UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:
AFRONTAMIENTO EN PACIENTE TERMINAL

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

AUTOR:
MAZA AYALA FABIAN ENRIQUE

TUTOR:
PEÑA LOAIZA GERARDO XAVIER

MACHALA - EL ORO

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, MAZA AYALA FABIAN ENRIQUE, con C.I. 0705816668, estudiante de la carrera de PSICOLOGÍA CLÍNICA de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autor del siguiente trabajo de titulación AFRONTAMIENTO EN PACIENTE TERMINAL

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.

- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:

  a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.

  b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 10 de noviembre de 2015

MAZA AYALA FABIAN ENRIQUE
C.I. 0705816668

AFRONTAMIENTO EN PACIENTE TERMINAL

MAZA AYALA FABIAN ENRIQUE
AUTOR(A)
C.I. 0705816668
fabienk.90.fm@gmail.com

PEÑA LOAIZA GERARDO XAVIER
TUTOR
C.I. 0702794868
gpena@utmachala.edu.ec

Machala, 10 de noviembre de 2015

CERTIFICAMOS

Declaramos que, el presente trabajo de titulación AFRONTAMIENTO EN PACIENTE TERMINAL elaborado por el estudiante MAZA AYALA FABIAN ENRIQUE, con C.I. 0705816668, ha sido leído minuciosamente cumpliendo con los requisitos estipulados por la Universidad Técnica de Machala con fines de titulación. En consecuencia damos la calidad de APROBADO al presente trabajo, con la finalidad de que el Autor continue con los respectivos tramites.

Especialistas principales

SALAMEA NIETO ROSA MARIANELA DE LOS DOLORES
C.I. 0300838992

ULLAURI CARRION MARCIA GALINA
C.I. 0701952897

SANCHEZ PADILLA YADIRA LILIANA
C.I. 0705349025

Especialistas suplentes

BELDUMA BRAVO MARIA DOLORES
C.I. 0704442656

TINOCO IZQUIERDO WILSON ELADIO
C.I. 0701140741

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a mis padres Enrique Maza y Yolanda Ayala por haberme brindado la oportunidad de realizar mis estudios, han sido y serán el motor que me conduce a lograr metas de alto nivel.

A mis hermanas Mariuxi, Johanna y Nicole Maza, les dedico este esfuerzo porque son mi guía principal y mi pilar fundamental.

A la persona que ha dirigido mi trabajo, Psicólogo Clínico Gerardo Peña por la formación, dirigencia y tutoría para la correcta elaboración de mi trabajo.

A mis maestros por enseñarme y guiarme día a día en las aulas de esta prestigiosa Universidad.

A mis compañeros de clase por entusiasmarme y haber compartido una linda amistad durante cinco años.

Al grupo de tutores por haber dirigido mediante seminarios el presente trabajo.

Fabian Enrique Maza Ayala

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis Padres por su apoyo incondicional, por estar juntos y demostrarme su apoyo moral y económico, por ser la guía y educación principal que aprendí. Todo se los debo a ellos, principalmente a mi madre que gracias a sus exigencias he logrado llegar hasta aquí, porque me ha enseñado a perseverar pese a las circunstancias o adversidades que se me han presentado durante este proceso.

Con Dios estoy enormemente agradecido porque sin la fe que tengo en él, no sería nada posible, me ha escuchado en oraciones y peticiones y no me queda más que agradecerle infinitamente por sus cumplidos.

Gracias a los docentes que impartieron sus conocimientos conmigo, por la paciencia, principalmente a mi tutor, el Psicólogo Gerardo Peña.

Estoy muy agradecido con la Universidad Técnica de Machala en general porque es el lugar donde me abrieron las puertas para iniciar una carrera anhelada, cada espacio de ella la llevo en mi memoria.

Fabian Enrique Maza Ayala

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA

CARATULA

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA

PAGINA DE EVALUACION

DEDICATORIA V

AGRADECIMIENTO VI

TABLA DE CONTENIDO VII

RESUMEN VIII

ABSTRACT IX

INTRODUCCIÓN 10

1. AFRONTAMIENTO Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO 11

2. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DESDE UN ENFONQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL 13

3. METODOLOGÍA 23

3.1 Modalidad de Estudio 23

3.2 Tipo de estudio 23

3.2.1 Técnicas 23

3.3 Métodos 24

3.4 Descripción de la muestra 24

3.5 Procesamiento de la información 24

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS 24

CONCLUSIONES 25

RECOMENDACIONES 26

BIBLIOGRAFÍA 26

ANEXOS 30

URKUND REPORT.

AFRONTAMIENTO EN PACIENTE TERMINAL

RESUMEN

Autor: FABIAN ENRIQUE MAZA AYALA
C.I: 0705816668
fabienk.90.fm@gmail.com

Coautor: PSIC.CLIN.GERARDO PEÑA LOAIZA, Mgs.
CI: 0702794868
gpena@utmachala.edu.ec

El objetivo de esta investigación es identificar el estilo de afrontamiento y su relación con la adherencia al tratamiento en un paciente que presenta una enfermedad crónica-terminal, en este caso una persona de 63 años de edad diagnosticada con insuficiencia renal crónica y sometida a tratamiento de hemodiálisis. Se pretende establecer la relación de los estilos de afrontamientos con la adherencia al tratamiento. El tipo de estudio del presente trabajo es biográfico con modalidad mixta o cualicuantitativa; en primera instancia para realizar la investigación se procedió a la selección del caso, que esté relacionado con el objeto de estudio y que pueda cumplir con el objetivo propuesto, luego se efectuó una anamnesis mediante entrevistas psicológicas semiestructuradas con el propósito de traer al presente los recuerdos del pasado, profundizando y generalizando los acontecimientos vividos desde la perspectiva de la enfermedad; para evaluar el estilo-estrategia de afrontamiento se utilizaron el cuestionario de afrontamiento del estrés(CAE) y el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), se realizó una triangulación para analizar los resultados obtenidos en las técnicas, este proceso se logra analizando los resultados de otras investigaciones y comparando los resultados del análisis de caso, evidenciando que el estilo-estrategia de afrontamiento focalizado en la solución del problema es la que el paciente utiliza para su adherencia al tratamiento; tanto en el paciente como en la familia se evidencia el mismo estilo de afrontamiento. Finalmente, es de suma importancia implementar un programa terapéutico en estos pacientes, en donde se involucre a la familia.

PALABRAS CLAVE: Estilo de afrontamiento, situación estresante, recursos psicosociales, enfoque cognitivo-conductual, adherencia al tratamiento.

COPING IN TERMINAL PATIENTS

ABSTRACT

Autor: FABIAN ENRIQUE MAZA AYALA
C.I: 0705816668
fabienk.90.fm@gmail.com

Coautor: PSIC. CLIN. GERARDO PEÑA LOAIZA, Mgs.
CI: 0702794868
gpena@utmachala.edu.ec

The objective of this research is to identify coping style and its relationship with adherence to treatment in a patient with chronic-terminal illness, in this case a person 63 years of age diagnosed with chronic renal failure and subjected to treatment hemodialysis. It aims to establish the relationship between styles of confrontations with adherence to treatment. The type of study of this work is biographical quail-quantitative or mixed-mode; in the first instance for the investigation proceeded to the selection of the case, which relates to the subject matter and that it can meet this objective, then a psychological history was made through semi-structured interviews with the purpose of bringing to mind the memories past, deepening and generalizing the events experienced from the perspective of the disease; to assess the style-coping strategy questionnaire coping with stress (CAE) and the inventory of coping strategies (CSI) were used, a triangulation was performed to analyze the results of the techniques, this process is accomplished by analyzing the results other research and comparing the results of the case study, showing that the style-focused coping strategy in solving the problem is that the patient uses for its adherence to treatment; both the patient and family the same coping style is evident. Finally, it is important to implement a treatment program for these patients, where it involves family.

KEY WORDS: Coping style, stressful situation, psychosocial resources, cognitive-behavioral approach, adherence to treatment.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedades crónicas o en etapa terminal, manifiestan un nivel de estrés considerable, tanto por la enfermedad, como por el mismo tratamiento al que se someten, situación en la que se ve implicado el apoyo psicosocial por el cambio radical en su estilo de vida. En el interés por identificar el estilo de afrontamiento que existe en pacientes terminales y cómo se relaciona esto con su adherencia al tratamiento, es necesario realizar una revisión bibliográfica y de datos empíricos acerca de esta problemática; a lo que en la actualidad se puede manifestar que existe un número considerable de personas diagnosticadas con insuficiencia renal crónica que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis y que presentan diversos niveles de adecuación y sufrimiento.

Los pioneros de la teoría de Afrontamiento son Richard Lazarus y Susan Folkman (1986)quienes definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales continuamente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, tanto externas como internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo(Castaño & León, 2010). A partir de sus aportes, se pudo abordar de manera teórica el objeto de estudio, analizando sus constructos, definiciones y los estilos de afrontamiento que proponen; el centrado en el problema y en la emoción. Además analizamos estudios realizados en los que se ha investigado lo estilos de afrontamiento en donde diferentes autores dan a conocer otro estilo-estrategia de afrontamiento con sus fundamentos, este estilo de afrontamiento es el improductivo o evitativo.

Enfocándose en la corriente cognitivo-conductual, se analiza la teoría de diferentes autores, para lograr fundamentar teóricamente la estructura del análisis de caso; en la metodología en cambio se fundamenta metodológicamente el tipo de estudio biográfico de modalidad mixta o cualicuantitativa, analizando las valoraciones subjetivas que la persona hace de los acontecimientos de su vida y se expone las diferentes técnicas que son aplicadas para el análisis, como son la entrevista semiestructurada, los test cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) y el inventarios de estrategias de afrontamiento (CSI).Finalmente se puede establecer las conclusiones y recomendaciones de acuerdo al objetivo planteado.

