



Estrategias de afrontamiento al estrés y respuesta emocional en pacientes en lista de espera para trasplante renal

AUTORA:

Teresa María Méndez Martín

TUTORA:

Dra. María Lourdes Fernández López

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD:

SECCIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

SEDE TENERIFE

JUNIO 2017



AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO
FIN DE GRADO

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

**Estrategias de afrontamiento al estrés y
respuesta emocional en pacientes en lista de
espera para trasplante renal**

Autor/a:

Teresa María Méndez Martín

Firma del alumno/a

Tutor/a:

Dra. María Lourdes Fernández López

Vº. Bº del Tutor/a:

Resumen

Las enfermedades crónicas son, en la actualidad, la causa más importante de morbi-mortalidad en la población occidental. Una de ellas es la enfermedad renal crónica, que destaca por su prevalencia, y que repercute de manera marcada en el estado no solo físico sino también emocional del paciente. El tratamiento de elección, en estadios avanzados de la enfermedad, es el trasplante renal. Este implica una serie de circunstancias generadoras de estrés, como la inclusión en una lista de espera, que pueden empeorar aún más el estado emocional. Las estrategias de afrontamiento propias de cada individuo pueden actuar facilitando o dificultando el manejo que cada uno haga de la situación.

El objetivo de este proyecto de investigación es averiguar si existe relación entre estrategias de afrontamiento al estrés y la respuesta emocional en pacientes en lista de espera para trasplante renal. Para ello se propone un estudio cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo y analítico. La muestra estará constituida por los pacientes incluidos en la lista de espera para trasplante renal en la isla de Tenerife. Se les administrará un cuestionario de elaboración propia, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés. La participación será voluntaria y se garantizará el anonimato. El análisis estadístico del estudio se hará mediante el programa informático IBM Statistical Package of the Social Sciences para Windows SPSS versión 22.0 (SPSS versión 22.0).

Palabras claves: Enfermedad Renal Crónica, trasplante de riñón, lista de espera, depresión, ansiedad, estrés.

Abstract

Currently, chronic diseases are the most important cause of morbidity in occidental population. One of this diseases is chronic kidney disease, which stands out for its prevalence and it has important implications not only on physical conditions but emotionally too. The treatment of choice in advanced-stage is transplantation of kidney. This treatment has a range of circumstances which creates stress, like to be introduced in the waiting list. This can deteriorate the patient emotional conditions. Coping strategies of each person can facilitate or produce that the situations get worse.

The aim of this research project is to find out if there is any connection between coping strategies to stress and the emotional response of patients who are included in

the waiting lists of kidney transplantation. To this end is proposed quantitative, transversal, observational, detailed and analytical survey.

The sample will be constituted by patients who are included in the transplantation of kidney waiting list in the Tenerife island. They will receive a questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and coping strategies to stress questionnaire.

The participation will be voluntary and the anonymity will be ensured.

The statistical analysis of the survey will be done with the software tool IBM Statistical Package of the Social Science (SPSS version 22.0) for Windows.

Keywords: chronic kidney disease, transplantation of kidney, waiting list, depression, anxiety, stress.

ÍNDICE

1. Marco teórico	
1.1. Introducción	1
1.2. Enfermedad renal crónica (ERC)	2 - 3
1.2.1 Abordaje terapéutico	3 - 6
1.3. Repercusiones psicológica	6
1.3.1 Instrumento de medida.....	7 - 8
1.4. Afrontamiento al estrés	8 - 9
1.4.1 Instrumento de medida.....	9
2. Justificación	10
3. Proyecto de investigación	11
3.1 Objetivos	11
3.2 Metodología.....	11
3.2.1 Diseño.....	11
3.2.2 Muestra	11
3.2.3 Instrumentos de medida.....	12
3.2.4 Procedimiento	12-13
3.2.5 Análisis estadístico	13
3.3 Limitaciones de estudio	14
3.4 Consideraciones ética	14
3.5 Cronograma	15
3.6 Presupuesto.....	16
4. Bibliografía	17- 19
5. Anexos	20- 27
Anexo I: Documento de consentimiento informado para investigación.	20
Anexo II: Solicitud de permiso para trabajo de investigación.	21
Anexo III: Cuestionario de elaboración propia.	22 -24
Anexo IV: Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS).....	25
Anexo V: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE).	26 -27

