

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO  
EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DEL HGR / UMF 220, 2019”**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No. 220, “GRAL. JOSÉ VICENTE VILLADA,  
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
M.C. YASMÍN VÁZQUEZ ESPINOZA

DIRECTORA DE PROYECTO TERMINAL:  
E. EN M.F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ

REVISORES:  
Ph.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN  
E. EN M.F. EDUARDO FLORES GONZÁLEZ  
E. EN M.F. OLIVIA LANDA MARTÍNEZ  
E. EN M.F. CONCEPCIÓN ANDREA MARTÍNEZ LÓPEZ

TÍTULO

**“ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO  
EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DEL HGR / UMF 220, 2019”**

## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
I. MARCO TEÓRICO .....	3
I.1 APOYO SOCIAL .....	3
I.1.1 DEFINICIÓN DE APOYO SOCIAL .....	3
I.1.2 MECANISMO DE ACCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN LA SALUD.....	4
I.1.3 DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL .....	5
I.1.4 FUENTES DE APOYO SOCIAL. ....	5
I.1.5 MEDICIÓN DE APOYO SOCIAL. ....	6
I.1.6 APOYO SOCIAL Y MEDICINA FAMILIAR.....	7
I.2 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	8
I.2.1 DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO Y DE ESTRÉS.....	8
I.2.2 RECURSOS DE AFRONTAMIENTO.....	9
I.2.3 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	10
I.2.4 CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN PARA ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	11
I.3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.....	13
I.3.1 PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MÉXICO. .....	15
I.4 ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO. .....	17
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	18
II.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	19
III. JUSTIFICACIÓN .....	19
III.1 FAMILIAR. ....	19
III.2 SOCIAL.....	20

III.3 CIENTÍFICA .....	20
III.4 ACADÉMICA.....	20
IV. HIPÓTESIS .....	20
IV.1 HIPÓTESIS ALTERNA .....	20
IV.2 HIPÓTESIS NULA .....	21
V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	21
V.1 OBJETIVO GENERAL:.....	21
V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	21
VI. MÉTODO.....	22
VI.2 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO .....	22
VI.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	22
VI.3 UNIVERSO DE TRABAJO .....	24
VI.3.1 MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	24
VI.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	24
VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	24
VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	24
VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	24
VI.5 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN .....	25
VI.5.1 INSTRUMENTO PARA APOYO SOCIAL DUKE – UNC 11 .....	25
VI.5.1.1 DESCRIPCIÓN.....	25
VI.5.1.2 VALIDACIÓN.....	25
VI.5.1.3 APLICACIÓN.....	25
VI.5.2 CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS (CAE) .....	26
VI.5.2.1 DESCRIPCIÓN.....	26
VI.5.2.2 VALIDACIÓN.....	26
VI.5.2.3 APLICACIÓN.....	27
VI. 6. DESARROLLO DEL PROYECTO. ....	28

VI.7. LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO .....	30
VI.8 ANÁLISIS DE DATOS. ....	30
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS .....	31
VIII. ORGANIZACIÓN.....	33
IX. RESULTADOS Y DISCUSIONES .....	34
X. CUADROS Y GRÁFICOS.....	41
XI. CONCLUSIONES.....	50
XII. RECOMENDACIONES .....	51
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
XIV. ANEXOS.....	55
XIV.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN .....	56
XIV.2 HOJAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	58
XIV.2.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.....	58
XIV.2.2 CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE) .....	59
XIV.2.3 CUESTIONARIO DUKE – UNC 11 DE APOYO SOCIAL .....	62
XIV.2.4 SÁBANA DE DATOS .....	63

## **RESUMEN**

**TÍTULO:** “ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DEL HGR / UMF 220, 2019”.

**AUTORES:** Investigador Principal E. en M.F. María Emiliana Avilés Sánchez adscrita al HGR / UMF 220. Tesista: M. C. Yasmín Vázquez Espinoza Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar.

**INTRODUCCIÓN:** La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una entidad nosológica de alta incidencia y prevalencia en México. El tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodiálisis se realiza en el instituto diariamente y se ha observado que los pacientes, atraviesan por dificultades generadoras de estrés y crisis familiares durante este proceso. La forma de enfrentar la enfermedad se verá influenciada por el apoyo social con el que se cuente y los estilos de afrontamiento, que son los mecanismos que el paciente utiliza para hacer frente a su situación.

**JUSTIFICACIÓN:** Detectar el nivel de apoyo social y los estilos de afrontamiento con la finalidad de realizar acciones para mejorar el apego al tratamiento con hemodiálisis, así como intervenir para establecer adecuadas redes de apoyo y respuesta al estrés causado por la pérdida de la función renal y su tratamiento.

**OBJETIVO:** Establecer la asociación entre apoyo social y estilos de afrontamiento en pacientes con ERC en hemodiálisis, en el HGR / UMF 220, 2019.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional, analítico, prolectivo y trasversal, con 112 pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis del HGR / UMF No. 220 en Toluca Estado de México, en el periodo 2019. Se les aplicó el cuestionario de apoyo social funcional DUKE - UNC 11 y cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE). Los resultados de estos se analizaron a través del  $X^2$  de Pearson.

**RESULTADOS:** Se encontró que la asociación entre apoyo social y estilos de afrontamiento no es estadísticamente significativa en los pacientes con ERC en hemodiálisis en el HGR / UMF 220, 2019 ( $p=0.632$ ).

**PALABRAS CLAVE:** Apoyo social, estilos de afrontamiento, hemodiálisis.

## **ABSTRACT**

**TITLE:** “PARTNERSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND COPING STYLES IN HAEMODIALYSIS PATIENTS FROM HGR / UMF / 220, 2019”

**AUTHORS:** Family medicine specialist María Emiliana Avilés Sánchez. Yasmín Vázquez Espinoza, MD.

**INTRODUCTION:** Chronic kidney disease is a high incidence and prevalence disease in Mexico. Renal function replacement therapy with haemodialysis is performed at the institute daily and patients have been observed to experience stresses generating difficulties and family crises during this process. How to deal with the disease will be influenced by the social support you count on and the coping styles that are the mechanisms the patient uses to deal with the situation.

**JUSTIFICATION:** Detecting the level of social support and coping styles with a view to taking action to improve adherence to haemodialysis treatment, as well as intervening to establish appropriate support networks and response to stress caused by loss of renal function and treatment.

**OBJECTIVE:** Establishing a partnership between social support and coping styles in patients with chronic renal disease in haemodialysis from HGR / UMF 220, 2019.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Observational, prospective, trasverse and analytical study in which 112 patients with chronic renal disease were enrolled in haemodialysis therapy from HGR / UMF 220, in Toluca State of Mexico in the period 2019. The DUKE - UNC 11 social support questionnaire and CAE stress response questionnaire were applied to patients. Their results were analysed through Pearson's  $\chi^2$ .

**RESULTADOS:** The association between social support and coping styles was found not to be statistically significant, in patients in haemodialysis from HGR / UMF 220, 2019. ( $p=0.632$ )

**PALABRAS CLAVE:** Social support, coping styles, haemodialysis.

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **I.1 APOYO SOCIAL**

#### **I.1.1 DEFINICIÓN DE APOYO SOCIAL**

Los conceptos de “apoyo social” y “red de apoyo social” nacieron en la década de los cincuentas con el autor John Barnes, con la finalidad de explicar situaciones en relación con acceso a puestos de trabajo, actividad política y roles maritales. Otros autores influyeron en el concepto como Bott Elizabeth y John Bowly, quienes continuaron en el estudio del tema, debido la necesidad de explicar relaciones interpersonales.

No fue hasta la década de los setentas cuando se realizaron trabajos pioneros en el tema, hechos por estudiosos como Cassel J. sobre procesos psicosociales y estrés, así como por Cobb S. sobre apoyo social como amortiguador de los procesos estresantes, mediante los cuales, se elaboró la primera definición, la cual habla de que apoyo social son los vínculos entre los individuos que sirven para mejorar la adaptación ante situaciones de estrés. (1)

Hoy en día, no se tiene un consenso mundial sobre una definición definitiva, sin embargo, las más conocidas y estudiadas son las de Thoits y Bowling. Thoits define el apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con otros. La definición de Bowling menciona que el apoyo social es un proceso interactivo en que el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica.

El estudio de la influencia del apoyo social sobre el estado de salud inicio también en la década de los setentas, en la que la publicación de artículos, dio fuerza a la teoría de tiene un efecto directamente proporcional al estado de salud, con repercusiones importantes en el efecto del estrés psicosocial sobre el bienestar de los pacientes. (2)



El concepto de apoyo social incluye acuerdos entre individuos que se ayudan entre sí, para satisfacer sus necesidades, las cuales básicamente pueden enlistarse como la necesidad de afecto, interés, de ser escuchado, de objetos materiales, dinero, amigos, consejos, empatía, matrimonio etc.

Es por esto por lo que el nivel de apoyo social potencialmente puede representar efectos positivos o negativos frente al estrés, tanto en el ambiente laboral como en las relaciones interpersonales, por lo cual, su estudio se vuelve de interés en el ámbito médico. (3)

### I.1.2 MECANISMO DE ACCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN LA SALUD.

Existen dos teorías que pretenden explicar la relación entre apoyo social y salud, las cuales son:

- a.- Efecto directo: la cual asegura que el apoyo social incrementa los niveles de salud, sin importar el grado de estrés del paciente, esto debido a que algunos procesos psicológicos influyen en los fisiológicos, produciendo mejoras en la salud que podrían incluso impedir la aparición de una enfermedad. Además este efecto también se relaciona con el cambio de conductas como hábitos de vida saludable que tendrían un impacto directo en efectos positivos para la salud. Estos estudios sugieren que el aislamiento puede actuar como factor estresante, que es causa de enfermedad y que el apoyo social produce una mejora en la salud y calidad de vida.
- b.- Efecto amortiguador: El apoyo social ejerce un efecto que atenúa el impacto de la enfermedad, ya que permite al paciente enfrentar la situación para inhibir los procesos psicopatológicos que pueden desencadenarse en la ausencia de apoyo social. Además contar con este apoyo permitirá que redefinan una situación estresante a través de la seguridad que ofrece tener recursos materiales y emocionales con que hacer frente a ella.

### I.1.3 DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL.

Se han determinado dos dimensiones del apoyo social, las cuales son el apoyo estructural o cuantitativo y el apoyo funcional o cualitativo.

El apoyo estructural es la red social, definida por el número de personas a la que el paciente puede acercarse para recibir ayuda en la resolución de problemas.

El apoyo funcional es de carácter subjetivo, ya que depende de la percepción del paciente del grado de cuidado, amor, estimación y valor que la red de apoyo pone en él.

Sus componentes más representativos son:

- Apoyo emocional: Es uno de los tipos de apoyo fundamentales, relacionado principalmente con cariño y empatía.
- Apoyo informativo: Acceso a la información que permite a quien la recibe, ayudarse a si mismo.
- Apoyo instrumental: Es el empleo de los instrumentos o materiales que ayudan al individuo.
- Apoyo afectivo: Son las relaciones amorosas y de afecto que ejercen sobre el individuo el grupo de personas más cercano a él.
- Interacción social positiva: Se refiere a pasar tiempo con otros individuos y la disponibilidad de ellos para pasar tiempo de esparcimiento con el paciente en estudio.

### I.1.4 FUENTES DE APOYO SOCIAL.

La clasificación de House menciona que existen principalmente nueve fuentes de apoyo social, que son el conyugue o pareja, otros familiares, amigos, vecinos, jefes, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales.

Estas fuentes de apoyo pueden ser divididas en formales e informales. Las fuentes formales provienen de organismos institucionales que trabajan sobre objetivos específicos, generalmente ofrecidos por profesionales en el área. Por otro lado, el

sistema de apoyo informal es el que se lleva a cabo a través de relaciones personales y comunitaria, no estructuradas, dentro de esta última encontraremos a la familia.

De todas las anteriores, la familia siempre toma el papel preponderante, frecuentemente las personas que pertenecen a familias funcionales tienen mejor estilo de vida y salud, en gran medida relacionado por tener buenos recursos materiales y emocionales que obtienen de ella.

La presencia de una enfermedad crónica en uno de los miembros de la familia suele crear una crisis, que afecta el funcionamiento general de la dinámica familiar. La ayuda proporcionada por la familia es decisiva en periodos de crisis, en especial durante una enfermedad crónica.

La red de apoyo se convierte en un soporte indispensable para el paciente enfermo, por lo que se quiere analizar la relación que tiene con la enfermedad y los estilos de afrontamiento, ya que la interacción de estas variables puede actuar como efecto protector en la morbi - mortalidad de los pacientes. (4)

#### I.1.5 MEDICIÓN DE APOYO SOCIAL.

A lo largo de los años, numerosas escalas de medición de apoyo social han sido desarrolladas, todas ellas con la evidencia de que contar con redes de apoyo estables, es de beneficio para la salud.

A pesar de esto, no se ha llegado a un acuerdo para su medición, por lo que en 1988, en la Universidad Duke de Carolina del Norte, crearon un cuestionario para medir la funcionalidad y nivel del apoyo social, el cual originalmente fue creado para el uso de medicina familiar y posteriormente para el uso en otras especialidades, en pacientes con enfermedades terminales.

El instrumento lleva por nombre DUFSS (Duke University Funcional Social Support) el cual originalmente se creó con 14 ítems, fue validado por Broadhead et al en 1988 y posteriormente se modificó a 11 ítems en 1991, para facilitar su aplicación, esta versión también conocida como DUKE-UNK 11. (5)

El estudio originalmente fue aprobado con la participación de 401 mujeres estadounidenses que asistían a una clínica de medicina familiar, obteniendo importantes resultados con coeficiente de confiabilidad de entre 0.50 y 0.77.

Posteriormente el cuestionario ha sido ampliamente validado tanto en población de Estados Unidos, América latina y Europa, por lo que se utiliza al día de hoy con frecuencia.

El cuestionario DUKE-UNK 11, mide al apoyo social a través de dos dimensiones. El primero a través de la confianza de tener a personas con quienes compartir sus preocupaciones, recibir consejos y guía. El segundo se refiere al apoyo social afectivo, para expresar simpatía o pertenencia a un grupo.

Este instrumento se encuentra conformado por 11 ítems, 6 de ellos para evaluar el apoyo social afectivo y 5 para el apoyo social de confianza. (6)

#### I.1.6 APOYO SOCIAL Y MEDICINA FAMILIAR.

Podemos resumir al apoyo social como la red de personas en que un individuo puede confiar y quienes van a ser un respaldo ante una crisis. Este apoyo se generará principalmente al interior de la familia, pero también en la sociedad y tiene trascendencia para reducir el malestar, mejorar la enfermedad y la calidad de vida. En primer nivel de atención, se realizan consultas integrales en las cuales no solo se evalúa el proceso salud enfermedad si no que también se estudian los lazos familiares y uno de los objetivos debe de ser conocer los recursos con lo que cuenta el paciente para hacer frente a las situaciones adversas por las que atraviesa.