Esta investigación es de vital importancia, porque en los últimos años según las estadísticas se ha evidenciado un número considerable de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica, sometidos a tratamiento de hemodiálisis; condiciones que afectan significativamente la calidad de vida de la persona afectada y que implica la existencia de estrategias de afrontamiento individual y familiar. “Los pacientes con enfermedad crónica experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad como el dolor, los cambios metabólicos, las dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos”(Contreras F. , Esguera, Espinosa, & Viviana, 2007, pág. 170).

1. AFRONTAMIENTO Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

En los últimos años, los estilos de afrontamiento se constituyen como un fenómeno importante en la disciplina psicológica, identificándose como una significativa variable mediadora de la adaptación del paciente a sucesos altamente estresantes como lo son en este caso, las enfermedades terminales. “Los estilos de afrontamiento son considerados variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación”(Contreras F. , Esguera, Espinosa, & Viviana, 2007, pág. 169).

Haciendo un estudio retrospectivo se encuentra que el modelo de Afrontamiento parte desde los estudios realizados en el año 1986, por Richard Lazarus y Susan Folkman, siendo los pioneros de esta teoría; en dichos estudios se definen los estilos de afrontamiento como: Los esfuerzos cognitivos-conductuales que cambian consecutivamente cuando el sujeto tiene la necesidad de manejar demandas tanto internas como externas, valorando estas demandas como amenazantes para sus recursos personales(Gonzales, Montoya, Casullo, & V., 2002).

Entendidos como recursos personales o recursos de afrontamiento, se puede decir que son las respuestas que pronuncia el individuo para manejar un acontecimiento que lo pueda considerar estresante; estos recursos dependen de sus conductas estructuradas y del contexto socio cultural. “Así pues, los recursos de afrontamiento pueden ser físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales”(Rodriguez, Pastor, & López, 1993, pág. 352).

Los estilos de afrontamiento son los que interceden en la elección de estrategias de afrontamiento, han sido valorados como elementos mediadores eficaces en la adaptación del individuo ante situaciones calamitosas o asociadas a consecuencias físicas y psicológicas en su salud; por lo tanto es evidente la relación entre enfermedad y estilos de afrontamiento. “Los estilos de afrontamiento, definidos como variables disposicionales, estos influyen sobre la elección de las estrategias de afrontamiento que son acciones concretas y específicas que la persona utiliza para enfrentarse a la situación”(Urzúa & Jarne, 2008, pág. 151).

La mayoría de estudios sobre afrontamiento indican que los estilos de afrontamiento se van estableciendo conforme al desarrollo físico, mental y emocional, en cada etapa de nuestro ciclo vital, especialmente en el período de la adolescencia, época en la cual por diversos cambios, se hacen necesarias las estrategias de afrontamiento. El desarrollo de los estilos de afrontamiento toma mayor importancia durante la etapa de la adolescencia, etapa en la que la necesidad de autoafirmación y la importancia de pertenecer al grupo hacen indispensables las habilidades de afrontamiento (Mestre, Samper, Porcar, Richaud, & Mesurado, 2012).

Investigación efectuada por la Facultad de Psicología en la Universidad Mayor de Chile en el año 2006, mediante un diseño experimental permite analizar la relación entre Estilo de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento de Adolescentes Diabéticos Tipo 1, según los resultados evidenciados en un determinado número de pacientes.

Ortiz (2006, pág. 146), manifiesta lo siguiente:

> Resulta evidente que en la base de este resultado este el hecho de que en esta etapa es cuando las relaciones interpersonales cobran mayor importancia y son una particular fuente de estrés para el diabético y particularmente para aquellos que afrontan emocionalmente, ya que difícilmente podrían regular y mitigar las emociones sin la percepción de un entorno social cooperador y no discriminador ante una situación tan difícil el padecimiento de una enfermedad crónica.

De tal manera, se han realizado algunos estudios para analizar los estilos-estrategias de afrontamiento en determinadas situaciones, uno de ellos fue realizado por la Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia, en el año 2008. El propósito del estudio fue descubrir la personalidad y las estrategias de afrontamiento en un número establecido de estudiantes universitarios y observar cómo estas variables se relacionan. De acuerdo con los resultados, "se evidencia la conveniencia de utilizar instrumentos de evaluación de la personalidad de última generación, estandarizados, en versiones cortas y dentro de investigaciones amplias en los que se observe su interacción con otras variables psicológicas".(Contreras, Esguera, & Espinosa, 2009, pág. 318).

Entonces, al examinar el afrontamiento y sus estilos, también se estudia la personalidad del individuo, con el propósito de buscar explicaciones satisfactorias en las diferencias individuales y el equilibrio del comportamiento interindividual. De acuerdo con los resultados obtenidos de la investigación en la Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia en el año 2009 se demuestra que existe una asociación directa de la personalidad del sujeto y la forma de como el individuo enfrenta la situación calamitosa a la que se puede ver expuesto (Contreras, Esguera, & Espinosa, 2009).

Por lo tanto, la personalidad esta puntualmente ligada a los mecanismos de afrontamiento, implicando la capacidad que tiene el individuo para enfrentar distintos eventos que se le puede presentar en un momento determinado durante el transcurso de su vida cotidiana. "Las personas más estables emocionalmente poseen una mayor autoestima, más capacidad de autocontrol en situaciones adversas"(Mestre, Samper, Porcar, Richaud, & Mesurado, 2012, pág. 1264).

Por otra parte, En la Universidad Santo Tomás de Bogotá-Colombia, en el año 2007, se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional, con el objetivo de observar que estilos de afrontamiento son asumidos por un grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, a su efecto nos indica lo siguiente: El estilo-estrategia de afrontamiento focalizado en la solución del problema ayudó apositivamente con la salud mental de los pacientes, mientras que el estilo-estrategia de autofocalización negativa se relacionó de manera contraria con la salud mental y calidad de vida de los paciente" (Contreras F. , Esguera, Espinosa, & Viviana, 2007).

Es de interés estudiar el Estilo de Afrontamiento en los pacientes con insuficiencia renal crónica para implantar una adecuada salud mental y promover el Bienestar Psicológico, tomando en cuenta que dentro del País y particularmente en la ciudad de Machala hay un número considerable de casos de personas con insuficiencia renal crónica, quienes perciben diferentes problemas asociados tanto de carácter físico como psicosociales, los físicos que son secuelas del padecimiento, y los psicosociales que son cambios potenciales en su estilo de vida, en donde la amenaza constante de muerte y el carácter restrictivo del tratamiento se hacen presentes. Los pacientes diagnosticados con una enfermedad crónica en etapa terminal experimentan diversos problemas de carácter físico, resultado directo de la misma enfermedad como el dolor, los cambios metabólicos, y posibles deterioros cognitivos(Contreras F. , Esguera, Espinosa, & Viviana, 2007).

Esta patología, denominada insuficiencia renal crónica, afecta a dos millones de individuos en el mundo. En el Ecuador se contabilizan 6.611 enfermos, según el último reporte del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Solo en El Oro, el Ministerio de Salud Pública (MSP) asiste a 872 ciudadanos con esta afección. De ellos,

el 97.5 % debe someterse a sesiones de hemodiálisis y el 2.5 % restante a diálisis peritoneales que son mecanismos que sustituyen la función del riñón afectado y permiten depurar líquidos o toxinas del cuerpo. En El Oro, suman tres los centros en los que se realiza la hemodiálisis el administrado por el Gobierno Provincial Autónomo de El Oro, el del Hospital Teófilo Dávila, ambos gratuitos, y la Unidad Renal Orodial Medicopharma que es privada.

El análisis de caso es de un paciente, de 63 años de edad, quien se atiende desde hace tres años en la Unidad Renal Orodial Medicopharma ubicada en las calles Santa Rosa 1528 entre Pasaje y Boyacá en el centro de la ciudad, por el severo deterioro de sus riñones a causa de la hipertensión arterial provocada por su Diabetes. El paciente es oriundo del cantón Machala, de la provincia de El Oro; se somete a sesiones de hemodiálisis asintiendo tres veces por semana durante cuatro horas por sesión. La hemodiálisis se realiza al interior de esta Unidad Médica, en el que también asisten pacientes afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) ya que existe un convenio con el Hospital del IESS, debido al alta demanda de casos.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que ocurre cuando la función de los riñones se encuentra deteriorada por la disminución irreversible y progresiva de las nefronas funcionales, los riñones pierden su capacidad de excretar los productos de desecho en la orina y de mantener el balance químico en la sangre, funciones vitales e indispensables para la sobrevivencia del organismo.La insuficiencia renal crónica en etapa terminal donde el paciente es sometido a tratamiento de hemodiálisis constituye un importante problema de salud, por su elevada tasa de mortalidad, y loscostos elevados que genera su tratamiento (Cases, González, Conthe, Matalí, & Garrido, 2010).

Las personas que viven con una enfermedad crónica terminal se obligan a luchar con un acumulado de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto establecen una amenaza física y mental. “Aquí también, quizá, los recursos socioculturales pueden estar mediando la actitud de resignación o no de los sujetos”(Corrales, Remor, & Rodríguez, 2003, pág. 425).De tal manera el objetivo de esta investigación es identificar los estilos de afrontamiento y su relación con la adherencia al tratamiento de un paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

2. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DESDE UN ENFONQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Desde el enfoque cognitivo-conductual, la mayoría de las investigaciones definen el afrontamiento como: “Una respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla”(Rodriguez, Pastor, & López, 1993, pág. 351). Es decir se habla de afrontamiento cuando un individuo intenta superar acontecimientos y adaptarse a la nueva situación. “El concepto de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para responder a tales demandas”(Rodriguez, Pastor, & López, 1993, pág. 351).