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Introducción

Las enfermedades crónicas son, en la actualidad, la causa más importante de morbi-mortalidad en la población occidental. Su curso evolutivo prolongado, su relación con los hábitos de vida y conductas de riesgo, así como su repercusión en otros aspectos de la salud que van más allá de lo meramente somático, hacen que adquiera especial importancia el atender los estados emocionales del paciente.⁽¹⁾

Una de las enfermedades crónicas que destaca por su frecuencia y repercusión en la población de nuestro entorno socioeconómico es la enfermedad renal crónica (ERC). “La prevalencia de la misma en España se sitúa en el 11% y con un número de pacientes subsidiarios de tratamientos renales sustitutivos (TRS) aumentando un 8% anualmente”⁽²⁾

Estos datos demuestran que esta enfermedad se ha convertido en un gran problema sanitario, social y económico, ya que supone una máxima dependencia de los pacientes a los tratamientos artificiales para sobrevivir, siendo irreversible y acompañando al paciente el resto de su vida.⁽³⁾

Esta enfermedad puede ser un elemento generador de estrés, ya que provoca una gran afectación a la calidad de vida de los pacientes y provoca nuevas situaciones a las que tiene que enfrentarse tales como ingresar en programas de tratamientos, llevar a cabo dietas alimenticias estrictas, cambiar sus actividades laborales y sociales, padecer nuevas enfermedades etc.

Para afrontar este estrés cada paciente utiliza diferentes estrategias de afrontamiento, como puede ser estar enfocado en el problema, en la evitación, en la emoción etc.

Los afrontamientos asociados a la evitación, negación, y al escape suelen provocar más trastornos emocionales como ansiedad y depresión, que pueden ocasionar que el paciente no cumpla su tratamiento, provocándole unas graves repercusiones en su calidad de vida y que fracase el trasplante renal.⁽⁴⁾

1.2 Enfermedad renal crónica (ERC)

La enfermedad renal crónica (ERC en adelante), consiste en una avanzada e irreversible disminución de la función renal persistente durante más de tres meses, reflejada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina estimado menor 60 ml/min/1,73m². El deterioro renal se diagnostica con una serie de marcadores que son:

- alteración en el sedimento urinario
- alteraciones electrolíticas u otras alteraciones de origen tubular
- alteraciones estructurales histológicas
- alteraciones en las pruebas de imágenes

A consecuencia de la disminución de la inactividad de los riñones se van depositando en el organismo sustancias tóxicas que no son eliminadas por la orina, lo que provoca un acúmulo de líquidos y desechos en el cuerpo. Puede manifestarse con algunos síntomas, o bien porque se observan algunos datos anormales en los análisis y exploraciones. También puede producirse sin ninguna manifestación aparente como malestar, dolor, etc. hasta estados muy avanzados de la enfermedad ⁽⁵⁾.

Según la progresión de la enfermedad la ERC se divide en diferentes categorías.

Tabla 1.1 Clasificación de los estadios de la ERC

Estadios	Descripción	Filtrado glomerular (FG)
1	Daño renal con FG normal	90 ml/min
2	Daño renal con FG ligeramente disminuido	60-89 ml/min
3	FG moderadamente disminuido	30-50 ml/min
4	FG gravemente disminuido	15-29 ml/min
5	Fallo renal	<15-29ml/min o diálisis

Según las guías k/DOQI para la práctica clínica de la National Kidney Foundation (2002)