Las enfermedades crónico-degenerativas crean inestabilidad emocional y ocasionalmente tendencia pesimista ante el presente y el futuro, por lo que al médico familiar nos corresponde indagar en esta problemática para así poder incidir en una mejora de la calidad de vida del paciente.

Es por lo anterior, el interés en dar a conocer el nivel de apoyo social que tienen los pacientes con enfermedad renal crónica en la población derechohabiente. (7)

## I.2 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.

### I.2.1 DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO Y DE ESTRÉS.

Los autores Lazarus y Folkman definieron en 1984 al afrontamiento como “el esfuerzo que realiza una persona para manejar las demandas que son percibidas como excesivas, en relación con los recursos que posee”. Establecieron dos tipos principales de afrontamiento, el centrado en la emoción y el centrado en el problema, siendo el primero el que trata de incidir en la emoción causada por el estrés y el segundo el que trata de controlar el problema estresante. (8)

Por lo anterior, cabe señalar que La Real Academia de la Lengua Española, define al estrés, como la Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves. (9)

Otra forma de entender el afrontamiento es como el conjunto de respuestas cognitivas y emocionales que las personas usan para manejar y tolerar el estrés, es decir, las estrategias comunes con las cuales se enfrentan al día a día.

Lazarus y Folkman también puntualizan que el afrontamiento es un proceso cambiante, que varía durante la vida con fines de adaptación. (10)

Con el paso de los años, otros autores también han realizado aportaciones al concepto, como es el caso de Fernández y Díaz, quienes en el año 2001,

aseguraron que el estrés que vive un sujeto se determinará por la estrategia de afrontamiento que este utiliza para hacerle frente, ya que la persona no solo evalúa cognitivamente que es estresante, si no que también, una vez asumido el origen del estrés, puede transformar sus efectos de acuerdo a las estrategias de afrontamiento que utilice.

Posteriormente, en el año 2006, Lazarus agregó que, pese a que existen dos tipos principales de afrontamiento, también puede existir una relación alterna entre ellos, ya que cuando el afrontamiento centrado en el problema es efectivo, disminuye la amenaza y aminora la inquietud que experimenta la persona. De igual manera se observa esta relación, cuando el afrontamiento centrado en la emoción es positivo, la persona se encontrará en mejores circunstancias para realizar un afrontamiento dirigido al problema. Por esto, se considera que los dos tipos de afrontamiento son funciones complementarias para un bien común.

Carver y Connor-Smith en el año 2010 aportaron que el afrontamiento debe entenderse como “aquellos variados esfuerzos que realiza una persona para prevenir o reducir la amenaza, daño y pérdida, o para reducir la angustia asociada de su relación con el estresor”. (11)

### I.2.2 RECURSOS DE AFRONTAMIENTO.

Los recursos para el afrontamiento son con los que el sujeto puede contar y se clasifican principalmente en: físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales.

Los recursos físicos son los que se refieren a las características biológicas del organismo del individuo, así como también los instrumentos y equipo con que se cuenta. Los recursos psicológicos son los estados afectivos y cognitivos del comportamiento de la persona. Los recursos estructurales se refieren al papel social, es decir el rol que desempeña el individuo en un sistema social. Los recursos

sociales son los procesos e interacción, así como el apoyo social en su entorno y los recursos culturales son las creencias que la persona tiene sobre el proceso salud enfermedad, las normas y valores dadas por la cultura.

Todos los anteriores crearan las respuestas y estilos de afrontamiento de cada individuo en particular. (12)

### I.2.3 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Hemos mencionado que de manera genérica se consideran dos tipos de afrontamiento, el centrado en el problema y el centrado en la emoción, sin embargo en 1987, los autores Russo y Becker enlistaron cinco estilos de afrontamiento principales, que son: estilo centrado en el problema, búsqueda de soporte social, estilo evitativo de afrontamiento, estilo fantasioso de afrontamiento y auto culpa, en ese orden.

Aydin en 2010 y Wingo en 2015 han mencionado que los niveles bajos de afrontamiento dirigido al problema se relacionan con el incremento de enfermedades, principalmente psicológicas, asociadas con estrés, ansiedad y depresión, estas pueden ser potenciadoras de conductas de riesgo.

Todos estos estilos pueden coexistir y se manifiestan en relación con la severidad de los eventos estresantes y la apreciación que tenga el individuo de ellos. (13)

La personalidad de cada sujeto influirá en el estilo de afrontamiento que adopte, tales como metas personales, creencias, recursos, tales como la inteligencia, educación, habilidades sociales, salud y optimismo, por lo que el resultado del estilo de afrontamiento será una interacción entre ellas como parte de un sistema, es por esto, que puede ser cambiante durante las diferentes etapas de la vida.

Folkman y Lazarus sugirieron también, las dimensiones de los estilos de afrontamiento, siendo las más frecuentes las siguientes: la Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Aceptación de la Responsabilidad, Escape–evitación,

Planificación de solución de problemas y Reevaluación positiva. Estas ocho dimensiones han dado lugar a 8 subescalas que son: Afrontamiento focalizado en el problema, ensoñación o afrontamientos fantásticos, distanciamiento, enfatización de lo positivo, auto-culpación, reducción de la tensión, autoaislamiento, y búsqueda de apoyo social. Todas estas son susceptibles de medición y han sido estudiadas al largo de los años.

#### I.2.4 CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN PARA ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

El cuestionario pionero en la identificación de estrategias de afrontamiento, fue el Ways of Coping Questionnaire (WCQ), que utilizó el equipo de Lazarus, el cual permite obtener información acerca de las estrategias que emplean los individuos frente al estrés.

Posteriormente se creó La Escala de Estrategias de Coping (ECC) de los autores Chorot y Sandin, que está basada en el cuestionario de Lazarus y Folkman y los trabajos sobre evaluación del afrontamiento de Moss y Billings, en los que se estudian tres dimensiones de afrontamiento, en lugar de solo las dos de Lazarus y Folkman, se determinan 3 dimensiones específicas para cada dimensión general, dando como resultado 9 estrategias de afrontamiento en total.

Con el paso de tiempo, se observó que ninguno de estos cuestionarios resultaba consistentes y la fiabilidad entre las dimensiones no eran uniformes. Por esto, se realizaron modificaciones resultando el EEC-R.

En el análisis del 2002, se realizó la construcción de un cuestionario más breve y consistente llamado Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE), en que se redujeron ítems y se respetan las dos dimensiones originales, propuestas por Lazarus y Folkman: el afrontamiento focalizado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción.



El CAE de la autoría de Sandín y Charcot en el año 2003, es una medida de auto informe el cual esta integrado de 42 items, diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento, los cuales son:

1. Focalizado en la solución el problema (FSP): intentos de hacer cambios convenientes directamente al problema.
2. Auto focalización negativa (AFN): caracterizada por indefensión, culpa y sentimientos de incapacidad.
3. Reevaluación positiva (REP): intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.
4. Expresión emocional abierta (EEA): estrategia en la que se expresan las emociones abiertamente como una manera de neutralizar las mismas.
5. Evitación (EVT): deseos y esfuerzos conductuales para evitar pensar en el problema de forma realista.
6. Búsqueda de apoyo social (BAS): describe los esfuerzos que se llevan a cabo en la búsqueda de apoyo con los otros; apoyo informacional o emocional.
7. Religión (RLG) : Búsqueda de apoyo espiritual.

Las opciones de respuesta tienen asignada una puntuación de 4 a la categoría de Casi Siempre, 3 a la categoría de Frecuentemente, 2 a la categoría de A Veces, 1 a la categoría de Pocas Veces y 0 la categoría de Nunca.

Para obtener el valor de cada nivel se calcula la sumatoria de cada uno de estos, mediante la sumatoria del número de ítems de cada nivel y luego se divide entre el número de estos; de esta manera se obtiene un puntaje para cada uno de los niveles; posteriormente toma el puntaje más alto para establecer cuál es el estilo de afrontamiento más utilizado.

Estos factores se correlacionan, basándose en las puntuaciones factoriales, oscilado entre 0.40 (BAS- FSP) y  $-0.03$  (FSP- AFN). Las correlaciones son bajas lo que confiere validez a la independencia entre las distintas dimensiones.

Las puntuaciones factoriales se obtienen mediante en orden en el cuestionario, que es una rotación oblicua de los siete factores.

La fiabilidad del CAE se ha analizado a través del coeficiente alfa Cronbach. Los factores BAS, RLG y FSP tienen coeficientes de  $>0.85$ , los factores EEA, EVT y EEP, presentan coeficientes de entre 0.71 y 0.76 y el coeficiente de ANF de 0.64. Por lo anterior se dice que el CAE tiene una fiabilidad excelente y aceptable.

La validación original de la prueba se llevo acabo con una muestra de 592 participantes, universitarios provenientes de la universidad complutense de Madrid y de la universidad Pública de Navarra, incluyendo a 392 mujeres y 200 hombres, entre 19 a 28 años, con quienes se compararon las diferencias de afrontamiento entre hombres y mujeres. Los individuos debían indicar la frecuencia con la que emplearon cada una de las formas de afrontamiento indicadas en el cuestionario, según la escala de tipo Likert, que va del 0 al 4. Siendo 0 igual a nunca y 4 casi siempre, para hacer frente a situaciones de estrés vividas en el último año, aunque también puede aplicarse evaluando el afrontamiento de una situación estresante en particular, en este caso, a la pérdida de la función renal. (14)

Dentro de las ventajas observadas con el CAE, se encuentran sus propiedades psicométricas, la extensión de la prueba y el idioma español. Además, este instrumento ha sido también validado en la población mexicana, valorando la fiabilidad de consistencia interna y su estructura factorial, con estudiantes Universitarios en la carrera de psicología en el norte de México. Evalúa también las relaciones entre las distintas formas de afrontamiento al estrés y los síntomas somáticos, por lo cual será utilizando en el presente estudio. (15)

### I.3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

La ERC es definida por la Kidney Disease Improved Global Outcomes (KDIGO) como una disminución de la tasa de filtrado glomerular (TFG) por debajo de 60

ml/min, que se acompaña de cambios en la estructura y función de los riñones por más de tres meses, con repercusiones muy importantes en la salud del paciente. La ERC es resultante de enfermedades crónicas degenerativas, como diabetes mellitus e hipertensión arterial. En México es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias.

Es considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de tratamiento, recursos de infraestructura y recursos humanos limitados.

En el 2002, fue publicado por la National Kidney Outcomes Quality Initiative el proyecto K/DOKI con la siguiente clasificación de la enfermedad renal crónica:

Estadio 0. Riesgo elevado de ERC con una TFG  $>60$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup> y con factores de riesgo.

Estadio 1. Daño renal con TFG normal. Daño renal como proteinuria / albuminuria, persistente.

Estadio 2. Daño renal con TFG ligeramente disminuido 60 -89 ml/ min / 1.73 m<sup>2</sup>.

Estadio 3. TFG moderadamente disminuido 30 – 59 ml/ min / 1.73 m<sup>2</sup>.

Estadio 4. TFG gravemente disminuido 15 -29 ml/ min / 1.73 m<sup>2</sup>.

Estadio 5. Fallo renal TFG  $< 15$  ml/ min / 1.73 m<sup>2</sup>. (16)

Las primeras cuatro etapas, podrán ser manejadas con cuidados médicos y nutricionales, sin embargo, el estadio 5 requerirá terapia de sustitutiva de la función renal, ya que de no hacerlo así, puede llevar al fallecimiento del paciente.

Las complicaciones que se presentan en estos pacientes, son variadas y graves, como patología cardiovascular, anemia, deterioro cognitivo, óseo, entre otras que deterioran de manera significativa la calidad de vida. (17)

### I.3.1 PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN MÉXICO.

Se estima que entre 1990 y 2010 se ha observado un aumento de más del 300 % en la ERC, afectando ambos sexos y ocupando lo primeros lugares en morbilidad y mortalidad.

La causa número uno de ERC en México es la diabetes mellitus 2, afectando a 6.4 millones de mexicanos, de acuerdo con los datos de ENSANUT 2012, lo cual se ha visto influido por el aumento de la esperanza de vida de los pacientes con diabetes e hipertensión, que evolucionan a complicaciones como la ERC.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) existe una prevalencia de pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal superior a 1000 por millón de derechohabientes.

Se estima que en México 129, 000 pacientes presentan ERC terminal y aproximadamente solo 60,000 reciben tratamiento.

La ERC acorta la esperanza de vida y afecta la calidad de vida de quienes la padecen, causando además de problemas físicos, también psicológicos, económicos etc.

Los elevados costos del tratamiento limitan la disponibilidad de recursos para atender a los pacientes con esta patología. (18)

El progreso del daño renal es muy acelerado y México está inmerso en la transición epidemiológica en la que las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte.

En el caso de la ERC terminal, si no se trata, ocurre la muerte del paciente en poco tiempo, debido a la naturaleza progresiva de la enfermedad.

### I.3.2 TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN RENAL EN MÉXICO

El primer programa de hemodiálisis en México y Latinoamérica se inicio en el Hospital de enfermedades de la nutrición en 1962.

Eso inició, aunque con gran lentitud el despegue de la diálisis en nuestro país. Al mismo tiempo en el Hospital Infantil de México se desarrolló un programa de diálisis peritoneal en niños y en el Instituto Nacional de Cardiología un programa de hemodiálisis en pacientes agudos.

Posteriormente se unió el Hospital General del Centro Médico Nacional del IMSS con gente egresada del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, quienes practicaron el primer trasplante de riñón con éxito en 1962. Este mismo grupo inició el despegue de la diálisis peritoneal (DP). No fue hasta finales de los años 70 que se describió la diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DPCA), método que cobró relevancia ya que el IMSS inició un programa masivo de tratamiento con este procedimiento que en 1990 contaba ya con más de 15 mil enfermos.

Aproximadamente 90% de la población de diálisis estaba sometido a diálisis peritoneal y sólo 10% a hemodiálisis. En otros países la hemodiálisis fue el tratamiento de elección. A fines del siglo XX y principios del XXI, de 70 a 80% de los pacientes en el mundo estaba sometido a hemodiálisis y el resto a diálisis peritoneal.

En el siglo XXI en México, la hemodiálisis tuvo un crecimiento progresivo debido en parte a que los pacientes que abandonaban la diálisis peritoneal por complicaciones y fueron enviados a programas de hemodiálisis; eso obligó al Seguro Social a subrogar pacientes y se iniciaron las primeras unidades de hemodiálisis externas que cobraron importancia a partir del 2005.