Dentro del enfoque cognitivo-conductual, se entiende las estrategias de afrontamiento desde dos puntos de vista:

1. Estilo cognitivo consistente de aproximación a los problemas.
2. Proceso dependiente de la situación.

Como un estilo cognitivo consistente de aproximación a los problemas, entendiendo estilo cognitivo como el modo habitual de procesar la información y de utilizar los recursos cognitivos como son la percepción, la memoria y el procesamiento. Se ha buscado la asociación de diversas variables de personalidad con estilos de afrontamiento. Las investigaciones de los estilos-estrategias de afrontamiento se concentran de manera necesaria en el estudio del afrontamiento entre los modelos generales estructurales de los rasgos personológicos y las funciones psíquicas (Viñas, Gonzáles, García, Claustre, & Casas, 2012).

Como un proceso dependiente de la situación. Se analizan los estilos-estrategias de afrontamiento llevados a cabo por el individuo ante distintas situaciones o problemas. Esta forma de entender los estilos-estrategias de afrontamiento mostraría que hay poca firmeza en las estrategias ante distintas situaciones logrando cambiar de estrategia ante un mismo problema en dos momentos temporales distintos. La superación de este tipo de proceso menciona que existen factores externos del individuo relacionados con las interacciones sociales, pero sin embrago, pueda que existan circunstancias que limiten su efectividad (Elizalde, 2010).

La psicología cognitiva recurre a la utilización de constructos teóricos, indirectamente de la conducta externa, para poder explicar el funcionamiento mental. Sin embargo, implica un enfoque nuevo de la hipótesis de que gran parte de la conducta puede explicarse por representaciones internas e intencionales. Teniendo en cuanta que el conductismo tiene el valor histórico de haber otorgado a la psicología un objeto y un método de estudio; el problema grande de esta corriente fue la falta de abordaje en los eventos psicológicos diferentes de la conducta misma, asunto que la propuesta de la corriente cognitiva retoma con especial interés.

Es por eso que Gonzáles (2009, pág. 183) menciona:

> El conductismo presentado en 1913 por J.B. Watson fue uno de los productos de este contexto social y profesional. Watson, educado en la metodología objetivista de la psicología comparada e inmerso en el mismo movimiento general que llevaba a los psicólogos a apostar por la utilidad social, creyó por fin poder ofrecer la solución a todos los problemas (académicos, sociales y teóricos) de los psicólogos mediante un simple movimiento estratégico: cambiar sus sujetos animales por sujetos humanos manteniendo todos los presupuestos teóricos y metodológicos intactos.

A diferencia de la corriente conductista, al enfoque cognitivo le interesa explicar el cómo se producen los procesos de conocimiento y no solamente detallar la conducta en términos de constructos hipotéticos. Desde el aspecto de la corriente cognitiva describe a los procesos mentales como variables tanto en lo filogenético como en lo ontogenético, haciendo que dé lugar cierto raciocinio con la conducta, de tal manera los procesos mentales no intervienen de manera aislada, sino más bien existe una interacción entre ellos.

Por lo tanto Beatriz, Georgen, y Milnitsky (2011, pág. 104) nos indican que:

> Son representaciones mentales que permiten al individuo a desarrollar actividades mentales de cómo resolver problemas, reconocer o no un objeto, y recordar a alguien que usted conoce. El ser humano crea representaciones para

> cada información adquirida, lo que lo convierte en un procesador activo en busca de información de una manera inteligente y consciente

Entonces, la atención, la percepción, el pensamiento y la memoria no constituyen funciones separables, aunque a veces los requerimientos de investigación hagan inevitable tratarlos de manera independiente.

De la misma forma Cano, DongilCollado, Salguero y Wood (2011, pág. 16) mencionan:

> En la práctica, para desarrollar la intervención cognitiva, se trata de identificar y modificar los contenidos de la experiencia consciente (pensamientos, imágenes, sensaciones, etc.), así como los procesos cognitivos (atención, interpretación, memoria, atribución, etc.) que supuestamente están implicados en la reacción emocional (i.e., ansiedad) o en su regulación.

Por otra parte, las estructuras cognitivas son complejas que sostienen un conjunto organizado de hábitos anteriores, formado por conocimientos y ajustes con capacidad para generalizar y cambiar; dichas estructuras se forman de métodos necesarios para el procesamiento, la selección, codificación y almacenamiento de la información hasta llegar a la solución de dificultades y así dar una respuesta de afrontamiento favorable.Las destrezas y los procesos mentales, son las habilidades cognitivas que resultan necesarias para efectuar una tarea, porque son las que facilitan el conocimiento además de adquirirlo y recuperarlo para utilizarlo posteriormente en determinada situación (Ramos, Herrera, & Ramírez, 2010).

Aparece otro aspecto fundamental en el enfoque cognitivo, es el de solución de problemas, este concepto se caracteriza por tres aspectos, el primero es la comprensión del problema, el segundo son las formas de soluciones y el tercero es decisión de la solución apropiada. Ahora bien, los medios de aprendizaje a la resolución de problemas, es decir, los estilos-estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes o amenazantes, han llevado a los psicólogos cognitivos y a los conductuales a la creación de modelos capaces de integrar el rigor científico en la aproximación y explicación del comportamiento en general y no sólo del procesamiento de la información. En concordancia con el modelo de Curry, quien indica que mientras los estilos de aprendizaje permiten investigar las diferencias individuales a la hora de abordar el proceso de aprendizaje, los estilos cognitivos acceden a investigar las diferencias en la estructura cognitiva delos individuos (López, Hederich, & Camargo, 2011).

Resultado de este aspecto surgen los modelos cognitivo-conductuales que parten de la aceptación de los procesos mentales sobre la causa del comportamiento, pero además otorgan especial relevancia a los procesos de aprendizaje en la explicación del comportamiento normal y alterado en la persona, es decir al analizar el afrontamiento y sus estilos-estrategias, estamos analizando también los rasgos personológicos del individuo. “Es absurdo disociar el afrontamiento de la personalidad de quien lo efectúa”(Cano, Rodríguez, & García, 2007, pág. 30).

Cuando la persona se encuentra ante alguna situación amenazante, es el momento en que se pone en marcha una serie de conductas, que pueden ser demostradas u ocultas, predestinadas a restablecer el desequilibrio percibido y sus consecuencias; estas conductas modifican el resultado de la fuente amenazante mediante los cambios que son implantados en los procesos valorativos; es decir cuando una persona se

enfrenta a una situación que le puede producir estrés o ansiedad pone en marcha las estrategias de afrontamiento, que son de carácter intencional y voluntaria.

Por lo tanto, Ramón, Valle; Rodríguez, Piñero y Freire (2010, pág. 53), indican lo siguiente:

> El afrontamiento es un proceso orientado y contextual, se dirige a lo que la persona realmente piensa y hace en situaciones estresantes, a como éstas se modificaran a medida que se producen estos encuentros, y está influido por las valoraciones de los individuos en torno a las demandas reales a las que se enfrenta y los recursos de los que disponen para abordarlas.

El estilo afrontamiento, se centra en la interacción del sujeto con su medio, en cómo este hace frente a las demandas que se le presentan en su medio; esta interacción no es solo una relación física si no que adquiere sentido desde la valoración que hace el sujeto de la demanda presentada. Es decir, depende de cómo la persona manifiesta sus conductas, de una manera estructurada o no estructurada en un modelo comportamental; y además dependerá de que el contexto psicosocial y sociocultural le ofrezca el recurso de apoyo conveniente (Rodriguez, Pastor, & López, 1993).

De tal manera, los recursos de afrontamiento pueden ser físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales:

- ***Recursos Físicos.-*** Estos recursos se caracterizan por el estado físico y biológico del individuo. Representados por el entorno físico del sujeto y a las particularidades biológicas de su organismo (Rodriguez, Pastor, & López, 1993).

- ***Recursos Psicológicos.-*** Están relacionados con el comportamiento del sujeto, su conducta y su estabilidad emocional. En estos recursos psicológicos se puede evidenciar los estados afectivos y cognitivos observando el comportamiento del mismo (Rodriguez, Pastor, & López, 1993).

- ***Recursos Estructurales.-*** Estos recursos están manifestados en los compromisos vitales del sujeto, fundamentalmente consiste en la forma personal de interpretar un papel social, como lo son las obligaciones personales y la medida en la que el sujeto se siente comprometido con ella. Los recursos estructurales están constituidos y organizados por los papeles sociales y los roles constituidos (Rodriguez, Pastor, & López, 1993).

- ***Recursos Sociales.-*** Puede ser uno de los recursos de afrontamiento más importante en una enfermedad crónica, porque en ellos se encuentra incluido la interacción social y por ende el apoyo social que tenga en diversos entornos, ya sea en el medio familiar, en el medio académico y también en el medio laboral. Estos recursos están manifestados en los procesos de interacción social del sujeto y en su entorno (Rodriguez, Pastor, & López, 1993).

- ***Recursos Culturales.-*** Están relacionados con las creencias que el sujeto tiene hacia su enfermedad, dichas creencias son normas y valores que vienen dadas por la propia cultura del sujeto. La teoría menciona que las condiciones del sujeto ante una enfermedad no solo se considera como organismo biológico, si no también se considera los estados valorados socialmente por su cultura, es decir las ideas que tenga el sujeto de dicha enfermedad (Rodriguez, Pastor, & López, 1993).