Las categorías 1,2,3, se definen como insuficiencia renal crónica (en adelante IRC). En estos casos la finalidad es llevar a cabo medios terapéuticos para disminuir y/o tratar las complicaciones para evitar el tratamiento sustitutivo de la función renal (la diálisis o el trasplante). Las categorías 4 y 5 se definen como la enfermedad renal crónica avanzada (en adelante ERCA) donde hay que comenzar con tratamientos diálisis o se puede realizar un trasplante de riñón. ⁽⁶⁾

Hoy en día la ERC se está convirtiendo en un grave problema de salud pública debido a que cada año más población la padece, según datos del estudio EPIRCE“afecta aproximadamente al 10% de la población adulta española y a más del 20% de los mayores de 60 años”. ⁽⁷⁾ Como origen de esta enfermedad podemos encontrar glomerulonefritis, infecciones renales, obstrucción de cálculo, anomalías congénitas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc. ⁽⁸⁾

En ella influyen tanto factores no modificables como factores modificables, en los cuales sí podemos incidir para retrasar la aparición de la enfermedad. Factores no modificables tales como la edad, el sexo masculino, los nacimientos con bajo peso etc. y factores modificables que serían la diabetes, la hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, etc. ⁽⁹⁾

1.2.1 Abordaje terapéutico

Una vez que se produce la aparición de la enfermedad, los pacientes van a estar sometidos a tratamientos invasivos de diálisis. Ésta es una técnica artificial que consiste en depurar la sangre del paciente extrayendo los productos tóxicos y nocivos del cuerpo y también el exceso de líquidos del organismo ⁽¹⁰⁾. Existen dos tipos de diálisis, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

Hemodiálisis

Es un método a través del cual se limpia la sangre mediante un tratamiento que se realiza fuera del organismo con la ayuda de una máquina, la cual tiene un filtro llamado dializador. Este se lleva a cabo al extraer la sangre del paciente haciéndola pasar por el filtro de diálisis, este a su vez está dividido por dos espacios separados por medio de una membrana semipermeable. Por un espacio pasa la sangre y por el otro el líquido de diálisis dializado. ⁽¹¹⁾

✚ Diálisis peritoneal

Es una técnica que se realiza en el interior del cuerpo mediante el peritoneo, el cual es utilizado como membrana de diálisis debido a que contiene gran cantidad de pequeños vasos sanguíneos que son usados para purificar continuamente la sangre. Consiste en infundir líquido de dializado, que es una solución con agua y electrolitos, en el estómago donde permanecerá un determinado tiempo. Los desechos de la sangre y el líquido extra se filtran a través del peritoneo pasando a la solución dializada que luego será drenada, se vuelve a reponer líquido dializado en su estómago y este proceso se llama intercambio. Para infundir el líquido es necesario que el paciente tenga un catéter, insertado en la parte baja del abdomen. Se suele colocar por un procedimiento quirúrgico realizado de manera ambulatoria.⁽¹²⁾

Los pacientes sufren un cambio radical en sus vidas dado que deben llevar una dieta rigurosa basada en mantener unos niveles bajos de sodio, calcio y fósforo y restricciones en la toma de líquidos y de medicamentos. Deben realizar ejercicio moderado y llevar una buena higiene.⁽¹³⁾ Por otro lado, si el paciente escoge la hemodiálisis, tendrá que asistir tres veces por semana a un centro de hemodiálisis durante cuatro horas (lo que supone una gran disponibilidad horaria)⁽¹⁴⁾. También puede provocar efectos tales como fatiga, desnutrición, insomnio, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, pérdida de apetito, hinchazón en los pies y tobillos y mal sabor de boca.⁽¹⁵⁾

La ERC, de forma general, puede afectar a las relaciones sociales, familiares y laborales, debido a que los pacientes pueden sufrir trastornos emocionales, depresivos, de ansiedad y estrés, puesto que se trata de una enfermedad que demanda muchos recursos individuales de quien la padece y de la familia provocando graves problemas en su calidad de vida.⁽¹⁶⁾

Muchos de estos pacientes se encuentran también en las listas de espera para recibir un trasplante de riñón.