Desde el diagnóstico de ERC en un paciente, tendrá que llevar una serie de modificaciones a su estilo de vida y la forma de adaptarse a ellos, en el contexto de la situación de salud a las que se enfrenta. Este paciente deberá cambiar sus hábitos alimenticios, tomarse el tiempo para acudir a sesiones hospitalarias en el caso de tener tratamiento sustitutivo, interrupción de sus actividades sociales, laborales y familiares, lo que ocasiona un factor generador de estrés y el grado de afectación de este, se vera influido por la adaptación y los estilos de afrontamiento que adopte.

Por lo anterior, es importante estudiar los mecanismos de adaptación del paciente en los aspectos psicológico, afectivo y social, es por eso que estudiaremos los estilos de afrontamiento por la perdida de la función renal, así como la importancia y relación que tiene con el apoyo social que reciben. (19)

#### I.4 ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.

Por lo anterior presentado, consideramos que la población con ERC en tratamiento en hemodiálisis atraviesa por una serie de eventos altamente estresantes que influyen directamente su calidad de vida y su salud.

El apoyo social con el que cuente el paciente será un soporte muy importante para el hacer frente a la enfermedad. Existen numerosos estudios de redes sociales que han demostrado el efecto positivo en relación con la salud física del individuo, así como en la protección de trastornos psicológicos, como la depresión, ansiedad, trastornos en el sueño y la conducta, a través de la disminución del estrés.

Las familias constituyen la principal relación entre el individuo y la sociedad. Si el paciente tiene un ambiente familiar de cariño, afecto y atención, será favorable para la salud. Si no es así y al interior de la familia hay desapego y falta de interés, puede conducir a sentimientos negativos, como el abandono, que puede dar lugar a depresión, haciendo al paciente más vulnerable para las enfermedades. (20)

El apoyo social y el afrontamiento se relacionan sobre la base de la adaptación, entre los recursos de afrontamiento se entra el apoyo social y en las respuestas de afrontamiento se encuentra la búsqueda de apoyo social por lo que están íntimamente relacionadas y su estudio en conjunto es de especial interés en enfermos crónicos.

El interés por estos temas tuvo especial relevancia cuando los resultados de algunos estudios, en los que se menciona que el apoyo social y los recursos personales, podrían actuar como amortiguadores del estrés y reducir el riesgo de afectación en la salud física y mental de los individuos.

La relación adecuada de apoyo social y afrontamiento ante una situación de estrés tendrá un efecto beneficioso, ya que las fuentes proveedoras de apoyo, pueden conseguir aumentar la autoestima del sujeto, ayudarle a regular sus emociones y reforzar su afrontamiento a la enfermedad. Por otro lado, cuando las personas que rodean al enfermo le comunican sentimientos de impotencia, este baja su autoestima, aumenta su nivel de estrés y se presenta mayor problemática para llevar a cabo el proceso de afrontamiento.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica (ERC) es una entidad frecuente, que afecta a cerca del 10% de la población mundial, es progresiva y ocasionalmente no presenta síntomas hasta etapas avanzadas, cuando su tratamiento sustitutivo es ya altamente invasivo y costoso.

En México la ERC pasó de ocupar el lugar 11 en 1990 con 2.84% de muertes para todas las causas a ocupar el tercer lugar en 2015, correspondiendo al 9% de muertes para todas las causas, lo cual representa una progresión de 231.94% en 25 años.

En la consulta en el HGR / UMF 220 hemos observado que los pacientes que se encuentran en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, se enfrentan a distintas problemáticas para el afrontamiento a la enfermedad y a la pérdida de la función renal, por ejemplo, para la asistencia a las sesiones de hemodiálisis se debe tener algún familiar dispuesto a ser su acompañante, tener los recursos económicos para el transporte, que el paciente y el acompañante tengan el tiempo suficiente para asistir a las sesiones las veces a la semana que se requiera, etc. lo genera estrés, el cual, puede ser modificado mediante el apoyo social con el que se cuente, ya que este influenciará los estilos y estrategias de afrontamiento.

De esta manera podemos identificar e intervenir en la resolución de esta problemática, favorecer el adecuado apego a tratamiento e influir en la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

Es por estas razones que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

## II.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el apoyo social más frecuente asociado al estilo de afrontamiento Focalizado en solución de problemas en pacientes con hemodiálisis del HGR / UMF 220, 2019?

## III. JUSTIFICACIÓN

### III.1 FAMILIAR.

La red de apoyo social más importante es la familia, por lo que su estudio es indispensable para el médico familiar, ya que es en la familia donde se encuentra la responsabilidad de cuidar al paciente que cursa con una enfermedad crónica y si esta red es adecuada, el afrontamiento hacia la enfermedad podrá llevarse con éxito y evitar complicaciones futuras.



### III.2 SOCIAL.

La enfermedad renal crónica es una enfermedad que va en aumento en la población y el abandono social de los pacientes que la parecen es común. Pertenecer a una red social participa como un factor protector para el bienestar de los pacientes, favorecer el apego a tratamiento y evitar complicaciones.

### III.3 CIENTÍFICA.

Se ha comprobado la influencia de la familia sobre el individuo y la enfermedad. Como médicos de primer nivel de atención podemos reconocer las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, identificar quienes no tienen un manejo funcional y establecer estrategias para llevar al paciente hacia la aceptación de la enfermedad y el adecuado apego a tratamiento.

### III.4 ACADÉMICA

El presente estudio permite ampliar los conocimientos acerca del afrontamiento a la enfermedad y el entorno del paciente. El médico familiar es el primer contacto del paciente con el sistema de salud, quien detecta enfermedades crónico-degenerativas como la enfermedad renal crónica y también el único que observa otros aspectos del entorno del paciente, no solo físicos, si no también mentales y emocionales, incluyendo el apoyo social que recibe y los estilos de afrontamiento que utiliza para hacer frente a la pérdida de función renal, los cuales influirán en su estado de salud.

## IV. HIPÓTESIS

### IV.1 HIPÓTESIS ALTERNA

El apoyo social normal es el más frecuente y se asocia con el estilo de afrontamiento Focalizado en solución de problemas en los pacientes en hemodiálisis en HGR / UMF 220, 2019.

## IV.2 HIPÓTESIS NULA

El apoyo social normal no es el más frecuente y no se asocia con el estilo de afrontamiento Focalizado en solución de problemas en los pacientes en hemodiálisis en HGR / UMF 220, 2019.

## V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

### V.1 OBJETIVO GENERAL:

Establecer la asociación entre apoyo social y estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, en el HGR / UMF 220, 2019.

### V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de apoyo social de acuerdo al género.
- Identificar el nivel de apoyo social de acuerdo a grupo etario.
- Identificar el nivel de apoyo social de acuerdo a estado civil.
- Identificar el nivel de apoyo social de acuerdo al tiempo de inicio de hemodiálisis.
- Identificar el estilo de afrontamiento más frecuente de acuerdo al género.
- Identificar el estilo de afrontamiento más frecuente de acuerdo a grupo etario.
- Identificar el estilo de afrontamiento más frecuente de acuerdo a estado civil.
- Identificar el estilo de afrontamiento más frecuente de acuerdo a la presencia o ausencia de religión.

## VI. METÓDO

### VI.2 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, analítico, prospectivo y trasversal.

### VI.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	No. Item
Apoyo Social	El apoyo social se define como el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con otros.	Percepción del nivel de apoyo social por el paciente encuestado con resultados clasificados de acuerdo con el puntaje obtenido.	Cualitativa nominal	- Normal - Bajo	11
Estilos de Afrontamiento	Esfuerzos cognitivos que se desarrollan para manejar las demandas específicas que son percibidas como excesivas, en relación a los recursos que posee.	Conjunto de respuestas cognitivas y emocionales que usan las personas para manejar y tolerar el estrés.	Cualitativa nominal	-Focalizado en la solución de problema. -Auto focalización negativa. -Reevaluación positiva. -Expresión emocional abierta. -Evitación. -Búsqueda de Apoyo social. -Religión	42
Grupo Etario	Edad biológica de los individuos, clasificándolos de acuerdo a esta en subgrupos.	Edad en años cumplidos que tiene el paciente al momento de realizarse el estudio y clasificada en subgrupos.	Cuantitativa de intervalo	20 – 34 años 35 – 59 años 60- 79 años ≥ 80 años	4

Género	Identidad sexual de los seres humanos	Percepción del individuo como hombre o mujer, asentada en la ficha de recolección de datos.	Cualitativa nominal	-Femenino -Masculino	2
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto.	La condición civil en que se reporta en la ficha de recolección de datos.	Cualitativa nominal	-Soltero -Casado -Unión libre -Divorciado -Viudo	5
Religión	Es un sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de la divinidad o de lo sagrado.	Respuesta obtenida del paciente de acuerdo a si tiene o no, creencias religiosas.	Cualitativa nominal	Sí No	2
Tiempo de inicio de Hemodiálisis	Periodo determinado acontecido desde el inicio del tratamiento con hemodiálisis	Periodo en años transcurrido desde el inicio del tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodiálisis.	Cuantitativa ordinal	1 año 2 años 3 años	3

### VI.3 UNIVERSO DE TRABAJO

Existe una población 112 pacientes, mayores de 20 años de edad, con diagnóstico de Enfermedad renal crónica que se encuentran censados y en tratamiento con hemodiálisis en el HGR / UMF 220 en 2019.

#### VI.3.1 MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No probabilístico, con la totalidad de la población que consta de 112 pacientes.

### VI.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal en hemodiálisis.
- Pacientes desde 20 años de edad hasta 80 años o más.
- Pacientes que acepten participar en el estudio previa autorización por consentimiento informado.

#### VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con deterioro cognitivo severo.
- Pacientes con déficit auditivo severo.

#### VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios incompletos o mal requisitados.

## VI.5 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

### VI.5.1 INSTRUMENTO PARA APOYO SOCIAL DUKE – UNC 11

#### VI.5.1.1 DESCRIPCIÓN

El cuestionario de apoyo social funcional de Duke – UNC fue creado por Brodhead en el año de 1998, para medir el apoyo social percibido por la persona estudiada, cobrando importancia debido a que se demostró que el nivel del apoyo social es un predictor de salud y bienestar.

Inicialmente el cuestionario contó con 14 ítems para explorar cantidad de apoyo, apoyo confidencial, apoyo afectivo y apoyo instrumenta. Posteriormente se excluyeron 3 ítems por considerarlos de poca validez, dando lugar a la modificación de 11 ítems.

#### VI.5.1.2 VALIDACIÓN

En la validación realizada en España se tomo el punto de corte el percentil 15, correspondiente al puntaje 32, para dividir los resultados en apoyo normal o bajo.

#### VI.5.1.3 APLICACIÓN

Es un cuestionario que puede ser auto aplicado de 11 ítems, cada uno de ellos con 5 posibles respuestas, las cuales exploran el apoyo confidencial con 7 ítems y el apoyo afectivo con 4 ítems.

La puntuación obtenida de las respuestas puede ser desde 11 hasta 55 punto, lo cual refleja el apoyo percibido por el encuestado. Se considera que a mayor puntuación, menor apoyo.

Rangos:

Bajo 11 – 32

Normal 33 - 55

## VI.5.2 CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS (CAE)

### VI.5.2.1 DESCRIPCIÓN

Este cuestionario fue publicado en 2003 por los autores Bonifacio Sandín y Paloma Chorot, en la revista Psicopatología y Psicología clínica.

El cuestionario evalúa 7 estilos básicos de afrontamiento al estrés, que son:

- Focalizado en la solución del problema (FSP)

- Autofocalización negativa (AFN)

- Reevaluación positiva (REP)

- Expresión emocional abierta (EEA)

- Evitación (EVT)

- Búsqueda de apoyo social (BAS)

- Religión (RLG)

Estos 7 estilos de afrontamiento se agrupan en 2, el primero es el afrontamiento relacionado con el problema o la situación estresante y el segundo al componente emocional del afrontamiento.

El afrontamiento centrado en el problema, hace referencia a los esfuerzos que el individuo dirige al origen del estrés para eliminarla, modificarla y buscar una solución. Por otro lado el afrontamiento centrado en la emoción, se refiere a los esfuerzos de individuo para regular su estado emocional desencadenado por la situación estresante

### VI.5.2.2 VALIDACIÓN

Los estudios de validación del cuestionario mostraron una clara estructura factorial de los siete factores que representan los siete estilos de afrontamiento. Las correlaciones entre los factores fueron bajas y moderadas, observando que los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las sub-escalas tuvieron una media de 0.79.

### VI.5.2.3 APLICACIÓN

La prueba consta de 42 ítems, de los cuales 6 de ellos evalúan cada estilo de afrontamiento.

Cada uno de los ítems obtiene una puntuación de 0 a 4, siendo el menor resultado posible 0 y el mayor 168. Se suman los valores obtenidos de acuerdo a los ítems que exploran cada uno de los estilos de afrontamiento y en el que se obtenga la mayor puntuación, es el estilo de afrontamiento que predomina en el encuestado.

- Focalizado en la solución del problema (FSP): ítems 1, 8, 15, 22, 29, 36.
- Autofocalización negativa (AFN): ítems 2, 9, 16, 23, 30, 37.
- Reevaluación positiva (REP): ítems 3, 10, 17, 24, 31, 36.
- Expresión emocional abierta (EEA): ítems 4, 11, 18, 25, 32, 39.
- Evitación (EVT): ítems 5, 12, 19, 26, 33, 40.
- Búsqueda de apoyo social (BAS): ítems 6, 13, 20, 27, 34, 41.
- Religión (RLG): ítems 7, 14, 21, 28, 35, 42.



## VI. 6. DESARROLLO DEL PROYECTO.

Con la previa revisión y aprobación por el Comité de Ética en Investigación (CEI), se solicitó por escrito la relación existente, de pacientes con ERC en Terapia renal sustitutiva en hemodiálisis, derechohabientes al IMSS que acudieron a la UMF 220 durante el año 2019.

Se procedió a captar a los participantes en la consulta programada en la UMF o mediante cita vía telefónica, siempre y cuando cumplieron criterios de inclusión. Se les extendió la invitación para ser un participante del presente estudio, explicando los objetivos, las contribuciones y beneficios para los participantes y la sociedad.

Se trasladaron al aula de medicina preventiva, donde se les explico que su participación ayudaría a detectar si el apoyo que reciben de la sociedad, ha influido en la forma de afrontar su enfermedad y de acuerdo a los resultados obtenidos se pudo llevar a cabo un plan de intervención para el involucramiento principalmente de la familia en la enfermedad y concientizar en el apoyo que requieren los participantes, esto mediante la programación de pláticas grupales con la familia o visitas domiciliarias según se requiera, de tal manera que se pueda afrontar la situación con una menor carga de estrés, lo que puede prevenir la aparición de depresión, ansiedad, trastornos del sueño, alteraciones de la conducta, etc.