Richard Lazarus y Susan Folkman desarrollaron una teoría que se caracterizada especialmente por el papel que juegan las valoraciones cognitivas en la relación de las emociones y el estrés, fenómenos que los autores consideraron más como procesos que por estados. La teoría del estrés efectuada por Lazarus se describe como transaccional, particularidad que difiere con otras teorías centradas en las situaciones o en las respuestas características del estrés enfatizando la descripción y medición del tipo de condiciones que generan estrés; mientras que por otro lado la teorías centradas en las respuestas, derivadas de una tradición formada por los trabajos de Seyle y Cannon, detallan y miden reacciones físicas y psicológicas que suelen aparecer en situaciones estresantes(Gómez V. , 2005).

Richard Lazarus y Susan Folkman en el año de1986,propusieron dos estilos de Afrontamiento uno de ellos es el focalizado en el problema, que radica en modificar la situación problemática para hacerla menos estresante y el otro en la emoción que a diferencia con el anterior este consiste en reducir la tensión, la actividad fisiológica y la reacción emocional(Gonzales, Montoya, Casullo, & V., 2002).Richard Lazarus y Susan Folkman demostraron que ambas formas de afrontamiento se usan en la mayoría de los encuentros estresantes y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que cada encuentro es evaluado.

El afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción se caracterizan por la diferencia de enfrentar la situación estresante y que de manera son usadas para lograr la confrontación del acontecimiento:

- ***Afrontamiento focalizado en el problema.-***Este estilo-estrategia de afrontamiento persigue un fin; cuando la persona que está pasando por una situación amenazante para su vida, desarrolla un plan de acción para solucionarlo, se usa para controlar la relación perturbada entre la persona y su circunstancia mediante la solución de problemas y la toma de decisiones, dirigiendo la acción directa tanto a su persona como a su entorno. Se focaliza en las tareas que desea cambiar para controlar algunos aspectos de alguna situación percibida como estresante y amenazante en cualquier momento de su vida incluyendo estrategias específicas tales como aumento del esfuerzo, análisis lógico y planificación. (Márquez, 2006)

- ***Afrontamiento focalizado en la emoción.-***A diferencia este estilo-estrategia de afrontamiento tiene como característica principal regular conscientemente las emociones; este estilo de afrontamiento se usa para controlar la emoción distresante.

De tal manera Márquez (2006, pág. 363) menciona que los estilos de afrontamiento focalizados en la emoción:

> Representa las acciones que se emplean con objeto de cambiar el significado de una situación estresante y para regular el resultado negativo de las emociones. En este segundo caso la premisa básica es que se puede facilitar el ajuste o la adaptación por medio de una regulación emocional que se alcanzaría evitando al agente estresante, situándolo en un nuevo marco cognitivo o centrándose de forma selectiva en los aspectos positivos de la situación, esta dimensión incluye estrategias específicas tales como el distanciamiento, el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, el aceptar la responsabilidad o el reevaluar positivamente la situación.

Por lo tanto no se concibe que un estilo de afrontamiento sea más apropiado que otro, es decir que la funcionalidad estaría determinada por el tipo de evento o situación en el que se aplique el estilo-estrategia de afrontamiento. De tal manera el estilo-estrategia focalizado en el problema demostraría mayor funcionalidad ante situaciones en que las conductas o los comportamientos se puedan modificar, mientras que el estilo-estrategia centrado en las emociones tendría una importante funcionalidad adaptativa en situaciones que no pueden ser cambiadas (Gómez, Luengo, Romero, Villar, & Sobral., 2006).

La mayoría de nosotros empleamos las dos estrategias; la centrada en las emociones y la centrada en el problema, cuando creemos que las circunstancias no se pueden modificar empleamos la centrada en las emociones y cuando sentimos que lo podemos modificar utilizamos las centradas en el problema. A partir de la teoría proporcionada por estos dos estilos de afrontamiento propuestos por Richard Lazarus y Susan Folkman, distintos autores han propuesto la existencia de un tercer estilo funcional. Las estrategias consideradas tienen un denominador común, al evaluar los dos estilos propuestos por Richard Lazarus y Susan Folkman se hace necesario un tercer estilo, el Improductivo, propuesto por Frydenberg y Lewis en el año de 1996(Gonzales, Montoya, Casullo, & V., 2002).

- ***Afrontamiento Improductivo o evitación.-***Esta tercera categorización se basa en la habilidad que tiene el sujeto para dar una respuesta de afrontamiento, permitiendo distinguir entre afrontamiento comportamental y afrontamiento cognitivo. Se refiere a las acciones que el sujeto realiza para desentenderse de la tarea y poder dirigir de distintas maneras la atención a estímulos no relevantes para el mismo incluyendo estrategias tales como la negación o la evitación de la situación (Márquez, 2006). Por ejemplo, las personas pueden decirse a sí mismas que no vale la pena preocuparse por el problema, o que se resolverá en poco tiempo, utilizando con ella una estrategia cognitiva que se denomina minimización; o pueden consultar a un experto para poder encontrar una buena solución, utilizando una estrategia comportamental que se puede denominar búsqueda de ayuda instrumental.

En la Salud mental es de interés primordial el estudio de los estilos-estrategias de afrontamiento en pacientes que son sometidos a tratamiento y que se encuentran ante circunstancias que puedan ser amenazantes y por ende causar malestar o estrés, tomando en cuenta la adaptación que tiene el paciente con el medio y sus relaciones interpersonales; en estas circunstancias el apoyo social se considera como un elemento esencial en la salud mental. De esta manera, los estilos-estrategias de afrontamiento que dispone el sujeto y que utiliza de manera frecuente pueden ser tanto un medio facilitador como un medio de obstáculo para la socialización con las demás personas, es decir para relacionarse de forma efectiva con los demás personas (Castaño & León, 2010)

Investigaciones han llevado a establecer diferencias entre dos conceptos que podrían parecer similares los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento, refiriéndonos a los estilos de afrontamiento estos se centran a las predisposiciones personales que tiene el individuo para enfrentar las situaciones que se le pueden presentar durante el transcurso de su vida. Los estilos de afrontamiento son los responsables de las particularidades individuales en el uso de diferentes estrategias de afrontamiento, así como la estabilidad temporal y la estabilidad situacional(Castaño & León, 2010).

Por su parte, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo las situaciones desencadenantes. Entonces los estilos de afrontamiento se pueden conceptualizar como habilidades generales en las que el sujeto piensa y actúa de forma estable ante diferentes situaciones, mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían de acuerdo a la función ante una situación determinada(Castaño & León, 2010).

Respecto a las diferencias de los estilos de afrontamiento con relación a su eficacia, según investigaciones realizadas a pacientes con enfermedades crónicas terminales se puede evidenciar una mayor eficacia con el afrontamiento focalizado en el problema, aunque cabe recalcar que el afrontamiento focalizado en la emoción y el de evitación también tienen su importancia según la situación del caso.

Por lo tanto, Estévez, Delgado y Parra (2012, pág. 41) demuestran lo siguiente:

> En cuanto a la relación que las diferentes estrategias de afrontamiento tienen con el ajuste, los resultados señalan que las estrategias centradas en el problema están asociadas a un funcionamiento más eficaz, mientras que las centradas en la emoción y las de evitación se asocian a mayores problemas emocionales y comportamentales.

De tal manera, para determinar la eficacia de los distintos estilos de afrontamiento hay que tener en cuenta el estilo de vida del paciente y la problemática del caso, ya que la validez de su eficacia está ligada a situación específica. Los estilos de afrontamiento más discutidos y que surgen con mayor frecuencia relacionados a una alta calidad de vida es el focalizado en la resolución de problemas y los estilos de afrontamiento que surgen en relación a una baja calidad de vida son el improductivo o evitativo y el focalizado en la emoción (Urzúa & Jarne, 2008).

Entonces, la aparición de una enfermedad en la vida del individuo, está relacionado siempre con un ambiente de dificultades y por ende se compromete su bienestar psicológico y calidad de vida debido al carácter estresante que este conlleva; este carácter estresante de la enfermedad es el resultado de las múltiples demandas y depende de muchos factores como la duración de la enfermedad, su forma de aparición, su intensidad y gravedad. Por lo tanto el tipo de respuesta psicosocial que el sujeto desarrolla ante una enfermedad está determinado por el nivel de gravedad percibida vinculando las creencias que tiene el sujeto sobre la enfermedad(Rodriguez, Pastor, & López, 1993).

La enfermedad no solo afecta al individuo que la padece, si no también tiene efectos estresantes en sus familiares, es decir que las relaciones intrafamiliares se ven afectadas por la aparición de una enfermedad en uno de sus miembros; como puede ser en el caso de hospitalización que como consecuencia produce cambios en los roles habituales, siendo estos cambios de roles la fuente de estrés a ello sumado la situación del enfermo y su adherencia con el tratamiento. La aparición de una enfermedad también puede traer discordias entre la familia, con frecuencia dichas discordias están relacionadas con problemas socioeconómicos, y con la firmeza por parte de algunos de los miembros de la familia para participar en las necesidades de los cuidados del enfermo, si es que el paciente permanece en casa (Rodriguez, Pastor, & López, 1993).

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia a un tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia en tomar la medicación a lo largo del tiempo de

tratamiento indicado.“La adherencia terapéutica ha implicado un reto en términos de su definición, su evaluación y, por supuesto en el tipo de intervenciones requeridas para incrementarla”(Rodríguez, Rodríguez, & García, 2013, pág. 93)

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos en donde sus consecuencias negativas clínicas y económicas son un tema prioritario de salud pública. Los pacientes toman decisiones sobre su medicación, considerando factores personales relativos sobre la percepción de la causa de su enfermedad o la manera en que cree que debe hacerle frente. Por lo tanto, no se les puede considerar como cumplidores de las prescripciones médicas, sino más bien de las considera como personas que toman decisiones autónomas en donde el médico se ve obligado a establecer una alianza con ellos, para mejorar la efectividad del tratamiento.