El trasplante renal consiste en realizar una cirugía para colocar un riñón sano a un paciente que tenga insuficiencia renal crónica. El nuevo riñón trasplantado se encargará de realizar la función de los riñones deficientes que tenía, permitiendo que el paciente pueda tener una mejoría de calidad de vida al desprenderse de la sujeción de los tratamientos de diálisis e incrementando así la supervivencia del individuo.⁽¹⁷⁾ El riñón donado puede proceder de un donante vivo o cadáver. El donante vivo puede ser un familiar emparentado con el receptor como un hermano, un hijo, o el padre; por otro lado, donante no emparentado como un amigo, el cónyuge o un donante de forma altruista.

El trasplante renal de vivo es una extraordinaria elección que posibilita una cirugía reglada. Este trasplante puede realizarse en régimen de prediálisis o tras estar un tiempo corto en diálisis, lo que disminuye significativamente la morbilidad y aumenta la eficacia del trasplante, siempre y cuando el paciente haya tenido una buena adherencia de tratamiento, antes y después del trasplante.⁽¹⁸⁾

Aunque, según estadísticas, aquellos trasplantes procedentes de donante vivo suelen tener unos resultados de supervivencia mayores que los procedentes de donante cadáver, según fuentes de archivos españoles de Urología con el estudio: “Evolución del trasplante renal de donante vivo: datos históricos, estadísticos, nacionales y propios”.⁽¹⁹⁾

Según establece RD 2070/1999, de 30 de diciembre en su artículo 9, “el donante vivo para poder donar ha de ser mayor de edad y gozar de una buena salud física y mental”.⁽²⁰⁾

Se le efectuarán todas las pruebas necesarias tanto físicas (analítica de sangre y de orina, electrocardiograma) como mentales, haciéndolos pasar por la consulta de un psicólogo y una trabajadora social que evaluarán si el entorno familiar, económico y laboral de donante y receptor son adecuados.

Los pacientes de donante cadáver son aquellos incluidos en una la lista de espera. La preferencia se efectúa generalmente atendiendo al grado de compatibilidad ABO (determinación de grupo sanguíneo y RH) y HLA (antígenos leucocitarios humanos que son moléculas que se encuentran glóbulos blancos o leucocitos), pero se suelen valorar otros aspectos como la edad (los niños tienen prioridad), el índice de masa corporal entre el donante y receptor, tiempo en lista de espera, grado de sensibilización, si se trata de un primer trasplante renal o de un segundo o tercero, etc.⁽²¹⁾

Una vez evaluado el paciente, se le incluye en la lista de espera, dándole información de forma muy exhaustiva de los riesgos y las complicaciones que conlleva la cirugía, explicándole los posibles inconvenientes que trae ser trasplantado. Uno de esos inconvenientes puede ser la obligación de llevar supervisión médica continuada, otro, tener que llevar tratamiento de inmunosupresión de por vida, aunque eso conlleve un gran riesgo de infecciones y neoplasias. Hay gran variedad de estudios que avalan esto, que muchos pacientes trasplantados terminan padeciendo cáncer debido a los inmunosupresores.⁽²²⁾⁽²³⁾ Por otro lado, se le informará la posibilidad de un rechazo crónico con lo que tendría que volver a los tratamientos de diálisis y mientras permanezca en lista de espera tiene que llevar una buena

adherencia al tratamiento para llegar al trasplante en las mejores condiciones posibles y evitar rechazos del órgano.