Se aclaró que, en caso de no aceptar participar, no se tendría ningún tipo de represalia contra el posible participante o su familia y la atención continuaría siendo la misma.

Al aceptar la participación, verificando que cumplan los criterios de inclusión, bajo principios de equidad y justicia sin ningún tipo de discriminación, se hizo lectura del consentimiento informado, se resolvieron dudas y se firmó voluntariamente por el participante y testigos, entregando una copia fotostática al participante.

Se agendó una cita de acuerdo con la disponibilidad de tiempo del participante para la aplicación de los cuestionarios en el aula de medicina preventiva, se realizó individualmente, garantizando confidencialidad de las respuestas que emita el participante.

Se procedió a la aplicación en primera instancia de la ficha de identificación, para continuar con los dos instrumentos, el DUKE – UNC 11 y el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE), todos estos en una sola sesión, de aproximadamente 20 a 30 min, se pidió al participante que colocara sus repuestas personalmente y en caso de no poder realizarlo, fue el colaborador quien las colocó, con presencia de un testigo, para así garantizar que no se colocó otra respuesta distinta a la que da el participante.

Una vez obtenidos los datos se realizó un análisis estadístico y presentación de resultados.

## VI.7. LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

Se realizó el estudio en las instalaciones de la UMF 220, en los turnos matutino y vespertino, en el aula 3 de medicina preventiva, adjunto al HGR 220, Toluca año 2019.

## VI.8 ANÁLISIS DE DATOS.

Posterior a la obtención de la información se procedió a su captura e integración de una base de datos en el programa Excel, la cual se sometió al software estadístico y de gestión de datos para análisis SPSS mediante el cual, se utilizó estadística descriptiva, se obtuvieron medidas de tendencia central, se realizaron tablas y estadísticas de las dos variables, con las que conocimos la frecuencia y porcentaje de cada una y se asociaron con la prueba estadística de chi cuadrada.

## VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El estudio fue sometido a revisión por el Comité de Ética en Investigación (CEI), para garantizar el apego a los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, esto mediante la aceptación voluntaria de participación en el consentimiento informado, asegurando la confidencialidad y privacidad de los datos personales, garantizando no generar daño físico, social, emocional, mental y con el beneficio de adquirir conocimiento.

Se realizó el uso racional de los recursos disponibles y se trabajó sin ningún tipo de discriminación.

El consentimiento informado fue entregado por un colaborador, quien para la obtención de las firmas, respetó la decisión del participante, basada en la comprensión de la información y voluntariedad; para esto se les informó debidamente sobre el propósito del estudio, se respetó su decisión sobre participar en el estudio, su permanencia o su retiro del mismo y se entregó una copia fotostática al participante.

La información brindada fue estrictamente confidencial y resguardada, la base de datos estuvo protegida por clave de acceso y sólo el equipo de investigación tuvo acceso a la información. No existe información que pudiera revelar identidad de los participantes.

El estudio se apegó a los acuerdos registrados en:

- El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México.

De acuerdo con el reglamento, esta investigación se clasifica como de riesgo II (investigación con riesgo mínimo) según lo dictado en el Título segundo Capítulo 1, Artículo 17, Sección II: **“Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de

procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipula la conducta del sujeto”

- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptado por la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial enmendada en la 64a Asamblea General, Fortaleza, Brasil en octubre 2013, en donde se establece que “el deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en la investigación médica; siendo así que, los conocimientos y la consciencia del médico han de subordinarse a los principios de este deber”.

Así mismo el presente estudio incluye población vulnerable por ser algunos de ellos adultos mayores, por lo que se apega a que las investigaciones con grupos vulnerables que esta justificada si la investigación es responsable de las necesidades de salud de los participantes y este grupo podría beneficiarse del conocimiento, las prácticas o intervenciones resultantes de la investigación.

- De acuerdo con lo dispuesto en la Declaración de Ginebra, respetando los principios del respeto a las personas, beneficencia y justicia incluidos en el código de Belmont.
- Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

## VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista

M.C. Yasmín Vázquez Espinoza

Directora de Tesis

E. En M.F. María Emiliana Avilés Sánchez

Crédito para efectos de publicación o presentación en eventos académicos la tesista siempre aparecerá como primer autor y la directora como segundo autor en todos los casos.

## IX. RESULTADOS Y DISCUSIONES

Al realizar el concentrado de datos obtenidos, se observó que el nivel de apoyo familiar predominante es el normal con el 60.7% y el 39.2% tuvieron nivel bajo.

En los estilos de afrontamiento, el predominante fue el Focalizado en la solución de problemas con el 23.2% de los encuestados, seguido de Búsqueda de apoyo social con el 9%, religión con el 8%, reevaluación positiva y expresión emocional abierta, ambas con 6.2%, Auto focalización negativa con 4.5% y finalmente Evitación con el 3.6% de los encuestados.

La asociación mayormente presentada fue la de Apoyo social normal con Estilo de afrontamiento Focalizado en la solución de problemas con el 23.2%, seguido de apoyo social bajo, asociado también al estilo de afrontamiento Focalizado en la solución de problema con el 10.7% de la muestra.

Al realizar la prueba de Chi cuadrada de Pearson para relacionar las variables de apoyo social con estilos de afrontamiento, se obtuvo un valor de P de 0.632

Por lo que la asociación no es estadísticamente significativa, debido a lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. (Tabla1 y Gráfica 1).

Concuerda con estudios previos, en que el paciente con enfermedad renal crónica tiene un fuerte apoyo social proveniente principalmente de la familia, esto debido a que los pacientes que se entrevistaron fueron pacientes que se encuentran con adecuado tratamiento y esto nos traduce que un paciente que se encuentra recibiendo tratamiento con hemodiálisis de manera regular, cuenta con un adecuado nivel de apoyo social. (23)

Además, el paciente que presenta una enfermedad que requiere ser atendida a brevedad para seguir viviendo, buscará la solución del problema como primera estrategia, es por esto que el estilo de afrontamiento Focalizado en la solución de problemas es el más común. (24)

El género de los encuestados fue del 56.2% para el masculino y el 43.8% para el femenino. Respecto al nivel de apoyo social de acuerdo con género, se observa que el apoyo social normal predomina en el género masculino con el 32.1%, seguido del apoyo social normal en el género femenino con 28.6%. El apoyo social bajo se observó fue mayor en el género masculino con el 24.1% y del 15.2 % en el género femenino. (Tabla 2 y Gráfica 2).

Podemos observar que el género que se percibe como mejor apoyado, es el masculino, esto puede deberse a que los varones son más y mejor apoyados por sus parejas para acudir a las citas de tratamiento y consulta, así como para la administración adecuada de medicamentos y alimentos. (25)

Respecto al grupo etario y el nivel de apoyo social, se observó que en el grupo etario de entre 35 y 59 años, que fue el más frecuente, tuvo un nivel normal de apoyo social en el 33% y nivel bajo en el 17.9 %. En el grupo etario de 20 a 34 años, el apoyo social normal se encontró en el 14.3% y el nivel bajo en el 10.7%. En el grupo de 60 a 79 años tuvieron principalmente un nivel de apoyo social normal con el 12.5% y nivel bajo 8.9 %. Finalmente, en el grupo de 80 años y más, se obtuvo que el nivel de apoyo social predominante fue el bajo con 1.8% y el normal obtuvo el 0.9%. (Tabla 3 y Gráfica 3).

Coincide con estudios previos en que a mayor edad disminuye la percepción de apoyo social, ya que la población de edad más avanzada requiere atención especial, es más frágil, se deteriora más su salud física y su situación social, que trae como consecuencia la dependencia de su familia. (26)

En relación con el estado civil, el 54.4% de los encuestados fueron casados, el 19.7% en unión libre, el 18.7% solteros, el 5.4% viudos y el 1.8% divorciados. El nivel de apoyo social que se encontró en el grupo de estado civil casado fue el normal, con el 35.7%, aunque también el estado civil casado fue el mayormente presentado en el nivel de apoyo social bajo, con el 18.7%. En el estado civil unión



libre, el 14.3% tuvieron nivel de apoyo social normal y el 5.4% bajo. En el grupo de estado civil soltero, el 9.8% tuvieron nivel de apoyo social normal y el 8.9% bajo. El estado civil viudo presento apoyo social normal en solo el 0.9% y bajo en el 4.5%. Finalmente, el grupo de estado civil divorciado, estuvo completamente en el nivel de apoyo social bajo, con la totalidad de los encuestados que fue del 1.8%. (Tabla 4 y Gráfica 4).

Nuevamente coincidiendo con artículos previos en que el paciente que se encuentra en pareja ya sea casado o en unión libre, será quien se perciba con mejor apoyo (27), aunque también en el presente estudio observamos que el apoyo social en nivel bajo también predominó en el grupo de estado civil casado. Estos resultados son debidos a que el grupo de casados fue mucho mayor al resto de los grupos y eso por eso que vemos que este se presento más frecuentemente en ambos niveles de apoyo social.

En el nivel de apoyo social de acuerdo con el tiempo de inicio de hemodiálisis se encontró que el apoyo social normal fue mayor en el grupo con 1 año de inicio de hemodiálisis con el 67.9%, seguido del grupo con 2 años de inicio con el 10.7% y finalmente en el grupo de 3 años de inicio de hemodiálisis con el 5.3%. El apoyo social bajo fue mayor también en el grupo de 1 año de inicio, con el 8.9%, seguido del grupo con 2 años, con el 5.3% y finalmente en el grupo de 3 años 1.8%. (Tabla 5 y Gráfica 5).

Se observo que entre más tiempo haya transcurrido del inicio de tratamiento con hemodiálisis, el paciente percibe menor apoyo social, quizá por el desgaste de las relaciones familiares que con lleva el tiempo que pasan en el hospital, tiempo de trayecto para acudir a sus citas y el numero de días a la semana en que lo deben de realizar. Entre más tiempo pasa, tanto el cuidador como el paciente tienen incertidumbre, desgaste físico y cambios en el estilo de vida, lo que repercute en el individuo. (28)

Respecto a los estilos de afrontamiento de acuerdo a género, se encontró que el estilo de afrontamiento focalizado en la solución de problemas fue el mayor con el 33.9% de los encuestados, de los cuales el 18.7% fueron del género masculino y el 15.2 % del género femenino. El segundo estilo de afrontamiento más frecuente fue el de Búsqueda de apoyo social con el 18.7%, de los cuales el 10.7% de los encuestados fueron del género masculino y el 8% del género femenino. El estilo de afrontamiento Religión, se encontró en el 14.3%, de los cuales el 8% fueron del género masculino y el 6.3% del género femenino. El estilo de afrontamiento Reevaluación positiva obtuvo el 10.8%, siendo el 6.3% del género masculino y el 4.5 % del género femenino. El estilo de afrontamiento Expresión emocional abierta, obtuvo el 9.8%, el 2.7% del género masculino y el 7.1 % del género femenino. El estilo de afrontamiento Evitación estuvo en el 7.1%, el 5.3% del género masculino y el 1.8 % del género femenino. Y finalmente el estilo de afrontamiento Auto focalización negativa obtuvo el 5.4%, siendo el 4.5% del género masculino y el 0.9 % del género femenino. (Tabla 6 y Gráfica 6).

En este rubro observamos que tanto hombres como mujeres tuvieron como principal estilo de afrontamiento, el Focalizado en la solución de problemas, esto porque ante la necesidad inminente de tener tratamiento con hemodiálisis, ambos géneros se ven en la necesidad de atender el problema o buscar una solución mediante el tratamiento. Esto contrasta con la literatura, ya que generalmente es la mujer la que se compromete más a la solución de problemas, sin embargo, para el caso específico de la pérdida de la función renal y la necesidad del inicio de tratamiento con hemodiálisis, ambos géneros se comprometen a solucionarlo. (29)

En los estilos de afrontamiento de acuerdo al grupo etario, se encontró que el estilo de afrontamiento Focalizado en la solución de problemas estuvo principalmente en el grupo de 35 a 59 años con el 16.9%, en el grupo de 20 a 34 años con el 10.7% y en el de 60 a 79 años en el 6.3%. El segundo estilo de afrontamiento más frecuente fue el de Búsqueda de apoyo social estuvo en el grupo de 35 a 59 años con el 8%, en el grupo de 20 a 34 años con el 5.3 %, en el de 60 a 79 años en el 4.5% y en el

de 80 años y más en el 0.9%. El estilo de afrontamiento Religión, estuvo en el grupo de 35 a 59 años con el 8.9%, en el grupo de 20 a 34 años con el 3.5%, en el de 60 a 79 años en el 0.9% y en el de 80 años y más en el 0.9%. El estilo de afrontamiento Reevaluación positiva estuvo en el grupo de 35 a 59 años con el 7.1%, en el grupo de 20 a 34 años con el 0%, en el de 60 a 79 años en el 2.7 % y en el de 80 años y más en el 0.9%. El estilo de afrontamiento Expresión emocional abierta, estuvo en el grupo de 35 a 59 años con el 6.3%, en el grupo de 20 a 34 años con el 0.9 %, en el de 60 a 79 años en el 2.7% y en el de 80 años y más en el 0%. El estilo de afrontamiento Evitación estuvo en el grupo de 35 a 59 años con el 2.7%, en el grupo de 20 a 34 años con el 2.7%, en el de 60 a 79 años en el 1.8% y en el de 80 años y más en el 0%. Y finalmente el estilo de afrontamiento Auto focalización negativa estuvo en el grupo de 35 a 59 años con el 0.9%, en el grupo de 20 a 34 años con el 1.8 %, en el de 60 a 79 años en el 2.7% y en el de 80 años y más en el 0%. (Tabla 7 y Gráfica 7).

El estilo de afrontamiento más común en este estudio fue el focalizado en la solución de problemas y se presento con mayor frecuencia en el grupo etario más grande, que fue el de 35 a 59 años de edad. En estudios anteriores se demostró que la edad no representa un cambio significativo para el estilo de afrontamiento a elegir, a menos no el los rangos de edades que se estudiaron aquí, en donde se ha observado una mayor diferencia influenciada por la edad, es de pacientes adolescentes a adultos, pero en este estudio no incluimos adolescentes. (30)

Referente a los estilos de afrontamiento de acuerdo al estado civil se encontró que el estilo de afrontamiento Focalizado en la solución de problemas estuvo principalmente en el grupo casado con el 15.2 %, en el grupo unión libre con el 8.9% en el grupo soltero en el 8%, en el grupo viudo 1.8 % y grupo divorciado el 0%. El estilo de afrontamiento de Búsqueda de apoyo social estuvo en el grupo casado con el 10.7%, en el grupo unión libre con el 3.5 % en el grupo soltero en el 2.7 %, en el grupo viudo 0.9 % y grupo divorciado el 0.9%. El estilo de afrontamiento Religión, estuvo en el grupo casado con el 7.1%, en el grupo unión libre con el 1.8% en el

grupo soltero en el 3.5%, en el grupo viudo 0.9% y grupo divorciado el 0.9%. El estilo de afrontamiento Reevaluación positiva estuvo en el grupo casado con el 8 %, en el grupo unión libre con el 1.8 % en el grupo soltero en el 0%, en el grupo viudo 0.9 % y grupo divorciado el 0%. El estilo de afrontamiento Expresión emocional abierta, estuvo en el grupo casado con el 6.3 %, en el grupo unión libre con el 0.9% en el grupo soltero en el 2.7%, en el grupo viudo 0 % y grupo divorciado el 0%. El estilo de afrontamiento Evitación, estuvo en el grupo casado con el 4.5 %, en el grupo unión libre con el 0.9% en el grupo soltero en el 0.9%, en el grupo viudo 0.9 % y grupo divorciado el 0%. Y finalmente el estilo de afrontamiento Auto focalización negativa, se encontró el grupo casado con el 2.7 %, en el grupo unión libre con el 1.8% en el grupo soltero en el 0.9 %, en el grupo viudo 0 % y grupo divorciado el 0%. (Tabla 8 y Gráfica 8).