Por lo tanto, Ortiz y Ortega (2011, pág. 80) sostienen que:

> La Organización Mundial de la Salud (2010) ha estimado que en los países desarrollados sólo la mitad de los enfermos crónicos siguen su tratamiento, situación que es aún más grave en los países en desarrollo por la falta de cobertura de los servicios de salud y los limitados recursos económicos, sociales y culturales de buena parte de la población.

Entre los principales factores que dificultan la adherencia está el deterioro cognoscitivo y los estados alterados de ánimo, así también pueden dificultar la adherencia al tratamiento el deterioro sensorial cómo la pérdida de visión o audición, estos deterioros pueden conllevar a que el paciente no procese de forma adecuada la información, comprendiendo y experimentando un aprendizaje incorrecto, o inclusive a la omisión parcial o total de toda la información expresada por el médico y, como consecuencia, no siga de forma adecuada las instrucciones del tratamiento. Por lo tanto es conveniente utilizar actividades para aumentar la educación del paciente y teniendo especial interés en conocer cuáles son las necesidades del mismo, con el fin de favorecer la adherencia al tratamiento (Herrera, 2012).

La no adherencia al tratamiento o el incumplimiento del mismo se manifiesta o se puede evidenciar por diversas clasificaciones:

- ***Incumplimiento parcial.-*** En ésta, el paciente se adhiere al tratamiento solo en algunos momentos, en esta clasificación el paciente manifiesta sus razones, quedando en evidencia la creencia o el recurso cultural que tiene su enfermedad.
- ***Incumplimiento esporádico.-*** Es cuando el individuo incumple de forma ocasional, esta categoría se puede evidenciar en personas de la tercera edad, que por su deterioro cognitivo pueden olvidarla dosis correspondiente o toman una dosis menor por el temor a los efectos contraproducentes.
- ***Incumplimiento secuencial.-***Esta categoría es cuando el paciente abandona el tratamiento por periodos de tiempo, periodos en que el paciente manifiesta que se encuentra bien y vuelve a restablecer su tratamiento cuando existen nuevamente la aparición de los síntomas.
- ***Incumplimiento completo.-***Se categoriza este incumplimiento cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida; esta forma de incumplimiento se evidencia con mayor frecuencia en los jóvenes.
- ***Cumplimiento de bata blanca.-***Es cuando el paciente sólo se adhiere al tratamiento cuando la fecha de la siguiente visita médica se encuentra está cerca.

El término adherencia da un aspecto de compromiso por parte del paciente y responsabiliza al médico para crear un contexto en el que el paciente entienda mejor su problema de salud y como resultado mejore la efectividad de los tratamientos farmacológicos. Es decir el término cumplimiento culpa directamente al paciente ya sea de forma intencionada o no intencionada, por ignorancia o por olvido. “Por su trascendencia, la falta de adherencia al tratamiento ha llegado a ser una de las líneas de investigación predominantes, tanto desde un punto de vista médico como del de la psicología de la salud”(Ortiz & Ortega, 2011, pág. 80).

Generalmente, la adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria es decir cumplidora o no cumplidora y los factores que la determinan se clasifican en cuatro áreas, la relación médico-paciente, el paciente y su entorno, la enfermedad y la terapéutica.

La relación médico-paciente incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante, la buena comunicación y la confianza hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento.La satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales de la salud característico por la comunicación que se establece con el médico tratante, constituye un primer paso para la obtención de los tratamientos y por ende a su adherencia (Granados & Escalante, 2010).

Respecto al factor ambiental, se destacan las creencias que el paciente tiene con respecto a su enfermedad, además también este factor se encuentra caracterizado por su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento y las creencias sociales o mitos de salud como por ejemplo el tomar medicinas sólo cuando no se siente bien suspendiéndolas cuando se sientan mejor, o por el contrario pensar que si la dosis prescrita es buena, una dosis mayor es mejor; en esta área se encuentran también el apoyo que recibe de su familia y de la sociedad con la cual convive. “Pueden localizarse características personales o factores psicosociales que modulan la adherencia, siendo edad, género, rasgos de personalidad, creencias, actitudes, atribuciones, locus de control, apoyo social; las variables principalmente estudiadas desde distintos modelos en salud”(Granados & Escalante, 2010, pág. 205).

Por otro lado, el tipo de enfermedad es importante; se ha evidenciado que a medida que aumenta la gravedad de la enfermedad el cumplimiento del tratamiento puede disminuir; la percepción subjetiva de la gravedad influye, es decir, si el paciente cree que esa enfermedad es grave y pone en riesgo su vida no cumple con mayor precisión el tratamiento o viceversa porque también se ha observado que si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, habrá menos adherencia al tratamiento; cuando el tratamiento tiene fines preventivos sucede lo mismo y cuando en la enfermedad se encuentra comprometida la conciencia y el desempeño social, la adherencia al tratamiento se hace aún más difícil. “Las características de la enfermedad pueden obstaculizar en mayor o menor medida el seguimiento del tratamiento”(Granados & Escalante, 2010, pág. 204).

Al considerar las características de la terapéutica, se ha evidenciado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, al paciente se le facilita tener una buena adherencia; ésta adherencia al tratamiento puede disminuir cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas terminales, en donde se hace necesario utilizar muchos fármacos de manera concurrente; también cuando se requiere personal entrenado, como enfermeros, para administrar el tratamiento o en algunos casos cuando el medicamento tiene efectos adversos considerables que le

causan malestar al paciente. Entonces la satisfacción del paciente en relación con la terapéutica puede potenciarla adherencia al tratamiento siendo los principales componentes la buena comunicación y mantener una buena relación con la misma mejorando el grado de colaboración por parte del paciente en su tratamiento (Herrera, 2012).

La adherencia al tratamiento se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del mismo para asistir a las consultas programadas ya sea en una clínica, consultorio u hospital, tomar los medicamentos como el medico se le prescribe, además debe de realizar cambios recomendados en su estilo de vida, y también realizarse los exámenes solicitados; cabe recalcar que hay que tener en cuenta la estructura del plan terapéutico según el diagnóstico del paciente. “Un programa terapéutico breve y bien estructurado, con objetivos terapéuticos concretos y con un formato modular flexible, adaptado a las necesidades específicas de cada persona, facilita la implicación motivacional del sujeto”(Echeburúa, 2013, pág. 91).

Considerando que la adherencia al tratamiento es una situación compleja en las que están involucrados un sin número de factores y que básicamente se trata de un comportamiento humano de acuerdo a la subjetividad del sujeto, involucrando su conducta en el cumplimiento del tratamiento, dicho tratamiento se encuentra mediado por los conocimientos y creencias que el paciente tiene de la enfermedad, implicado sus procesos motivacionales impulsados por la voluntad de recuperar su salud. Se ha evidenciado en algunos que los pacientes con enfermedades crónicas terminales, como por ejemplo la insuficiencia renal crónica o la diabetes que presentan menos problemas psicológicos cuando estos se encuentran en un programa terapéutico en donde se les exige una abstinencia alimentaria y mayores hábitos de salud con la ingesta de alimentos saludables (Granados & Escalante, 2010).

En el caso de una enfermedad como la insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis amenaza la vida de las personas por la posibilidad de aparición de otras enfermedades asociadas a la misma y por la posibilidad de una muerte próxima e inminente. Asociada a estas amenazas, dicha condición hace vulnerable a la persona a diferentes fenómenos psicológicos tales como el estrés y la depresión. El estrés suele estar presente y se desarrolla desde los inicios hasta todas las etapas de la enfermedad considerando estresante el solo hecho de padecer una enfermedad crónica y terminal (Ortiz, Ortiz, Gatica, & Gómez, 2011).

Todo esto es consecuencia directa de disminución en la sensación de control personal, porque las personas con esta enfermedad crónica en etapa terminal, ahora se encuentran sujetas a una serie de procedimientos invasivos y dolorosos, como el depender de una máquina cuando se realizan la hemodiálisis o en la espera de la posibilidad de un trasplante de órgano para sobrevivir.

La terapia para las personas con insuficiencia renal crónica terminal incluyen tratamientos de reemplazo del funcionamiento renal, estos tratamientos son básicamente de dos tipos, uno de ellos es el trasplante renal, en donde se reemplaza el riñón deteriorado por un riñón funcional y el otro tratamiento es la diálisis, que puede realizarse de dos formas, la hemodiálisis y diálisis peritoneal; estos tratamientos nos permiten entender el impacto de esta enfermedad en la calidad de vida del paciente.“Es por eso que el objetivo fundamental en el tratamiento de los pacientes sometidos a diálisis debe ir orientado a conseguir una calidad de vida óptima y no solo a conseguir una estabilidad en los criterios clínicos”(Seguí, Amador, & Ramos, 2010, pág. 156).

3. METODOLOGÍA

3.1 Modalidad de Estudio

La presente investigación fue realizada bajo la modalidad de estudio mixto o cualicuantitativo, permitió indagar y describir características del objeto de estudio, de esta manera el estudio cualicuantitativo permitió profundizar el análisis de las cualidades, propiedades, características y factores adherentes.

3.2 Tipo de estudio

Biográfico.- Permitió mostrar el testimonio y las valoraciones subjetivas que las personas hacen de los acontecimientos de su vida, realizado en base a la anamnesis y entrevista recopila datos reales de la familia e interpretaciones subjetivas dadas a esa realidad; permitiendo ofrecer un análisis, interpretación y explicación del fenómeno estudiado.