Por lo general, el tiempo que permanece el paciente en lista de espera para recibir el órgano es una etapa de inseguridad. Esto es debido a que los acontecimientos son impredecibles, porque hoy en día la demanda de los trasplantes es mayor que la disponibilidad de donantes. Es por ello que el paciente pasa por situaciones de anhelo y desilusiones, esperan deseosos la resolución del problema, lo que puede demorarse bastante tiempo. Desconoce cuánto tardará la espera, si conseguirá un donante compatible, si sobrevivirá en la lista de espera, cuál será el desenlace de la intervención quirúrgica a realizar, si su cuerpo admitirá o rechazará el órgano, etc. Esto causa grandes problemas de trastornos psicológicos en el paciente⁽²⁴⁾

1.3 Repercusiones psicológicas

Esta nueva situación que se les presenta en su vida, tanto de padecer la enfermedad como de entrar en programas de tratamiento de diálisis y ser incluidos en lista de espera para un trasplante, puede hacerles padecer trastornos psicológicos como ansiedad, depresión, estrés, etc. Dichos trastornos pueden tener un impacto muy desfavorable en la trayectoria de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento, lo que provoca una disminución en la calidad de vida del paciente.⁽²⁵⁾

La depresión y la ansiedad pueden hacer que el paciente se sienta desanimado, que no haga caso al tratamiento, o no siga la dieta, lo que provoque que la diálisis no sea tan efectiva provocándole efectos negativos como más cansancio, menos energía, piernas más edematosas, lo que hará que pase más horas acostado para aliviar estos síntomas. De esta forma, el paciente puede tener distintas consecuencias tales como coágulos de sangre, neumonía, estreñimiento, deterioro de sueño y ruptura de la piel, o bien que se le formen heridas, llagas y úlceras por presión.

Con todo ello los pacientes se aíslan más, evitando mantener sus relaciones personales, desarrollando una percepción negativa de la enfermedad y disminuyendo la satisfacción de ellos mismos y de la vida en general.⁽²⁶⁾

1.3.1 Instrumentos de medida

Para medir la ansiedad y la depresión existen varias escalas tales como:

Inventario de Beck- II (BDI-II). Es una escala de autoevaluación. Está compuesta por 22 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. ⁽²⁷⁾

Hamilton depresión rating scale (HDRS). La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión es una escala heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Está formada por 17 ítems. ⁽²⁸⁾

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). La HADS fue diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos que cumpliera las siguientes condiciones:

- No estar contaminados por la sintomatología de la enfermedad física que presente el paciente.
- Diferenciar claramente entre los trastornos de tipo depresivo y los de tipo ansioso.

Está formada por 14 ítems, ninguno hace referencia a síntomas somáticos. Los ítems se agrupan en dos subescalas, cada una de ellas con 7 ítems:

- Subescala de ansiedad: manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, angustia, nervios en el estómago) son los ítems impares.
- Subescala de depresión: centrada en la anhedonía (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión) son los ítems pares.

El paciente ha de contestar a cada ítem utilizando una escala de tipo Likert, que unas veces hace referencia a la intensidad de síntomas y otras veces a la frecuencia de presentación. La escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso). El marco de referencia temporal es la semana previa.

En ambas subescalas la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo con los siguientes criterios:

- 0-7: rango de normalidad
- 8-10: caso probable
- 11-21: caso de ansiedad o depresión⁽²⁹⁾

Por otro lado, Canadiense Selye (Selye 1973) incorporó el término estrés en el entorno de la salud. Definiéndolo como el origen de bastantes enfermedades. Define el estrés como el desarrollo que se genera ante un acúmulo de demandas ambientales percibidas por el individuo y las cuales debe de transmitir una reacción adecuada activando sus recursos de afrontamiento. ⁽³⁰⁾

1.4 Afrontamiento al estrés

Varias investigaciones psicológicas sobre el estrés destacan que hay muchas situaciones que pueden ser estresoras. ⁽³¹⁾Entre ellas, la aparición de una enfermedad, la hospitalización para ser intervenido de una cirugía.... Es aquí donde pueden influir variables psicológicas como la depresión, ansiedad, satisfacción por la vida, pero también procesos fisiológicos y de comportamientos. Igualmente debemos tener en cuenta que hay otras variables que influyen de manera importante como la personalidad, el estilo de afrontamiento y los factores ambientales. ⁽³²⁾

Para enfrentarnos o sobrellevar el estrés existe una serie de estrategias de afrontamiento o “coping”.