El estilo de afrontamiento Focalizado en la solución de problemas fue mayormente presentado en el grupo casados, seguido del grupo en Unión libre, lo que confirma que pacientes de tienen una pareja, además de tener un mayor nivel de apoyo social, también forman con frecuencia el estilo de afrontamiento Focalizado en la solución de problemas. Esto contrasta con lo que la literatura que menciona, sin embargo, nuestro estudio se centra exclusivamente en pacientes en tratamiento con hemodiálisis y estos pacientes requieren solucionar el problema de la pérdida de la función renal para continuar viviendo. De igual manera se menciona que el estilo de afrontamiento Búsqueda de apoyo social es el mayor en solteros, sin embargo en nuestro estudio el grupo de solteros es muy pequeño y también tuvo como principal estilo de afrontamiento Focalizado en la solución de problemas. (31)

En estilos de afrontamiento de acuerdo a presencia o ausencia de religión, se encontró que el estilo de afrontamiento Focalizado en la solución de problemas estuvo principalmente en el grupo que sí tiene religión en el 28.6 % y en el grupo que no tiene religión en el 5.4 %. El estilo de afrontamiento de Búsqueda de apoyo social estuvo en el grupo que sí tiene religión en el 16 %, y en el grupo que no tiene

religión en el 2.7 %. El estilo de afrontamiento Religión, estuvo el grupo que sí tiene religión en el 14.2 % y en el grupo que no tiene religión en el 0 %. El estilo de afrontamiento Reevaluación positiva estuvo el grupo que sí tiene religión en el 8.9 % y en el grupo que no tiene religión en el 1.8 %. El estilo de afrontamiento Expresión emocional abierta, estuvo en el grupo que sí tiene religión en el 8 % y en el grupo que no tiene religión en el 1.8 %. El estilo de afrontamiento Evitación, estuvo en el grupo que sí tiene religión en el 2.7 % y en el grupo que no tiene religión en el 4.5 %. Y finalmente el estilo de afrontamiento Auto focalización negativa, se encontró en el grupo que sí tiene religión en el 2.7 % y en el grupo que no tiene religión en el 2.7 % de igual manera. (Tabla 9 y Gráfica 9).

Esto concuerda con lo estudiando previamente, en donde se documenta que la vida espiritual tiene un papel importante en el afrontamiento del estrés y el mantenimiento de la salud. (32)

## X. CUADROS Y GRÁFICOS

Tabla 1: Asociación entre apoyo social y estilos de afrontamiento en pacientes en hemodiálisis del HGR / UMF 220, 2019.

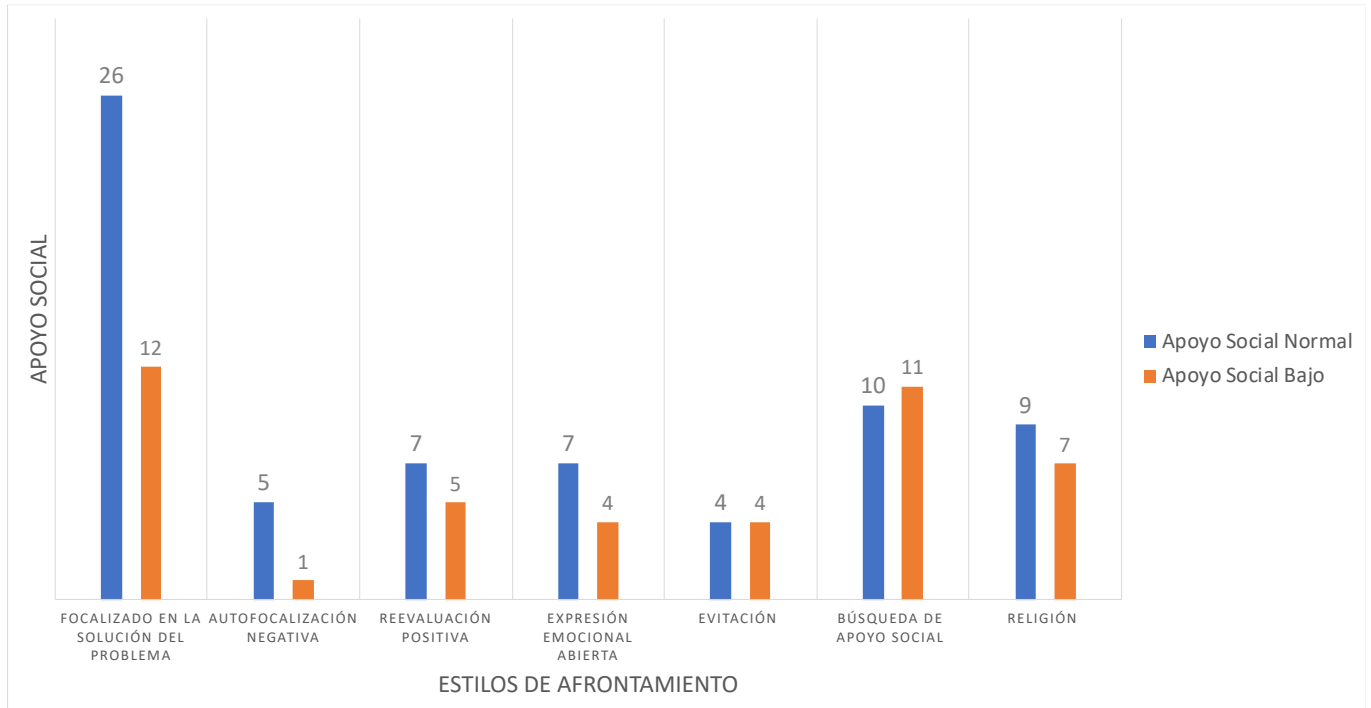
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO \ APOYO SOCIAL	Normal		Bajo		Total	
	FX	%	FX	%	FX	%
Focalizado en la solución del problema	26	23.2	12	10.7	38	33.9
Autofocalización negativa	5	4.5	1	0.9	6	5.4
Reevaluación positiva	7	6.2	5	4.5	12	10.7
Expresión emocional abierta	7	6.2	4	3.6	11	9.8
Evitación	4	3.6	4	3.6	8	7.2
Búsqueda de apoyo social	10	9	11	9.8	21	18.8
Religión	9	8	7	6.2	16	14.2
TOTAL	68	60.7	44	39.3	112	100

Fuente: Base de datos

FX: Frecuencia %: porcentaje

P= 0.632

Gráfica 1: Asociación entre apoyo social y estilos de afrontamiento en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019.



Fuente: Tabla 1

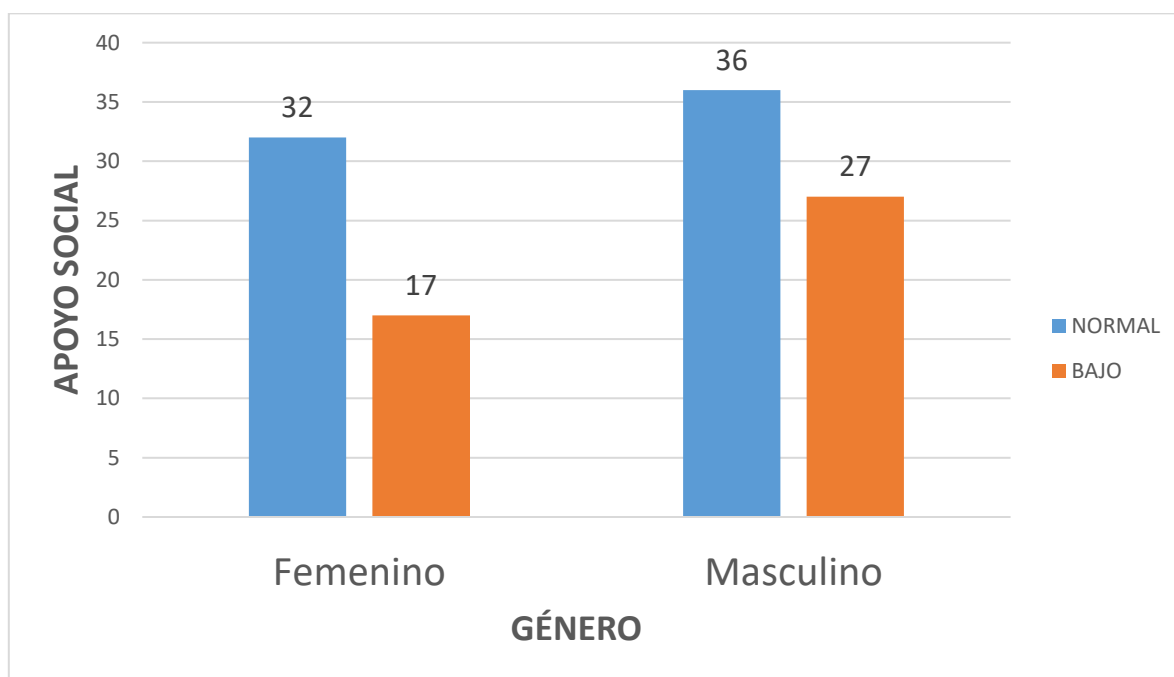
Tabla 2. Nivel de apoyo social de acuerdo a género en pacientes en hemodiálisis del HGR / UMF 220, 2019

GÉNERO	APOYO SOCIAL		Normal		Bajo		Total	
	FX	%	FX	%	FX	%		
Femenino	32	28.6	17	15.2	49	43.8		
Masculino	36	32.1	27	24.1	63	56.2		
TOTAL	68	60.7	44	39.3	112	100		

Fuente: Base de datos

FX: Frecuencia %: porcentaje

Gráfica 2. Nivel de apoyo social de acuerdo a género en pacientes en hemodiálisis del HGR / UMF 220, 2019



Fuente: Tabla 2

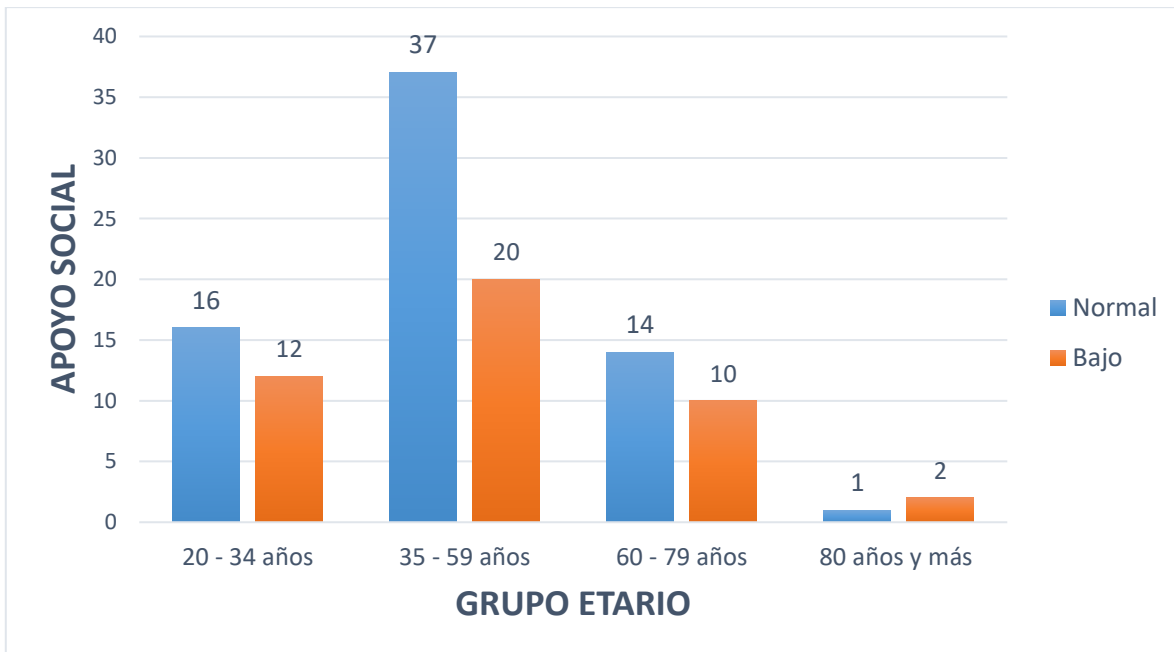
Tabla 3. Nivel de apoyo social de acuerdo a grupo etario en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019.

GRUPO ETARIO	Normal		Bajo		Total	
	FX	%	FX	%	FX	%
20 - 34 años	16	14.3	12	10.7	28	25
35 - 59 años	37	33	20	17.9	57	50.9
60 - 79 años	14	12.5	10	8.9	24	21.4
80 años y más	1	0.9	2	1.8	3	2.7
TOTAL	68	60.7	44	39.3	112	100

Fuente: Base de datos

FX: Frecuencia %: porcentaje

Gráfica 3. Nivel de apoyo social de acuerdo a grupo etario en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019.