3.2.1 Técnicas

- **Selección del caso.-**De acuerdo con la información obtenida en diferentes bibliografías, se procedió a escoger el caso que esté relacionado al objeto de estudio, y que pueda cumplir con el objetivo propuesto.
- **Anamnesis.-**Apuntó a traer al presente los recuerdos del pasado, de esta manera se logró recuperar la información registrada en épocas pretéritas.
- **Entrevista psicológica.-** Fue aplicada al paciente con el propósito de profundizar y generalizar los acontecimientos y reacciones vividas desde la perspectiva de la enfermedad.
- **Medición / Evaluación.**- Se aplicaron al paciente el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE), compuesto por 42 preguntas y 7 factores:
    - Focalizado en la solución de problemas (FSP),
    - Autofocalización negativa (AFN)
    - Reevaluación positiva (REP)
    - Expresión emocional abierta (EEA)
    - Evitación (EVT)
    - Búsqueda de apoyo social (BAS)
    - Religión (RLG)

  Y el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), compuesto por 40 preguntas y 8 factores:
    - Resolución de problemas (REP)
    - Autocritica (AUC)
    - Expresión emocional (EEM)
    - Pensamiento desiderativo (PSD)
    - Apoyo Social (APS)
    - Restructuración Cognitiva (REC)
    - Evitación de Problemas (EVP)
    - Retirada Social (RES)

  Cuyos resultados fueron la expresión objetiva y cuantitativa de un rasgo, ya que mediante un proceso de evaluación se pudo valorar los resultados obtenidos y emitir una serie de juicios sobre la base de la información recibida en términos de los objetivos propuestos, acorde con los recursos utilizados y las condiciones existentes.

- **Triangulación de resultados.**- En las técnicas antes mencionadas tanto en la entrevista como en el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) y el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), se logró comprobar el estilo estrategia de afrontamiento que el paciente usa para adherirse al tratamiento. En el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE) se evidencia la puntuación más alta en el factor focalizado en la solución de problemas (FSP) y en el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) se observa la puntuación más alta en el factor resolución de problemas (REP), comparando estos resultados con las manifestaciones del paciente durante las entrevistas, se puede evidenciar que existe una veracidad con los resultados expuestos en los test.

3.3 Métodos

- **Inductivo.-** Permitió plantear conclusiones generales a partir de premisas obtenidas en el análisis del caso. Mediante este método se identificó el estilo de afrontamiento del paciente con enfermedad terminal.
- **Bibliográfico.-** Permitió la recolección de suficiente información teórica, para fundamentar, conceptualizar y contextualizar el objeto de estudio aplicado en determinada situación.
- **Analítico.-** Permitió conocer más del objeto de estudio, con este método se pudo explicar, hacer analogías, y comprender mejor el estilo de afrontamiento en determinada situación.

3.4 Descripción de la muestra

La muestra seleccionada está compuesta por un adulto de 63 años de edad, que padece insuficiencia renal crónica en etapa terminal y recibe atención en la Unidad Renal Orodial Medicopharma ubicada en las calles Santa Rosa 1528 entre Pasaje y Boyacá en el centro de la ciudad.

3.5 Procesamiento de la información

En primera instancia se solicitó, mediante un consentimiento informado la autorización que los datos obtenidos sean utilizados para el desarrollo de esta investigación. Autorizado el trabajo se procedió a la socialización del tema y objetivos de la investigación; por consiguiente se aplicó la entrevista, con el propósito de que narre desde su perspectiva los momentos críticos asociados a su enfermedad.

Finalmente la información recolectada de la investigación de campo, permitió redactar las conclusiones y recomendaciones.

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El paciente manifiesta como principal respuesta de afrontamiento el focalizado en el problema; este estilo-estrategia de afrontamiento prevalece sobre el focalizado a la emoción; este resultado concuerda con el estudio realizado por Contreras, Esguera, Espinosa y Gómez (2007), en Bogotá Colombia, quienes encontraron que el estilo de afrontamiento de estrategia focalizada en el problema era uno de los más prevalentes en los pacientes con insuficiencia renal crónica, teniendo en cuenta que la población con la que se realizó dicha investigación se compone de un número significativo de pacientes, a diferencia de nuestro estudio.

La familia del paciente corresponde a una estructura nuclear, en donde la esposa y los hijos son quienes cumplen con el rol de cuidadores primarios, evidenciándose el apoyo psicosocial de la familia; es decir, el recurso de afrontamiento social está sólidamente estructurado por la familia. Esto permite la respuesta favorable del paciente en relación a la adherencia al tratamiento. Como lo menciona Rodríguez, Pastor y López (1993), la situación estresante depende de sus recursos de afrontamiento del paciente.

En cuanto a la relación entre el estilo de afrontamiento y la adherencia del tratamiento se puede evidenciar compromiso y responsabilidad por parte del paciente; pese a la cirugía a la que fue sometido, en la que se compromete la visibilidad del paciente, se adapta al tratamiento sin ningún problema. El contar con el apoyo de la familia juega un papel importante en el tratamiento.

Los resultados obtenidos de las técnicas confirman la conducta que se observa en el paciente con respecto a la adhesión de su tratamiento, quedando en evidencia la responsabilidad y el apoyo social y emocional, que son los recursos con los que cuenta el paciente. Sin embargo, se debe identificar los cambios en la familia por la vulnerabilidad al estrés e intervenir de manera emergente en aquéllas situaciones.

Es importante mencionar que no se puede formular una interpretación sencilla a la respuesta de la familia ante la existencia de un familiar diagnosticado con enfermedad crónica terminal y sometida a tratamiento de hemodiálisis. El apoyo de la familia y la respuesta proporcionada por la misma debe incluirse en el cuadro de una teoría de afrontamiento por el estrés provocado. “Hay que tener en cuenta una serie de variables en la definición y evaluación del apoyo social” (Rodriguez, Pastor, & López, 1993, pág. 357).De tal manera, se deben ofrecer no sólo servicios a las personas diagnosticadas con insuficiencia renal crónica, sino también a sus familias.

Para culminar, no se pueden pasar por alto algunas propuestas prácticas que se pueden brindar a partir de los resultados obtenidos. Esta propuesta podría ser un programa para promover estilos de afrontamiento adecuados para evitar la aparición de síntomas de estrés y de esta manera aumentar el apoyo de la familia y la adherencia al tratamiento de la persona con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, este programa debería fomentar las habilidades de resolución de problemas y de cuidado.

CONCLUSIONES

- El estilo–estrategia focalizada en la solución de problemas es la respuesta de afrontamiento más frecuente del paciente. Es un estilo-estrategia de afrontamiento enfocado en la conducta alimentaria y terapéutica.
- El grado de la enfermedad del paciente está estrechamente relacionada con el estilo-estrategia de afrontamiento que adopta el paciente para enfrentar al estresor.
- Con respecto a la adherencia al tratamiento se pudo evidenciar recursos personológicos como responsabilidad y compromiso con el proceso terapéutico, además recursos psicosociales como el apoyo y estabilidad familiar que le permiten enfrentar la situación de manera persistente.

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer los resultados de la investigación al personal que conforma el departamento de atención primaria en la Unidad Renal Orodial Medicopharma con el propósito de captar su interés en la inversión de nuevos programas de intervención.
- Desarrollar un programa de capacitación dirigido a los pacientes que se realizan la hemodiálisis, enfocado con la solución del problema y adherencia al tratamiento.
- Efectuar un programa en donde se vea involucrada la familia, para un mejor apoyo social para el enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

Beatriz, C., Goergen, P., & Milnitsky, L. (2011). Bases Epistemológicas da Psicologia Cognitiva Experimental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, Universidade de São Paulo,Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Vol. 27 n. 1*, 103-112.

Cano, A., DongilCollado, E., Salguero, J. M., & Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Dossier-información Psicológica nº102, Universidad Complutense de Madrid, Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*, 4-27.

Cano, F., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento . *Actas Esp Psiquatr2007; 35 (1), Departamento de Personalidad, Evaluación, y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla* , 29-39.

Cases, A., González, J., Conthe, P., Matalí, A., & Garrido, C. (2010). Prevalencia de insuficiencia renal crónica en pacientes de alto riesgo o con enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol. 2010;63(2)*, 225-228.

Castaño, E., & León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Universidad de Extremadura, España*, 245-257.

Contreras, F., Esguera, G. A., & Espinosa, J. C. (2009). Personalidad y Afrontamiento en Estudiantes Universitarios. *Univ. Psychol. - Bogota, Colombia - V.8*, 311-322.

Contreras, F., Esguera, G., Espinosa, J. C., & Viviana, G. (2007). Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en Tratamiento de Hemodialisis. *Universidad Santo Tomás, Bogota - Colombia*, 169-179.

Echeburúa, E. (2013). Adherencia al tratamiento en hombres maltratadores contra la pareja en un entorno comunitario: Realidad actual y retos de futuro. *Psychosocial Intervention, vol. 22, núm. 2, agosto, 2013, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 87-93.

Elizalde, A. (2010). Estudio Descriptivo de las Estrategias de Afrontamiento del Bullying, en Profesorado Mexicano. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 8 (1) Universidad De las Américas, A.C. Ciudad De Mexico* , 353-372.

Estévez, R., Delgado, A., & Parra, Á. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología Volumen 44 No 2*, 39-53.

Gómez, J., Luengo, Á., Romero, E., Villar, P., & Sobral., J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology Vol. 6, Nº 3*, 581-597.

Gómez, V. (2005). Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *Revista Latinoamericana de Psicologia, Vol. 37, num. 1*, 207-209.