El afrontamiento lo podemos definir como aquel esfuerzo conductual y cognitivo que el individuo realiza para enfrentarse al estrés. Estos esfuerzos van encaminados a responder a ciertas necesidades que el individuo pueda tener y que afectan o alteran sus recursos. Este afrontamiento puede estar influenciado por la persona o por la situación en la que se encuentre. Además, depende de la disposición que tenga la persona, debido a que las respuestas del individuo suelen venir determinadas por una interacción entre las causas o hechos externos y disposiciones. Se utiliza o se recurre a él tanto si el estrés es adaptativo o desadaptativo. ⁽³³⁾

El afrontamiento está centrado en dos grandes dimensiones: la emoción y el problema (Lazarus y Folkman 1984), pero otros autores incluyeron también la evaluación (Moos y Billings 1982).

Cuando el afrontamiento se centra en la emoción quiere decir que se centra en sus propios sentimientos, moderando sus emociones y realizando esfuerzos para corregir y modificar el malestar precedente de la situación estresante. Esto se puede conseguir impidiendo la condición estresante, valorando cognitivamente el suceso turbulento o atendiendo aspectos positivos de uno mismo o del entorno.

El afrontamiento de la emoción suele aparecer cuando ha habido una evaluación, la persona no se ve capaz para modificar las situaciones lesionaste, amenazantes o desafiantes del entorno o no cree en su propias capacidades para conseguirlo.

El afrontamiento del problema se traduce en la capacidad del sujeto para modificar las condiciones que han podido desestabilizar su equilibrio, lo que implica tener un manejo de las demandas internas o ambientales que sean una amenaza para la persona y su entorno. Se puede hacer modificando la situación problemática o portando nuevos recursos que modifiquen las situaciones ambientales estresantes etc.

El afrontamiento se puede dividir en afrontamiento activo o demorado, el afrontamiento activo se trata de todos los pasos activos que se hacen para cambiar o reducir los efectos, implique realizar acciones directas aumentando los esfuerzos personales. El afrontamiento demorado trata de examinar y buscar la oportunidad adecuada para no actuar de forma prematura.⁽³⁴⁾

1.4.1 Instrumentos de medida

Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). Se trata de un cuestionario que se utiliza como medida de autoinforme y está diseñado para evaluar siete estilos de afrontamientos básicos. A su vez, está formada por siete subescalas que son:

- 1) búsqueda de apoyo social (BAS)
- 2) expresión emocional abierta (EEA)
- 3) religión (RLG)
- 4) focalizado en el problema (FSP)
- 5) evitación (EVT)
- 6) auto- focalización negativa (AFN)
- 7) re-evaluación positiva (REP)

Cada subescala está formada por seis elementos. Tiene una escala tipo Likert graduada entre 0 (nunca) y 4 (casi siempre). (CAE)⁽³⁵⁾

2. JUSTIFICACIÓN

La ERC es una enfermedad irreversible donde el tratamiento de mejor elección es el trasplante renal (en adelante, TR), siempre y cuando se pueda llevar a cabo, ya que disminuye en gran medida la mortalidad y “aumenta la supervivencia, la calidad de vida y la relación coste-efectividad en relación a los tratamientos sustitutivos con diálisis”.⁽³⁶⁾ También podemos señalar que este tratamiento tiene consecuencias antes y después de la operación creándoles un estado de ansiedad, estrés y depresión por la incertidumbre en torno a la intervención y a los resultados de la misma. Uno de los factores que aumenta estos trastornos y esa incertidumbre es la carencia de donantes y de órganos que hay disponibles para satisfacer la demanda de la población, por lo que el paciente no conoce exactamente el tiempo que permanecerá en la lista de espera para ser trasplantado.⁽³⁷⁾

El estado emocional que pueda sufrir el paciente puede llevarlo a incumplir su tratamiento, no seguir los autocuidados necesarios que requiere esta enfermedad, lo que provoca que disminuya la eficacia del trasplante, causando un rechazo del órgano.