Fuente: Tabla 3



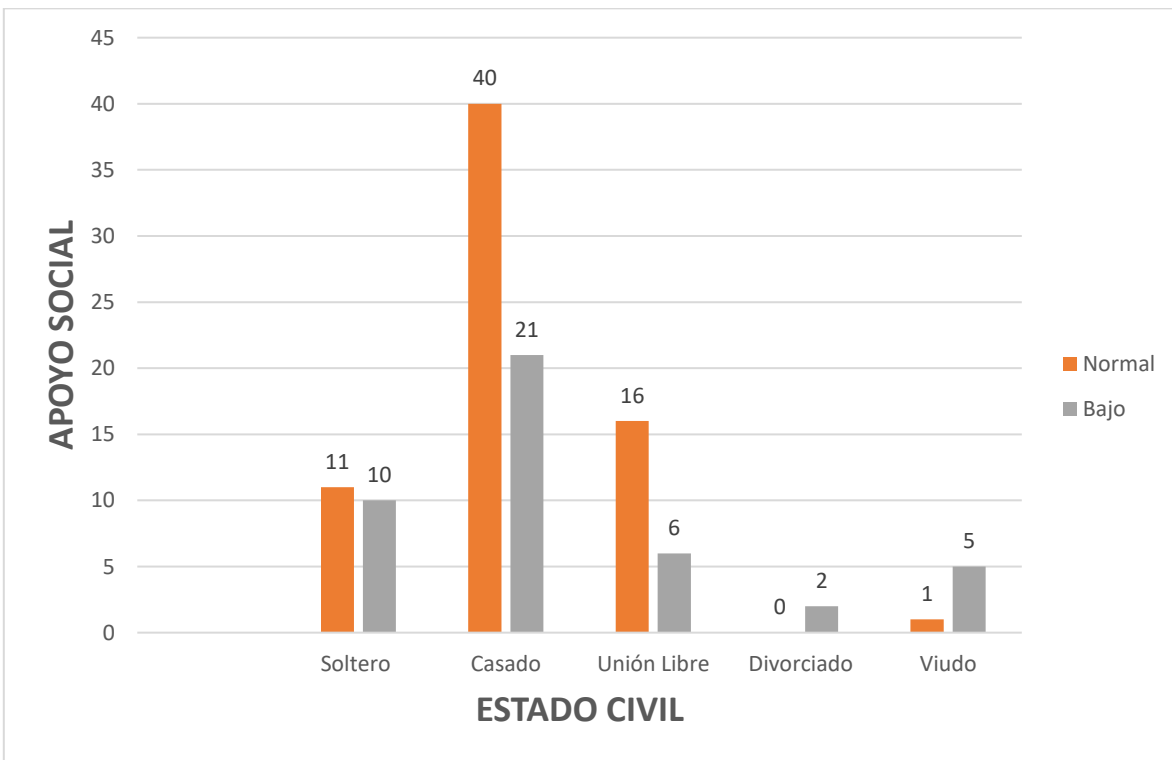
Tabla 4. Nivel de apoyo social de acuerdo a estado civil en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019

ESTADO CIVIL	APOYO SOCIAL		Normal		Bajo		Total	
	FX	%	FX	%	FX	%		
Soltero	11	9.8	10	8.9	21	18.7		
Casado	40	35.7	21	18.7	61	54.4		
Unión libre	16	14.3	6	5.4	22	19.7		
Divorciado	0	0	2	1.8	2	1.8		
Viudo	1	0.9	5	4.5	6	5.4		
TOTAL	68	60.7	44	39.3	112	100		

Fuente: Base de datos

FX: Frecuencia %: porcentaje

Gráfica 4. Nivel de apoyo social de acuerdo a estado civil en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019



Fuente: Tabla 4

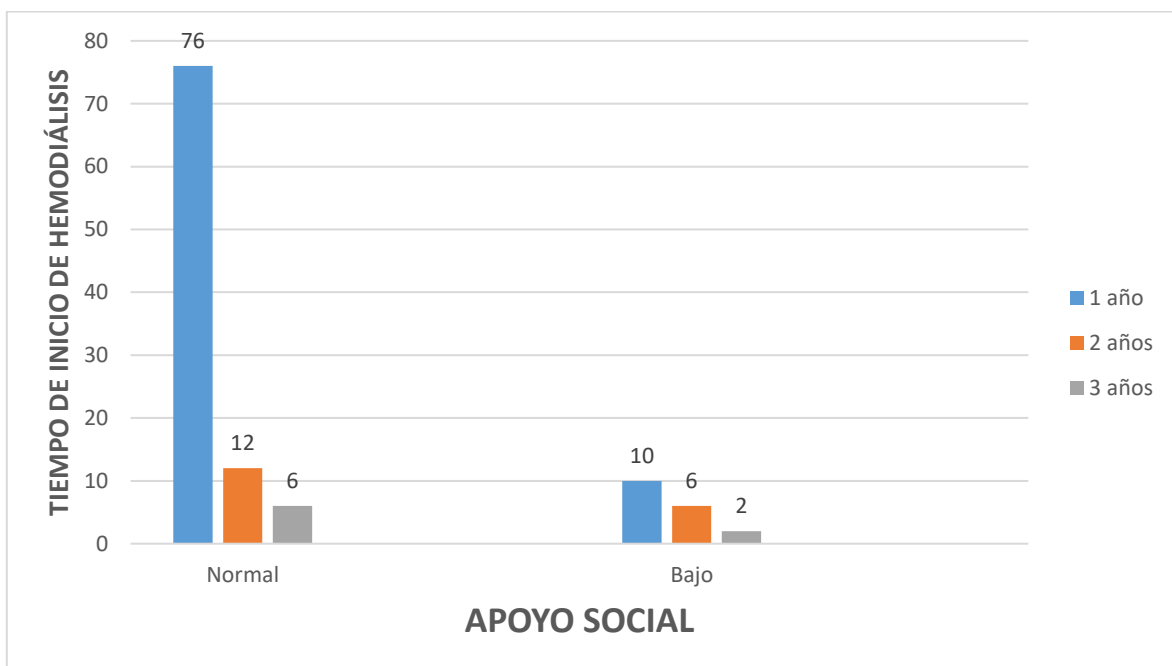
Tabla 5. Nivel de apoyo social de acuerdo a tiempo de inicio de hemodiálisis en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019

TIEMPO DE INICIO DE HEMODIÁLISIS \ APOYO SOCIAL	Normal		Bajo		Total	
	FX	%	FX	%	FX	%
1 año	76	67.9	10	8.9	86	76.8
2 años	12	10.7	6	5.35	18	16.05
3 años	6	5.35	2	1.8	8	7.15
TOTAL	94	83.95	18	16.05	112	100

Fuente: Base de datos

FX: Frecuencia %: porcentaje

Gráfica 5. Nivel de apoyo social de acuerdo a tiempo de inicio de hemodiálisis en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019



Fuente: Tabla 5

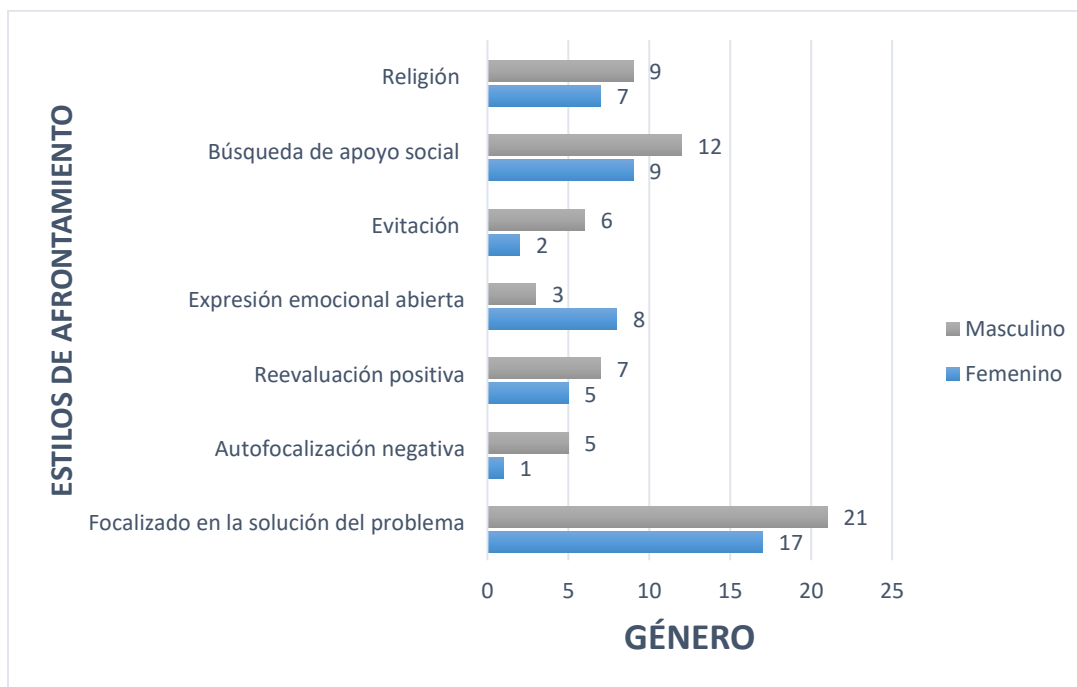
Tabla 6. Estilos de afrontamiento de acuerdo a género en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	Femenino		Masculino		Total	
	FX	%	FX	%	FX	%
Focalizado en la solución del problema	17	15.2	21	18.7	38	33.9
Autofocalización negativa	1	0.9	5	4.5	6	5.4
Reevaluación positiva	5	4.5	7	6.3	12	10.8
Expresión emocional abierta	8	7.1	3	2.7	11	9.8
Evitación	2	1.8	6	5.3	8	7.1
Búsqueda de apoyo social	9	8	12	10.7	21	18.7
Religión	7	6.3	9	8	16	14.3
TOTAL	49	43.8	63	56.2	112	100

Fuente: Base de datos

FX: Frecuencia %: porcentaje

Gráfica 6. Estilos de afrontamiento de acuerdo a género en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019



Fuente: Tabla 6

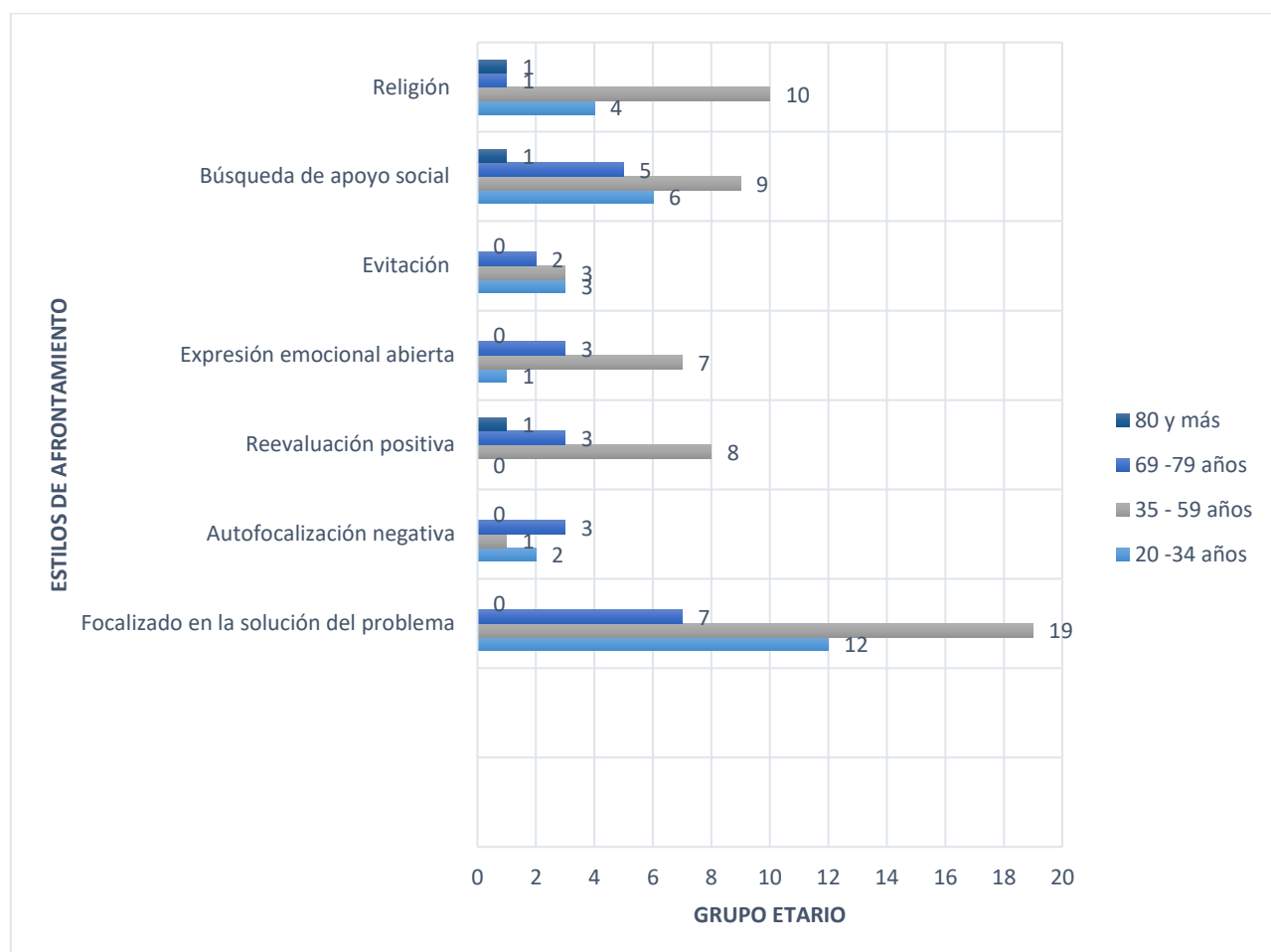
Tabla 7. Estilos de afrontamiento de acuerdo a grupo etario en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	20 -34 años		35 - 59 años		69 -79 años		80 y más		Total	
	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%
Focalizado en la solución del problema	12	10.7	19	16.9	7	6.3	0	0	38	33.9
Autofocalización negativa	2	1.8	1	0.9	3	2.7	0	0	6	5.4
Reevaluación positiva	0	0	8	7.1	3	2.7	1	0.9	12	10.7
Expresión emocional abierta	1	0.9	7	6.3	3	2.7	0	0	11	9.9
Evitación	3	2.7	3	2.7	2	1.8	0	0	8	7.2
Búsqueda de apoyo social	6	5.3	9	8	5	4.5	1	0.9	21	18.7
Religión	4	3.5	10	8.9	1	0.9	1	0.9	16	14.2
TOTAL	28	24.9	57	50.8	24	21.6	3	2.7	112	100

Fuente: Base de datos

FX: Frecuencia %: porcentaje

Gráfica 7. Estilos de afrontamiento de acuerdo a grupo etario en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019.



