Junio de 2019). *Estrategias de afrontamiento de pacientes en espera de trasplante renal*. Revista habanera de las ciencias médicas, 540-542.
- Gonzalez, M. T. (2004). *CAEPO Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos*. Madrid: TEA Ediciones,S.A.
- Hernández, R., Fernandez, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación (Sexta ed.)*. México, México: McGrawHill.
- Jiménez, M. (2015). *La técnica de la inoculación y los efectos en el estrés laboral de los docentes "Pensionado Americano" International School de Riobamba, periodo noviembre 2013-abril 2014*. Tesis de pregrado, Riobamba.
- Julian, M., Molinuevo, J. y Sánchez, J. (2012). *Situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal*. Revista de nefrología, 439-445.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martinez Roca.
- Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J. y Loscalzo, J. (2013). *Harrison: manual de medicina*. México, México: McGrawHill.
- Lucio, C. (21 de 3 de 2017). *La enfermedad renal crónica, una "epidemia silenciosa"*. El Mundo, págs. 1-2.
- Marrero, S., Hortal, L., Vega, N. y Rodriguez, J. (Mayo de 2015). *Nefropatías hereditarias y congénitas*. Elsevier, 4793-4802. Recuperado el 13 de Junio de 2019, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215001298>

- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación al estrés*. Barcelona, España: Martínez Roca,S.A.
- Merino, Y. (2018). *Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica hospitalizados en el área de nefrología del hospital Carlos Andrade Marín*. Universidad Central del Ecuador. Quito: Tesis.
- MSP. (2015). *Programa nacional de salud renal*. Quito: MSP.
- Oblitas, L., Labiano, M., Fusté, A., Fiorentino, M., Becoña, E., Mussi, C., . . . Robles, R. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida (Tercera ed.)*. Santa Fé, Colombia: CENGAGE.
- Ocelli, M. y Valeiras, B. (Agosto de 2012). *Los libros de texto de ciencias como objeto de investigación: una revisión bibliográfica*. Revista de investigación y experiencias didácticas, 133-150.
- OMS. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Ginebra: OMS. Recuperado el Mayo de 2019, de Organización mundial de la salud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1
- OPS. (11 de Marzo de 2014). *Organización mundial de la salud*. Recuperado el 21 de Mayo de 2019, de Organización panamericana de la salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379:2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&Itemid=1926&lang=es
- Pabón, Y., Paez, k., Rodriguez, K., Medina, C., López, M. y Salcedo, L. (Diciembre de 2015). *Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica*. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 12(2), 157-167.
- Panchano, A. (Agosto de 2018). *Enfermedades renales se incrementan en Tungurahua*. La Hora, págs. 7-8.

- Papadakis, M. y McPhee, S. (2017). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México, México: McGrawHill.
- Perales, C., Garcia, A. y Reyes, G. (Junio de 2012). *Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis*. Scielo, 20-35. Recuperado el Junio de 22 de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952012000700009&script=sci_arttext&tlng=en
- Pujadas, M. D. (2015). *Diseño de un programa de evaluación e intervención de variables emocionales, conductuales y personales para personal de emergencias*. Universitat de les Illes Balears, Psicología. Palma de Mallorca: VNIVERSITAS.
- Rodríguez, A., Zúñiga, P., Contreras, K., Gana, S. y Fortunato, J. (2016). *Revisión teórica de las estrategias de afrontamiento (coping) según el modelo transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman en pacientes quirúrgicos bariátricos, lumbares y plásticos*. *El dolor* 66, 13-23.
- Rivera, A., Montero, M. y Sandoval, R. (Agosto de 2012). *Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal*. *Salud Mental*, XXXV(4), 329-334. doi:2012;35:329-337
- Ruiz, Á., Díaz, I., & Arabella, V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Ruíz, J. J., Imbernon, J. J., & Cano, J. J. (2000). *Psicoterapia cognitiva de urgencias*. Madrid, España: ESMD-ÚBEDA.
- Serrano, I., Sánchez, J. y Escobar, M. (2016). *Programa de inoculación al estrés para hacer frente a la ansiedad ante los exámenes: eficacia diferencial en función de la preocupación o emocionalidad*. *Avances en psicología latinoamericana*, XXIV, 4-10.
- Servicios Públicos-FeSP. (15 de Marzo de 2015). *Sector de educación infantil*. Recuperado el 12 de Octubre de 2019, de infantilprl: <https://infantilprl.saludlaboral.org/riesgos-sector/4->

riesgos-psicosociales/4-1-estres-2/4-1-2-modelos-teoricos-sobre-la-aparicion-del-estres-laboral/4-1-3-proceso-de-apreciacion-del-estres/4-1-4-fases-de-desarrollo-del-estres-sindrome-general-de-adaptaci

Tobon, S., & Vinaccia, S. (2003). *Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida*. *Psicología y salud*, 162-175.

Toasa, P. (2017). *Estres y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis*. Universidad Técnica de Ambato. Ambato: Tesis.

Uribe, A., Ramos, I. y Villamil, I. (2018). *La importancia de las estrategias de afrontamiento en el bienestar psicológica en una muestra escolarizada de adolescentes*. *PSICOGENTE*, 186-203. Recuperado el 28 de Junio de 2019, de <http://doi.org/10.17081/psico.21.40.3082>

Velasco, M. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: Sistemas, historias y creencias*. México, México: El manual moderno.