Gonzales, R., Montoya, I., Casullo, M. M., & V., J. B. (2002). Relación entre Estilos y Estrategias de Afrontamiento y Bienéstar Psicologico en Adolescentes. *Psicothema, Universidad de Valencia*, 363-368.

González, M. (2009). El sueño de la razón: La utopía del conductista. *Athenea Digital - núm. 15: -CLÁSICOS-*, 181-192.

Granados, E., & Escalante, E. (2010). Estilos de Personalidad y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus. *LIBERABIT: Lima (Perú) 16(2) Universidad del Aconcagua, Argentina.*, 203-216.

Herrera, E. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *AVANCES EN ENFERMERÍA ● VOL. XXX N.˚ 2*, 67-75.

Jose A. Corrales, Eduardo Remor y Larissa Rodríguez-Alzamora. (2003). Afrontamiento, Apoyo social percibido y Distrés Emocional en pacientes con infección por VIH . *Universidad autonoma de Madrid, Psicothema 2003. Vol.15 nº 3*, 420-426.

López, O., Hederich, C., & Camargo, Á. (2011). Estilo cognitivo y logro académico. *Educación y Educadores, vol. 14, núm. 1 Universidad de La Sabana - Colombia*, 67-82.

Márquez, S. (2006). Estrategias de Afrontamiento del Estrés en el ámbito deportivo: Fundamentos Teoricos e Instrumentos de Evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology, mayo, año/vol. 6, número 002 Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) Granada, España*, 359-378.

Mestre, V., Samper, P., Porcar, A. M., Richaud, M. C., & Mesurado, B. (2012). Emociones, Estilos de Afrontamiento y Agresividad en la Adolescencia. *Universitas Psychologica V.11*, 1263-1275.

Ortiz, G., & Ortega, É. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud, Vol. 21, Núm. 1, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana*, 79-90.

Ortiz, M. (2006). Estres, Estilo de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento de Adolescentes Diabeticos Tipo 1. *redalyc. org, Terapia Psicologica V.24, Num 2*, 139-148.

Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica, vol. 29, núm. 1, Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 5-11.

Ramón, C., Valle, A., Rodríguez, S., Piñero, I., & Freire, C. (2010). Escala de Afrontamiento del Estrés Académico (A-CEA). *Revista Iberoamericana de Psicologia Y Salud, Vol 1, Num. 1*, 51-64.

Ramos, A., Herrera, J., & Ramírez, M. (2010). Desarrollo de habilidades cognitivas con aprendizaje móvil: un estudio de casos. *Comunicar, nº 34, v. XVII, 2010, Revista Científica de Educomunicación*, 201-209.

Rodriguez, J., Pastor, M. A., & López, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Departamaneto de Psicologia de la Salud, Universidad de Alicante*, 349-372.

Rodríguez, M., Rodríguez, A., & García, J. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *SUMMA psicológica UST 2013, Vol. 10, Nº 1*, 91-101.

Seguí, A., Amador, P., & Ramos, A. (2010). Calidad de vida en pacientes con insufi ciencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2010; 13 (3)*, 155-160.

Urzúa, A., & Jarne, A. (2008). Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas con Patologías Crónicas. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2008, Vol. 42, Num. 1*, 151-160.

Viñas, F., Gonzáles, M., García, Y., Claustre, M., & Casas, F. (2012). Comportamiento perturbador en la adolescencia y su relación con el temperamento y los estilos de afrontamiento . *Psicothema 2012. Vol. 24, nº 4 Universidad De Girona y Universidad Autonoma de Barcelona* , 567-572.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doy mi consentimiento, para que se me realice un……, cuya naturaleza y finalidad me han sido explicadas por ……

He recibido la suficiente información y aclaraciones que he solicitado con respecto al proceso psicodiagnóstico

Confirmo que he explicado al paciente/participante……..en qué consiste y la finalidad del procedimiento.

Lugar y fecha:

Firma del Entrevistado Firma del Entrevistador

CI: CI:

ANEXO B

TABLA DE INDICADORES

TEMA:AFROTAMIENTO EN PACIENTE TERMINAL

OBJETO DE ESTUDIO: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN UN PACIENTE TERMINAL

OBJETIVO: Identificar los estilos de afrontamiento y su relación con la adherencia al tratamiento de un paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

UNIDAD DE INVESTIGACION	CONCEPTO/ DEFINICIÓN	INDICADORES	TECNICA
Estilos de afrontamiento	Son los que intervienen en la elección de estrategias de afrontamiento, han sido valorados como elementos mediadores eficaces en la adaptación del individuo ante situaciones calamitosas	Centrado al problema: • Entorno. • Solución del problema. • Toma de decisiones. • Acción directa. Centrado en la emoción: • Regular conscientemente las emociones. • Controlar las emociones distresante. Improductivo o por evitación: • Negación.	-Entrevistas -Test
Adherencia al tratamiento	Tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, a lo largo del tiempo de tratamiento indicado.	Cumplimiento terapéutico: • Relación médico-paciente. • El paciente y su entorno. • La enfermedad. • La terapéutica. Incumplimiento terapéutico: • Deterioro cognoscitivo. • Deterioro sensorial.	-Entrevistas

ANEXO C

ENTREVISTA		
Categoría	**Incidentes (unidades de significado)**	**Propiedad**
Conocimiento sobre la enfermedad	¿**Qué es lo que le ha pasado, cómo lo has vivido, qué cuidados has tenido?** Debido a mi diabetes, y a mi enfermedad renal, tengo que tener mucho cuidado en la alimentación, no tengo que consumir cosas duces ni frutos que sean demasiado dulces, además no puedo tomar mucha agua, porque si ingiero demasiada agua podrían venir complicaciones en el momento que me están dializando, así mismo tengo que cuidarme de no comer muchos frutos como la naranja o la sandía, puesto que son muy jugosos y por donde sea tengo que prevenir la ingesta de líquido.	Reconocimiento de causas y consecuencias
Conocimiento sobre sí mismo	**Bueno y con respecto a la dieta ¿cómo es tu dieta?** Mi dieta consiste en comer muchos frutos secos y bastantes ensaladas, evitar los carbohidratos, y los azucares, tomar muy poca agua	Conocimiento de lo que tiene que hacer
Evolución personal de la enfermedad	**¿Y eso es disciplinado, o sea, lo hace siempre o alguna vez has tenidos dificultades o le costó adaptarte?** Primero si me , ya que debido al clima caluroso me provoca bastante sed, pero ahora ya me las ideado para poder solucionar esto, tengo en el refrigerador cubitos de hielo, y con uno basta para refrescarme del clima, y tengo que ser muy disciplinado en esto porque de lo contrario las hemodiálisis se complicarían.	Instancia inicial: asumirse enfermo Instancia posterior: habito
Conocimiento de la enfermedad	**¿Cómo se complicarían?** Si por ejemplo un día antes dela hemodiálisis, tome más de un vaso de líquido, voy demasiado pesado a la máquina, antes de dializarme me pesan, y tengo que llevar un peso sugerido por el médico, para poder dializarme, si voy muy pesado, la extracción de líquido no compensaría con desintoxicación o en caso contario si voy con menos peso las complicaciones seria que cuando esté sometido a la máquina, me podrán provocar calambres,	Reconocimiento de causas y consecuencias
Evolución personal de la enfermedad	**¿Cada que tiempo se realiza las diálisis?** Me dializan 3 veces por semana, cuatro horas diarias, mi turno de hemodiálisis es las 3h30 am, y salgo de la clínica a las 8h00 am, esto son los días martes, jueves y sábado.	Instancia posterior: habito
Conocimiento sobre sí mismo	**¿Cómo se siente luego que le dializan?** Salgo un poco cansado, además siempre tengo que llevar en el bolsillo caramelos, porque a veces se me baja la presión, esto es consecuencia de la hemodiálisis y tengo que cuidarme la presión, porque de esta manera estoy cuidando mí fistula.	Conocimiento de lo que tiene que hacer

Categoría	Incidente (unidades de significado)	Propiedad
Conocimientos sobre la enfermedad	**¿Su fistula?** la fistula es un aparatito que tengo dentro del brazo, este aparatito está conectado a mi vena, y por donde me conectan para poder dializarme **¿Si se le daña esta fistula que pasaría?** En caso de que se dañe esta fistula, tendrían que internarme de urgencia, para someterme a una operación, en donde me implantarían un catete, en el cuello, este sería el medio temporal en donde me dializaran hasta ponerme y una nueva fistula por eso tengo que cuidar mi presión por que la operación de estas fistulas son muy costosas, ya se dañó una, y la tengo actualmente la tengo funcionando más de 1 año, y espero que dure más.	Reconocimiento de causas y consecuencias
Conocimiento sobre sí mismo	**¿Hace que tiempo le diagnosticaron su enfermedad?** Tengo más de tres años diagnosticadlo con esta enfermedad, mi enfermedad a los riñones se debió, por mi diabetes, tengo diabetes desde hace más de 25 años, y actualmente me está afectado la visión.	Diferencias individuales
Conocimiento de la enfermedad	**¿Cómo le afecto su visión?** Debido a mi diabetes, me diagnosticaron desprendimiento de retina, esto es causa, porque los vasos sanguíneos de la vista, son demasiados finos, y la sangre del diabeto es muy espesa, lo que probo0ca que estos vasos sanguíneos se revienten y poco a poco pierda la visión, por suerte me diagnosticaron a tiempo, porque el doctor del hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, me pudo salvar mis dos vistas haciéndome una reconstrucción de la retina,	Reconocimiento de causas y consecuencias
Conocimiento sobre el mismo	también me pusieron un lente, tengo que protegerme de la luz solar, y ponerme unos goteros que me receto, 3 veces al día, y de por vida, tengo que ponerme 2 veces al día lagrimas artificiales.	Conocimientos de lo que tiene que hacer
Evolución personal de la enfermedad	**¿Recibe ayuda para ponerse estos goteros?** Sí, tengo apoyo de mi familia, mis hijos y mi esposa, ellos me ponen los goteros a las horas que el Doctor me ha recetado, también la mayor de mis hijas me acompaña a las consultas que mensualmente tengo en Quito, para llevar un control de la evolución de mi visión, mi hijo ayuda económicamente en casa, por mi condición no puedo trabajar, y solo recibo un bono mensual del gobierno, que a lo mucho alcanza para comprar ciertos medicamentos. Mi familia es mi principal apoyo, para salir adelante con esta enfermedad, ellos están pendientes de mi medicación, y me ayudan cuando se trata de trasladarme al clínica Medicopharma para recibir mi hemodiálisis, y en caso de que tal vez salgo algo agitado, debido al mismo tratamiento, uno de mis hijos o mi esposa, me van a ver a la clínica, para traerme de regreso a casa, aunque ya estoy acostumbrado a estilo de vida que ahora llevo, siempre es bueno saber que uno sigue siendo importante para la familia.	Apoyo de la familia Instancia posterior: habito