Fuente: Tabla 7

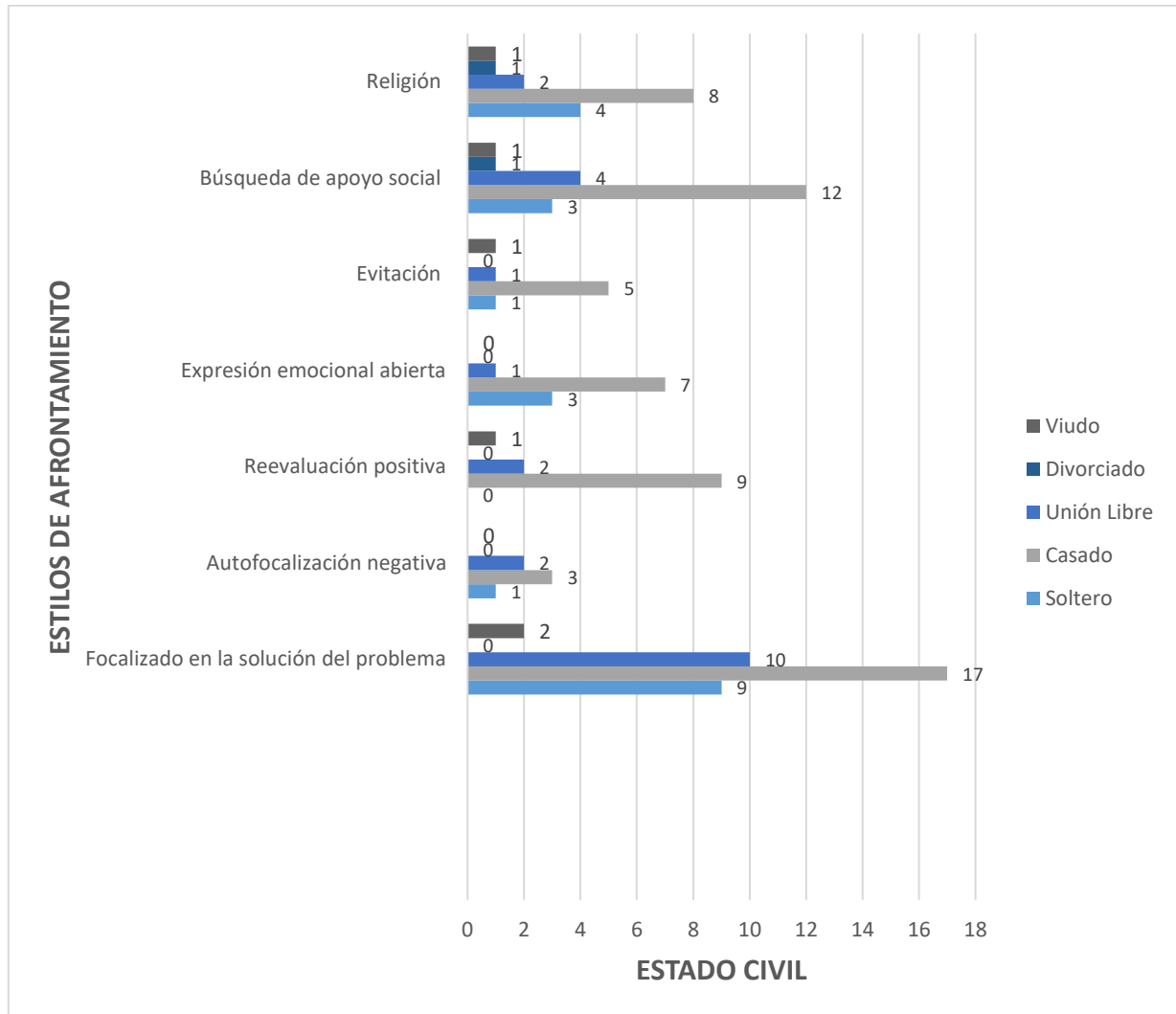
Tabla 8. Estilos de afrontamiento de acuerdo a estado civil en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	Soltero		Casado		Unión Libre		Divorciado		Viudo		Total	
	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%	FX	%
Focalizado en la solución del problema	9	8	17	15.2	10	8.9	0	0	2	1.8	38	33.9
Autofocalización negativa	1	0.9	3	2.7	2	1.8	0	0	0	0	6	5.4
Reevaluación positiva	0	0	9	8	2	1.8	0	0	1	0.9	12	10.7
Expresión emocional abierta	3	2.7	7	6.3	1	0.9	0	0	0	0	11	9.9
Evitación	1	0.9	5	4.5	1	0.9	0	0	1	0.9	8	7.2
Búsqueda de apoyo social	3	2.7	12	10.7	4	3.5	1	0.9	1	0.9	21	18.7
Religión	4	3.5	8	7.1	2	1.8	1	0.9	1	0.9	16	14.2
TOTAL	21	18.7	61	54.5	22	19.6	2	1.8	6	5.4	112	100

Fuente: Base de datos

FX: Frecuencia %: porcentaje

Gráfica 8. Estilos de afrontamiento de acuerdo a estado civil en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019.



Fuente: Tabla 8

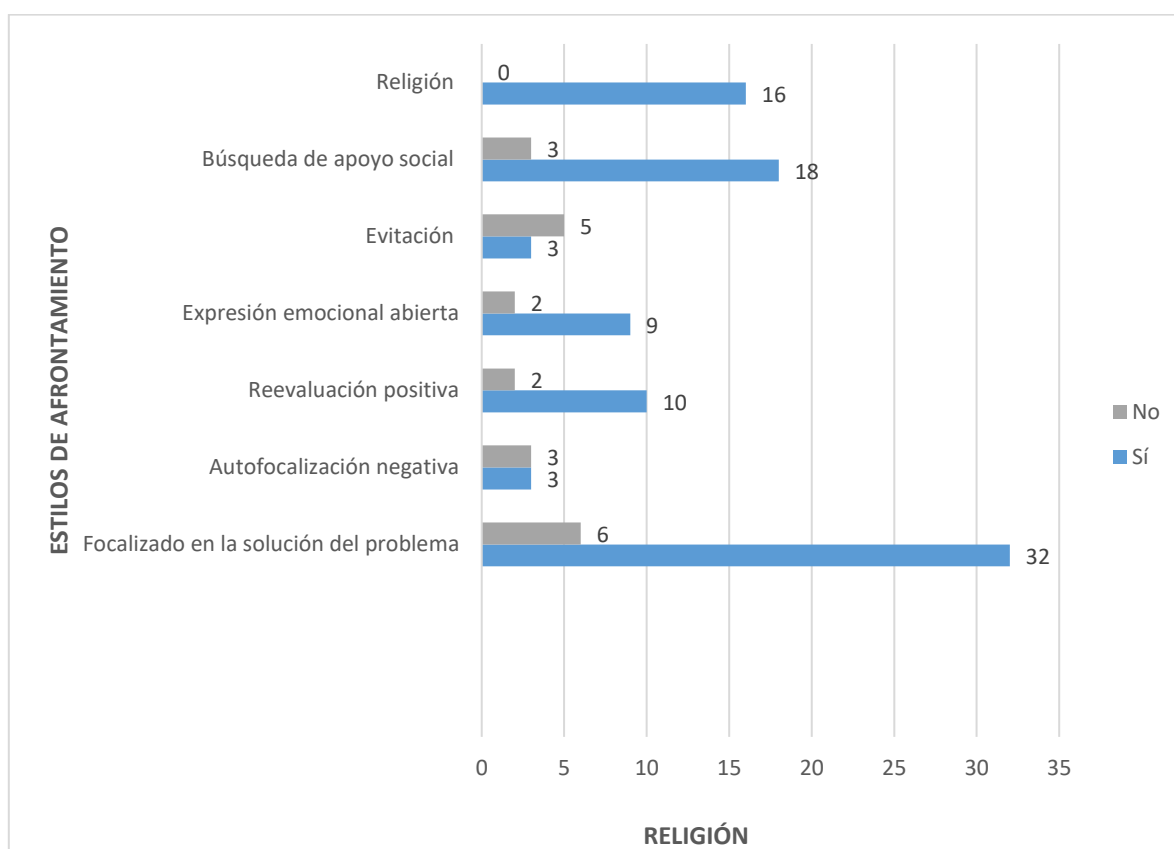
Tabla 9. Estilos de afrontamiento de acuerdo a la presencia o ausencia de religión en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO \ RELIGIÓN	Sí		No		Total	
	FX	%	FX	%	FX	%
Focalizado en la solución del problema	32	28.6	6	5.4	38	34
Autofocalización negativa	3	2.7	3	2.7	6	5.4
Reevaluación positiva	10	8.9	2	1.8	12	10.7
Expresión emocional abierta	9	8	2	1.8	11	9.8
Evitación	3	2.7	5	4.5	8	7.2
Búsqueda de apoyo social	18	16	3	2.7	21	18.7
Religión	16	14.2	0	0	16	14.2
TOTAL	91	81.1	21	18.9	112	100

Fuente: Base de datos

FX: Frecuencia %: porcentaje

Gráfica 9. Estilos de afrontamiento de acuerdo a la presencia o ausencia de religión en pacientes en hemodiálisis del HGR /UMF 220, 2019.



Fuente: Tabla 9

## XI. CONCLUSIONES

Se concluye que la asociación no es estadísticamente significativa entre el apoyo social y los estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal en hemodiálisis de HGR / UMF 220, 2019. Al realizar la prueba estadística  $\chi^2$  de Pearson se obtuvo un valor de  $P = 0.632$ , por lo cual se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Se encontró que el apoyo social más alto predomina en el género masculino con el 32.1%, en el grupo de etario de 35 a 59 años con el 33%, en el estado civil casado con el 35.7% y en el tiempo de inicio de hemodiálisis de un año en el 67.9%.

En el rubro de los estilos de afrontamiento se observó que el estilo que más predomina fue el focalizado en la solución de problema con el 33.9%, el cual predominó en el género masculino con el 18.7%, en el grupo etario de 35 a 59 años con el 16.9%, en el estado civil casado con el 15.2% y en el grupo que profesa una religión en el 28.6%.

## XII. RECOMENDACIONES

A los pacientes con apoyo social bajo y difícil afrontamiento a la enfermedad, se les puede integrar un programa de ayuda mutua, a actividades recreativas y solicitar apoyo por parte de trabajo social y/o psicología mediante referencia, según corresponda a las necesidades del paciente.

Realizar un plan de intervención para involucrar a la familia en la enfermedad y concientizar en el apoyo que requieren los pacientes que se encuentran en tratamiento con hemodiálisis, esto mediante visita domiciliaria y sesiones grupales con quienes integren la red de apoyo, para que se comprometan a apoyar al paciente y evitar el abandono. De esta manera se puede afrontar la enfermedad con una menor carga de estrés.

A nivel institucional se puede establecer un día en el que la consulta sea solo para tratar los temas sociales que influyen en la salud del paciente, detectar factores de riesgo, aplicar los instrumentos de diagnóstico y así poder participar para que el paciente pueda acercarse más, al completo estado de salud y no solo a la ausencia de enfermedad.



### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Aranda B. C, Pando M. M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Rev Investig en Psicol.* 2013;16(1):233–45.
2. Fachado AA, Rodríguez MM, Castro LG. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria.* 2013;19:118–23.
3. Aranda B. C, Manuel P. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: Una revisión. *Psicol y salud.* 2004;14:79–87.
4. Castellano Fuentes Carmen. La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *Int J Psychol Psychol Ther.* 2014;14(3):365–77.
5. Saracino R, Kolv E, Rosenfeld B. Measuring social support in patients with advanced medical illnesses : An analysis of the Duke – UNC Functional Social Support Questionnaire. 2015;13:1153–63.
6. Caycho Rodríguez T, Domínguez Lara S. Análisis psicométrico del Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK-11 en inmigrantes peruanos en Italia<sup>1</sup>. *Pensam Psicol.* 2014;12:25–35.
7. Arzate García E, Valle Maltides U. Apoyo Social en Mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. *Atención Fam.* 2017;4:169–72.
8. Magaña M, Carlos J, Higuera B, Villacieros M, Prieto R. Estilos de afrontamientos y diferencias de género ante la muerte. *Rev Psicoter.* 2019;30:103–17.
9. Diccionario de la Real Academia de la Lengua española. [Internet]. version electrónica. Available from: [www.rae.es](http://www.rae.es)
10. Banda González OL, Ibarra González C. Estilos de afrontamiento y resiliencia en adultos mayores con enfermedad crónica. *Rev Enferm Hered.* 2017;10(2):117–22.
11. Garcia HD, Fantin M, Pardo, Yolanda A. Estrategias de afrontamiento al estrés en aspirantes a Policía de la ciudad de San Luis. *Rev Psicol Univ Antioquia.* 2016;8(1):23–34.
12. Rodriguez Marin J, Pastor M de los A, Sofía LR. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicotherma.* 1993;5:349–72.

13. Riveros Munévar F, Arenas García F, Sebastián Vernaza J. Caracterización y análisis de los estilos de afrontamiento en mujeres trabajadoras colombianas. *Inf Psicol.* 2017;17:107–20.
14. Sandín B, Paloma C. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Rev psicopatología y Psicol Clínica.* 2003;8(1):39–54.
15. González T M, René L. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Rev psicopatología y Psicol Clínica.* 2007;189–98.
16. Marín R, Goicoechea MA, Gorostidi M, Cases A, Díez J, Escolar G. Guía de la Sociedad Española de Nefrología sobre riñón y enfermedad cardiovascular . Versión abreviada. *Nefrología.* 2006;26(1):31–44.
17. Espinosa - Cuevas M de los Á. Enfermedad renal. *Gac Med Mex.* 2016;152(1):90–6.
18. Chavéz Gómez. Enfermedad renal crónica en México y su relación con los metales pesados. *Rev Médica Inst Mex del seguro Soc.* 2017;55(6):725–34.
19. García Avendano DJ, Ochoa Estrada MC, Martínez Espinoza NE. Prevalencia de los mecanismos de adaptación del paciente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodialisis. *Rev Cuid.* 2016;1144 +.
20. Zapata-López B, Norma DV. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Rev Salud Pública.* 2015;17(6):848–60.
21. Tamayo y Orozco, Juan. Lastri Quirós, H. Santiago, La Enfermedad Renal Crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla. Editorial Intersistemas. CONACYT 2016.
22. Martínez-Rodríguez L, Fernández-Castillo E, González-Martínez E, Vázquez-Morales HL. Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2019 Abr-Jun;22(2):130-9
23. Marcia da Silva Simone et al. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016;24:e2752 DOI: 10.1590/1518-8345.0411.2752.
24. Sierra Llamas Carmen Alicia, Julio Juan Carlos. *Psicogente*, 13 (23): pp. 27-41. Junio, 2010. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia.

25. Romero Hernández, Claudia. Diferencias de género en las redes de apoyo social entre los pacientes con tuberculosis pulmonar: estudio cualitativo en dos poblados del estado de Veracruz, México. *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex.* [online]. 2004, vol.17, n.2 [citado 2020-11-13], pp.80-90.
26. Alfonso Figueroa, Lianet; Soto Carvallo, Dania; Santos Fernandez, Nilda Alina. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas, Pinar del Río* , v. 20, n. 1, feb. 2016 .
27. Valdez-Huirache, Mayra Griselda; Alvarez-Bocanegra, Carlos. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horiz. Sanitario, Villahermosa* , V. 17, N. 2, P. 113-121, Abr. 2018.
28. Vega Angarita, O.M.; Gonzalez Escobar, D.S.. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. glob.*, Murcia , n. 16, jun. 2009 .
29. Martínez, I. M., Meneghel, I., & Peñalver, J. ¿El género afecta en las estrategias de afrontamiento para mejorar el bienestar y el desempeño académico? *Revista de Psicodidáctica.* (2019).
30. Vinas Poch, Ferran et al . Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anal. Psicol.*, Murcia , v. 31, n. 1, p. 226-233, enero 2015 .
31. Mayordomo Rodriguez Teresa, Sales Galán Alicia. Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología*, Vol. 8, no 3, pp. 26-32
32. Rivera-Ledesma A, Montero-López LM. Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental.* 2007;30(1):39-47.