Velez, E. V. (2010). *Representaciones de la insuficiencia renal crónica; afrontamiento y adherencia al tratamiento*. Universidad de Alcalá, Departamento de psicología y educación física. Madrid: Universidad de Alcalá.

Villacís, B. y Carrillo, D. (2012). El País: *La nueva cara sociodemográfica del Ecuador*. (INEC, Ed.) *Revista ecuatoriana de estadística*, 43-48.

ANEXOS

Anexos 1. Ficha de observación

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS				
Nº de ficha:	Fecha de nacimiento:	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Género: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Edad cronológica: ___ 16-30 <input type="checkbox"/> 31-45 <input type="checkbox"/> 46-60 <input type="checkbox"/> >60 <input type="checkbox"/>
Nº Historia Clínica:	Nacionalidad:	Residencia:	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Nivel de escolaridad:
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>	SITUACIÓN FAMILIAR		Identidad cultural:	Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>
	Tiene hijos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Números de hijos:	Rol en la familia: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Espos@ <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>	Mestizo <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Nivel socioeconómico: Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>	SITUACIÓN LABORAL			
	Profesión:	Trabaja: Si <input type="checkbox"/> Ocupación No <input type="checkbox"/> Tiempo de desempleo		
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD:				
Enfermedades asociadas: Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> E. pulmonar obstruida crónica <input type="checkbox"/> Alteraciones oseas <input type="checkbox"/> Alteraciones hematológicas <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>	Tiempo de diagnóstico de insuficiencia renal crónica: 1 -3 años <input type="checkbox"/> 3-5 años <input type="checkbox"/> 5-10 años <input type="checkbox"/> >10 años <input type="checkbox"/>	Tiempo de tratamiento de hemodiálisis: < 1año <input type="checkbox"/> 1-3 años <input type="checkbox"/> 3-5 años <input type="checkbox"/> 5-10 años <input type="checkbox"/> >10 años <input type="checkbox"/>	Nº de sesiones por semana y duración:	

Se pudo evidenciar con el compromiso con el tratamiento:	HÁBITOS	SI	NO	FRECUENCIA			
				Siempre	frecuentemente	A veces	Nunca
Si <input type="checkbox"/>	Cumple con las 5 comidas diarias						
No <input type="checkbox"/>	Consume de 100gr a 125gr rac/día de carne (tamaño de la palma de mano).						
	Consume legumbres 1-2 rac/semanal zanahoria, esparrago, arvejas, garbanzos, lenteja, frejol... (tamaño del ratón de un computador)						
	Consumo de lácteos descremados 1-2rac/día 100mml o yogures 100gr (una tacita de café o medio vaso)						
	Consumo de agua de 4-8 rac/día (visualizar de forma global líquidos)						
	Consumo de frutas 1-2 rac/día.						
	Cocina las verduras, hortalizas, legumbres 2 veces mínimo o los deja en remojo horas antes del consumo.						
	CONSUME ALIMENTOS PRE-COCIDOS, EMBUTIDOS, BOLLERIAS, ALIÑOS PREPARADOS...						
	CONSUME TABACO O ALCOHOL.						
	Toma medicamentos sólo bajo prescripción médica.						
	Toma los medicamentos a las horas prescritas.						
	Asiste regularmente al tratamiento de hemodiálisis.						
	Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de la vida diaria						
	Asiste a las consultas de seguimiento programado.						
	Duerme las 8 horas diarias.				I. inicio	I. medio	I. tardío
REGISTRO DE LOS RESULTADOS DE LAS BATERÍA PSICOLÓGICAS							
Cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológico o con enfermedades crónicas (CAEPO).	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	SI	NO				
	Escala enfrentamiento y lucha activa.						
	Escala de autocontrol y control emocional.						
	Escala de apoyo y búsqueda social.						
	Escala de ansiedad y preocupación ansiosa.						
	Escala pasiva y resignación pasiva.						
	Escala de huida y distanciamiento.						
	Escala de negación.						
Plutchik de Riesgo Suicida.	Presenta.						

Anexo 2. Cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO)

CAEPO

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos

Nombres y apellidos:	
Centro:	Fecha:

A continuación, aparecen una serie de frases que se refieren a distintas formas de actuar ante situaciones difíciles o problemáticas. La situación en la que usted se encuentra ahora podría considerarse que tiene estas características. Indique rodeando con un círculo, con cual de dichas formas se identifica más a su manera de **COMPORTARSE EN ESTA SITUACIÓN**. No hay respuestas buenas ni malas ya que cada persona puede resolver sus problemas de la forma que considera más conveniente. Procure contestar con la mayor sinceridad.

Hay cuatro opciones posibles en cada cuestión:

0	1	2	4
Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre

	Ítems	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión y otras cosas.	0	1	2	3
2	Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
4	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6	Pienso que esto que me sucede es porque no me he preocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
8	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
9	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
10	Hablo de mis preocupaciones con personas que son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11	Pienso en este caso que no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3

15	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
21	Procuro ser fuerte y plantear cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22	Siempre que estoy solo pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25	Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28	Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no me hubiera enfermado.	0	1	2	3
30	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32	Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34	Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”.	0	1	2	3
35	Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38	Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39	Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo haré.	0	1	2	3
40	Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3