ANEXO D

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

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

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo *por detrás si es necesario.*

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

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

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

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

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								
A cumplimentar por el evaluador								

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)	
Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (baremo)									
Pc	**REP**	**AUT**	**EEM**	**PSD**	**APS**	**REC**	**EVP**	**RES**	**Pc**
1	1								**1**
2	2			0	0	0			**2**
3	3			1	1	1			**3**
4	4		0	1	2	2			**4**
5	5		1	2	3	2	0		**5**
10	6		3	4	4	4	1		**10**
15	8		4	5	5	5	2	0	**15**
20	10		4	6	6	6	2	1	**20**
25	11		5	7	7	6	3	1	**25**
30	12	0	5	8	8	7	3	2	**30**
35	13	1	6	9	8	8	4	2	**35**
40	14	2	7	10	9	9	4	2	**40**
45	15	3	8	12	10	9	5	3	**45**
50	16	3	9	12	11	10	5	3	**50**
55	16	4	9	13	12	11	6	4	**55**
60	16	5	10	14	13	12	7	4	**60**
65	17	6	11	15	13	12	7	5	**65**
70	18	7	11	16	14	13	8	5	**70**
75	19	8	12	16	15	14	8	6	**75**
80	19	10	14	17	16	15	9	7	**80**
85	20	12	15	18	17	16	10	8	**85**
90	20	14	16	19	18	17	11	9	**90**
95	20	16	18	20	19	18	13	11	**95**
96	20	17	18	20	20	19	13	11	**96**
97	20	18	19	20	20	19	14	11	**97**
98	20	20	20	20	20	19	16	13	**98**
99	20	20	20	20	20	20	16	15	**99**
	REP	**AUT**	**EEM**	**PSD**	**APS**	**REC**	**EVP**	**RES**	
Media	**14,25**	**5,11**	**8,98**	**11,66**	**10,93**	**10,17**	**5,81**	**3,93**	**Media**
DT	**5,01**	**5,05**	**5,05**	**5,05**	**5,12**	**4,94**	**3,89**	**3,53**	**DT**
N	**335**	**335**	**335**	**334**	**332**	**335**	**334**	**334**	**N**

ANEXO E

CAE
Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre ..... Edad ..... Sexo .....

Instrucciones: En las páginas que siguen 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. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y *recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés.* **Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.** Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (*aproximadamente durante el pasado 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 volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13.	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14.	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15.	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16.	Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17.	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18.	Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19.	Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20.	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21.	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22.	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23.	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24.	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25.	Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26.	Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27.	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28.	Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29.	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30.	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31.	Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32.	Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33.	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34.	Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35.	Recé	0	1	2	3	4
36.	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37.	Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38.	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39.	Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40.	Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41.	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42.	Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

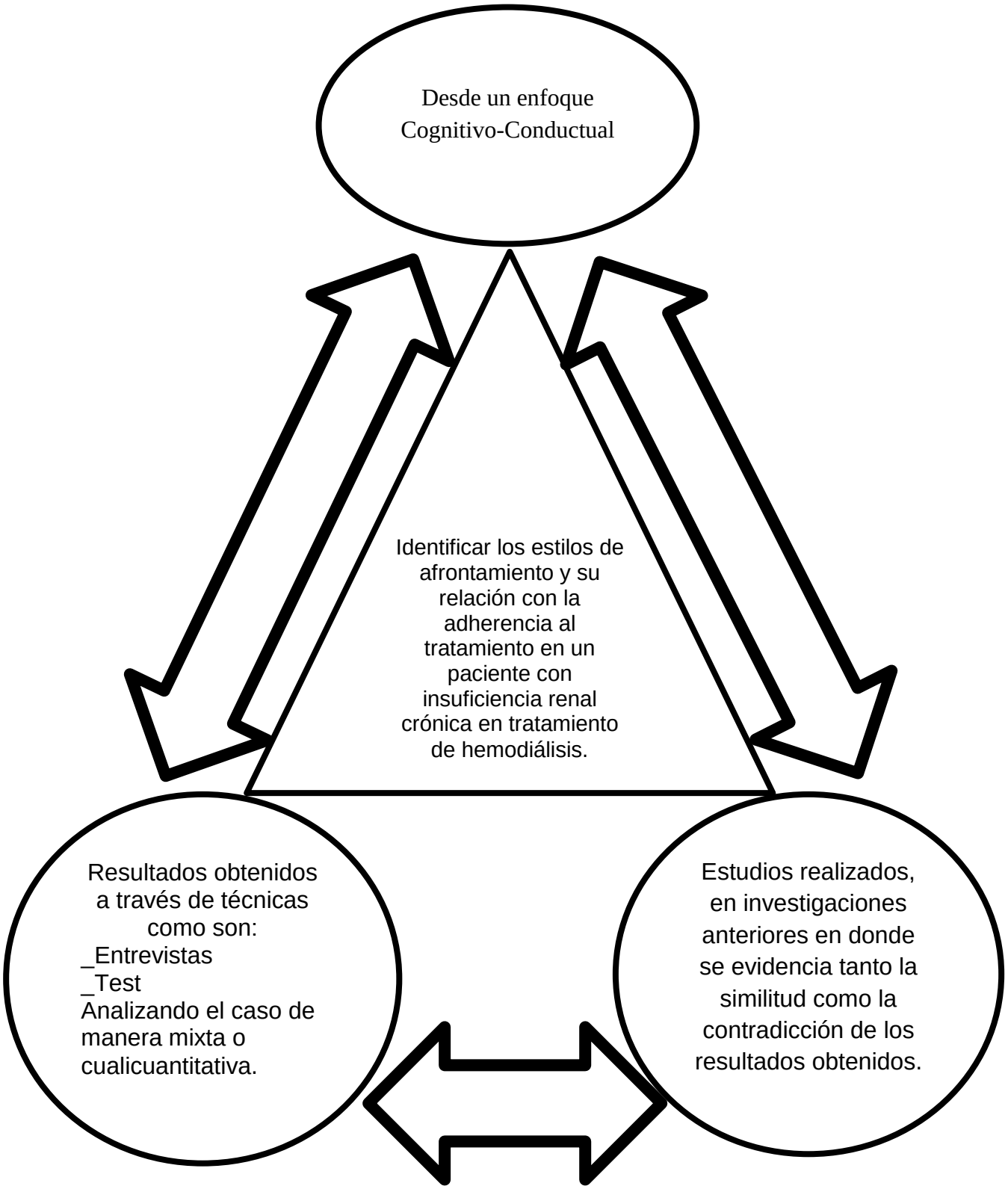
Corrección de la prueba

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.
Autofocalización negativa (AFN):	2, 9, 16, 23, 30, 37.
Reevaluación positiva (REP):	3, 10, 17, 24, 31, 38.
Expresión emocional abierta (EEA):	4, 11, 18, 25, 32, 39.
Evitación (EVT):	5, 12, 19, 26, 33, 40.
Búsqueda de apoyo social (BAS):	6, 13, 20, 27, 34, 41.
Religión (RLG):	7, 14, 21, 28, 35, 42.

ANEXO F

TRIANGULACION DE DATOS



URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: fabian Maza 5.docx (D15815546)
Submitted: 2015-10-23 00:33:00
Submitted By: fabienk.90.fm@gmail.com
Significance: 9 %

Sources included in the report:

LUCIA VACA - ESTRES Y TIPOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRES.docx (D15110311)
TESI Liz Sumbana JL.docx (D14236609)
TESIS MENESES DIA MARTES 15 DE SEPTIMEBRE.docx (D15274952)
DANIELA Y TATIANA.docx (D15661401)
http://www.psicothema.com/pdf/4055.pdf
http://www.redalyc.org/pdf/727/Resumenes/Resumen_72723959010_1.pdf
http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/130696/180438
http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf
http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/Adherencia%20al%20tratamiento.pdf
http://www.researchgate.net/profile/Sara_Marquez3/publication/26461776_Estrategias_de_afrontamiento_del_estrs_en_el_mbito_deportivo_fundamentos_tericos_e_instrumentos_de_evaluacin/links/0c96052b3efac203fe000000.pdf
http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6905
http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGRC660F322012.pdf
http://www.redalyc.org/pdf/337/Resumenes/Resumen_33760209_1.pdf
http://www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=331&Itemid=248
https://es.wikipedia.org/wiki/Estrategias_de_afrontamiento

Instances where selected sources appear:

27