#### XIV. ANEXOS

XIV.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y  
POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN  
SALUD  
HGR/UMF 220**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS  
DE INVESTIGACIÓN**

**“ ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN  
PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DEL HGR / UMF 220, 2019”**

Investigador Principal	E. En M.F MARÍA EMILIANA ÁVILES SÁNCHEZ
Investigador Asociado o Tesista	M.C. YASMÍN VÁZQUEZ ESPINOZA
Número de registro:	
Financiamiento (si Aplica)	Número de fondo: FIS/IMSS/
Lugar y fecha:	
Riesgo de la Investigación:	Estudio con Riesgo Mínimo
Propósito del estudio:	<p>Detectar si el apoyo que usted recibe de la sociedad, ha influido en la forma de afrontar la enfermedad renal crónica, así como el tratamiento con hemodiálisis. Usted esta siendo invitado a participar porque de acuerdo a su historial y sus características personales es un buen candidato y así como usted serán invitadas más personas que comparten algunas características.</p> <p>Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación.</p>
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, un colaborador le pedirá contestar por escrito dos cuestionarios, uno acerca de apoyo social y otro de estilos de afrontamiento, así como una cédula de identificación con datos básicos personales y se le entregará copia fotostática firmada del presente documento.
Posibles riesgos y molestias:	Dificultad o imposibilidad para la lectura o comprensión de las preguntas. Incomodidad para contestar preguntas relacionadas con estrés y apoyo recibido, las cuales podrán ser leídas para usted y recibir su respuesta de forma oral en caso necesario, todos ellos en una misma sesión.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted.</p> <p>Los beneficios directos para usted podrían ser su integración a un programa de ayuda mutua, realización de sesiones familiares, canalización a actividades recreativas, referencia a trabajo social o psicología mediante, según corresponda a las necesidades del participante .</p>

	Los resultados del estudio brindarán información relevante y se incrementará en conocimiento científico sobre el tema de investigación.	
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS. Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.	
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada, la base de datos estará protegida por clave de acceso, sólo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	M.F. MARÍA EMILLIANA AVILÉS SÁNCHEZ E-Mail: dra.cya1214@outlook.com. HGR/UMF 220 Avenida Paseo Tollocán No 620 Colonia Vértice CP 50150, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 horas, al teléfono 01 722 2 17 0733 ext. 244, o bien; puede acudir a esta unidad con domicilio tal en el mismo horario y días.	
Colaboradores:	Tesista RMF Yasmín Vázquez Espinoza E-Mail: dravazqueze@yahoo.com.mx con misma dirección y teléfono.	
En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse al comité de ética e investigación 15058; Unidad de Medicina Familiar no. 222 del IMSS. Calle Josefa Ortiz de Domínguez Esquina Avenida José María Morelos y Pavón e Hidalgo, Colonia Santa Clara. Toluca, Estado de México. CP 50000. Teléfono (722) 2798000 extensión 1320, de lunes a viernes en un horario de 8:00 a 16:00 hrs, correo electrónico: comite.etica15058@gmail.com.		
<p>_____ Nombre, firma y fecha del participante</p> <p>Testigo 1</p> <p>Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria</p> <p>_____ Nombre, relación y firma</p>		<p>_____ Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <p>Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria</p> <p>_____ Nombre, relación y firma</p> <p><b>Clave: 2810-009-013</b></p> <p><b>43</b></p>

## XIV.2 HOJAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### XIV.2.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220

- Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_ años.
- Género: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_
- Escolaridad: (Marque con una X)
  - Analfabeta \_\_\_\_\_
  - Primaria \_\_\_\_\_
  - Secundaria \_\_\_\_\_
  - Preparatoria \_\_\_\_\_
  - Carrera Técnica \_\_\_\_\_
  - Licenciatura \_\_\_\_\_
  - Postgrado \_\_\_\_\_
- Estado Civil: (Marque con una X)
  - Soltero \_\_\_\_\_
  - Casado \_\_\_\_\_
  - Union libre \_\_\_\_\_
  - Divorciado \_\_\_\_\_
  - Viudo \_\_\_\_\_
- Tiempo de haber iniciado sesiones de hemodiálisis: \_\_\_\_\_
- Profesa alguna religión: \_\_\_\_\_
- Parentesco con la persona que le acompaña: \_\_\_\_\_

#### XIV.2.2 CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

A continuación se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Para contestar debe leer cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida usted la ha utilizado recientemente para hacer frente a situaciones de estrés. Marque con una X la opción que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones más estresantes vividas recientemente (aproximadamente durante el último año).

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

#### ¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4	Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7	Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10	Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11	Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12	Me enfoqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4



1 3	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
1 4	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
1 5	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
1 6	Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
1 7	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
1 8	Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
1 9	Salí al cine, a cenar, a dar una vuelta, etc. para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
2 0	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
2 1	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
2 2	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
2 3	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
2 4	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mi más importantes	0	1	2	3	4
2 5	Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
2 6	Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
2 7	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
2 8	Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
2 9	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
3 0	Me di cuenta de que por mi mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
3 1	Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”	0	1	2	3	4
3 2	Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
3 3	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
3 4	Pedí a algún amigo o familiar que me indicaran cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4

3 5	Recé	0	1	2	3	4
3 6	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
3 7	Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
3 8	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
3 9	Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
4 0	Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
4 1	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesite manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
4 2	Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

- Para ser llenado por el aplicador:

Corrección de la prueba.

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas.

Focalizado en la solución del problema (FSP)	1	8	15	22	29	36	Total
Valor marcado=							
Autofocalización negativa (AFN)	2	9	16	23	30	37	
Valor marcado=							
Reevaluación positiva (REP)	3	10	17	24	31	38	
Valor marcado=							
Expresión emocional abierta (EEA)	4	11	18	25	32	39	
Valor marcado=							
Evitación (EVT)	5	12	19	26	33	40	
Valor marcado=							
Búsqueda de apoyo social (BAS)	6	13	20	27	34	41	
Valor marcado=							
Religión (RLG)	7	14	21	28	35	42	

#### XIV.2.3 CUESTIONARIO DUKE – UNC 11 DE APOYO SOCIAL

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y elija una opción de las enumeradas del 1 al 5 rodeándola con un círculo.

- 1= Tanto como deseo
- 2= Casi como deseo
- 3= Ni mucho ni poco
- 4= Menos de lo que deseo
- 5= Mucho menos de lo que deseo.

1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3. Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o la casa	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

XIV.2.4 SÁBANA DE DATOS

<b>No.</b>	<b>Grupo Etario</b>	<b>Género</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Nivel de Apoyo Social</b>	<b>Estilo de afrontamiento</b>
1	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
2	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
3	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
4	35 a 59 años	Fem	DIVORCIADO	BAJO	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
5	35 a 59 años	Masc	CASADO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
6	60 a 79 años	Fem	CASADO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
7	60 a 79 años	Masc	VIUDO	BAJO	EVITACIÓN
8	20 a 34 años	Masc	SOLTERO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
9	35 a 59 años	Masc	CASADO	NORMAL	RELIGIÓN
10	20 a 34 años	Masc	UNION LIBRE	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
11	35 a 59 años	Masc	UNIÓN LIBRE	NORMAL	AUOFOCALIZACIÓN NEGATIVA
12	35 a 59 años	Fem	CASADO	BAJO	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
13	60 a 79 años	Masc	CASADO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
14	35 a 59 años	Masc	CASADO	NORMAL	REEVALUACIÓN POSITIVA
15	35 a 59 años	Fem	DIVORCIADO	BAJO	RELIGIÓN
16	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA

17	35 a 59 años	Masc	UNION LIBRE	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
18	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	REEVALUACIÓN POSITIVA
19	20 a 34 años	Fem	SOLTERO	NORMAL	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
20	35 a 59 años	Masc	UNIÓN LIBRE	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
21	35 a 59 años	Masc	CASADO	BAJO	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
22	60 a 79 años	Fem	CASADO	NORMAL	EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA
23	20 a 34 años	Masc	SOLTERO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
24	35 a 59 años	Fem	CASADO	BAJO	EVITACIÓN
25	35 a 59 años	Masc	VIUDO	BAJO	RELIGIÓN
26	35 a 59 años	Fem	UNION LIBRE	NORMAL	REEVALUACIÓN POSITIVA
27	35 a 59 años	Masc	UNION LIBRE	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
28	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA
29	60 a 79 años	Masc	CASADO	BAJO	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
30	60 a 79 años	Masc	CASADO	NORMAL	AUOFOCALIZACIÓN NEGATIVA
31	20 a 34 años	Fem	SOLTERO	BAJO	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
32	60 a 79 años	Masc	CASADO	BAJO	EVITACIÓN
33	20 a 34 años	Masc	SOLTERO	BAJO	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
34	80 + años	Masc	VIUDO	BAJO	REEVALUACIÓN POSITIVA

35	35 a 59 años	Masc	CASADO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
36	60 a 79 años	Masc	UNION LIBRE	NORMAL	RELIGIÓN
37	80 + años	Masc	CASADO	BAJO	RELIGIÓN
38	35 a 59 años	Fem	UNION LIBRE	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
39	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA
40	60 a 79 años	Masc	CASADO	BAJO	REEVALUACIÓN POSITIVA
41	60 a 79 años	Masc	CASADO	NORMAL	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
42	20 a 34 años	Fem	CASADO	BAJO	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
43	35 a 59 años	Fem	SOLTERO	BAJO	EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA
44	20 a 34 años	Masc	SOLTERO	NORMAL	RELIGIÓN
45	20 a 34 años	Fem	UNION LIBRE	BAJO	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
46	20 a 34 años	Masc	UNION LIBRE	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
47	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	EVITACIÓN
48	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
49	35 a 59 años	Fem	UNION LIBRE	NORMAL	RELIGIÓN
50	20 a 34 años	Masc	SOLTERO	BAJO	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
51	60 a 79 años	Masc	CASADO	BAJO	EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA
52	60 a 79 años	Masc	CASADO	NORMAL	REEVALUACIÓN POSITIVA

53	20 a 34 años	Fem	SOLTERO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
54	20 a 34 años	Fem	SOLTERO	BAJO	RELIGIÓN
55	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA
56	35 a 59 años	Masc	UNION LIBRE	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
57	60 a 79 años	Fem	CASADO	BAJO	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
58	80 + años	Masc	VIUDO	NORMAL	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
59	20 a 34 años	Masc	UNION LIBRE	NORMAL	EVITACIÓN
60	35 a 59 años	Masc	CASADO	BAJO	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
61	20 a 34 años	Masc	SOLTERO	NORMAL	AUOFOCALIZACIÓN NEGATIVA
62	35 a 59 años	Masc	SOLTERO	BAJO	RELIGIÓN
63	60 a 79 años	Fem	CASADO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
64	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	REEVALUACIÓN POSITIVA
65	20 a 34 años	Masc	SOLTERO	NORMAL	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
66	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
67	35 a 59 años	Masc	UNION LIBRE	BAJO	REEVALUACIÓN POSITIVA
68	35 a 59 años	Masc	SOLTERO	BAJO	EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA
69	35 a 59 años	Masc	CASADO	NORMAL	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
70	60 a 79 años	Masc	CASADO	BAJO	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

71	20 a 34 años	Masc	UNION LIBRE	NORMAL	AUOFOCALIZACIÓN NEGATIVA
72	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
73	20 a 34 años	Fem	SOLTERO	BAJO	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
74	20 a 34 años	Fem	SOLTERO	NORMAL	RELIGIÓN
75	60 a 79 años	Fem	CASADO	NORMAL	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
76	60 a 79 años	Fem	CASADO	BAJO	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
77	60 a 79 años	Fem	CASADO	NORMAL	REEVALUACIÓN POSITIVA
78	60 a 79 años	Masc	CASADO	NORMAL	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
79	35 a 59 años	Masc	VIUDO	BAJO	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
80	20 a 34 años	Masc	CASADO	NORMAL	EVITACIÓN
81	35 a 59 años	Masc	CASADO	NORMAL	RELIGIÓN
82	35 a 59 años	Fem	UNION LIBRE	NORMAL	EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA
83	60 a 79 años	Fem	VIUDO	BAJO	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
84	60 a 79 años	Fem	CASADO	NORMAL	AUOFOCALIZACIÓN NEGATIVA
85	35 a 59 años	Masc	CASADO	BAJO	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
86	35 a 59 años	Fem	SOLTERO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
87	35 a 59 años	Masc	UNION LIBRE	BAJO	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
88	35 a 59 años	Masc	CASADO	BAJO	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
89	35 a 59 años	Masc	CASADO	NORMAL	REEVALUACIÓN POSITIVA



90	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
91	20 a 34 años	Masc	SOLTERO	BAJO	EVITACIÓN
92	35 a 59 años	Fem	UNION LIBRE	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
93	35 a 59 años	Fem	CASADO	BAJO	RELIGIÓN
94	60 a 79 años	Masc	CASADO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
95	35 a 59 años	Masc	CASADO	BAJO	REEVALUACIÓN POSITIVA
96	20 a 34 años	Masc	SOLTERO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
97	35 a 59 años	Masc	CASADO	BAJO	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
98	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	RELIGIÓN
99	20 a 34 años	Masc	UNION LIBRE	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
100	20 a 34 años	Masc	UNION LIBRE	BAJO	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
101	20 a 34 años	Masc	SOLTERO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
102	20 a 34 años	Masc	SOLTERO	BAJO	EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA
103	35 a 59 años	Fem	CASADO	NORMAL	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
104	35 a 59 años	Fem	CASADO	BAJO	REEVALUACIÓN POSITIVA
105	35 a 59 años	Masc	CASADO	NORMAL	RELIGIÓN
106	35 a 59 años	Fem	UNION LIBRE	BAJO	FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

107	60 a 79 años	Fem	CASADO	NORMAL	EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA
108	20 a 34 años	Fem	CASADO	BAJO	RELIGIÓN
109	60 a 79 años	Masc	CASADO	NORMAL	AUOFOCALIZACIÓN NEGATIVA
110	20 a 34 años	Masc	UNION LIBRE	BAJO	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL
111	35 a 59 años	Masc	CASADO	NORMAL	RELIGIÓN
112	35 a 59 años	Masc	CASADO	NORMAL	EVITACIÓN