Tomando en cuenta lo anteriormente referido, es importante estar atento al estado emocional del paciente, tanto previo como postintervención siendo esta vigilancia un elemento más del adecuado abordaje terapéutico, que de ser atendido redundará en una mejor evolución clínica del paciente.⁽³⁸⁾

Por otro lado es fundamental que estos pacientes, tanto en los tratamientos de hemodiálisis como en todas las etapas del trasplante, tengan apoyo de un equipo multiprofesional donde puedan ayudarlos a controlar los trastornos psicológicos y poder así aumentar la eficacia del trasplante. Aquí toma relevancia el papel de la enfermera, debido a que es el profesional que pasa más tiempo con el paciente. De esta forma, puede mantener relación más cercana con el enfermo y sus familiares, creando vínculos de confianza que harán que el paciente llegue a abrirse y expresar su angustia y temores que este padeciendo en esos momentos.

El estado emocional tiene una repercusión muy importante en esta enfermedad y en el trasplante, por lo que la detección de estos estados es primordial para poder proporcionarle los cuidados emocionales necesarios al paciente.⁽³⁹⁾ Sería fundamental detectar aquellos pacientes que tienen mayor riesgo de padecer estos trastornos, para poder facilitarle estrategias de afrontamiento con programas educativos, que ayudaría a mejorar el estado del paciente y a incrementar la efectividad del trasplante siendo todo esto una labor más a poder realizar por el personal de enfermería, ampliando el campo de actuación de la profesión.

3. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivos

1.- Detectar sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes que se encuentran en la lista de espera para trasplante renal.

2.- Evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes que están en lista de espera para trasplante renal.

3.- Analizar la posible existencia de relación entre sintomatología depresiva y ansiosa, estrategias de afrontamiento y variables sociodemográficas y clínicas de interés en pacientes en lista de espera para trasplante renal.

3.2 Metodología

3.2.1 Diseño

Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, de carácter observacional, descriptivo y analítico.

3.2.2 Muestra

Nuestra muestra estará compuesta por los pacientes incluidos en la lista de espera para trasplante renal de la isla de Tenerife, tomando como referencia para saber el número aproximado de pacientes en dicha lista los datos publicados en relación al año 2016. Este número ascendía a un total de 69 pacientes, de los cuales cumplirían con nuestros criterios de inclusión 61 pacientes. Se considerará este un número aproximado a los que finalmente pasen a formar parte del estudio, dado el dinamismo propio de una lista de espera.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años
- Residentes en Tenerife
- Pacientes en condiciones físicas adecuadas para ser entrevistados, cuyo estado psíquico les permitan una correcta comprensión de los instrumentos y sin limitaciones lingüísticas o idiomáticas.

3.2.3 Instrumentos de medida

Se utilizarán los siguientes instrumentos de medida:

- Un cuestionario de elaboración propia para recoger la información referente a variables sociodemográficas (edad, sexo, situación laboral, estado civil, número de hijos) y variables clínicas. ^(Anexo III)
- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Se utiliza para la detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos. Está formada por dos subescalas y cada una de ellas formada por 7 ítems, ninguno de ellos hace referencia a síntomas somáticos. La escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso). El marco de referencia temporal es la semana previa. La puntuación obtenida de las subescalas se interpreta según los criterios:
 - 0-7: rango de normalidad
 - 8-10: caso probable
 - 11-21: caso de ansiedad o depresión ^(anexo IV)
- Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). Está diseñado para evaluar siete estilos de afrontamientos básicos. A su vez, está formada por siete subescalas que son:
 - búsqueda de apoyo social (BAS)
 - expresión emocional abierta (EEA)
 - religión (RLG)
 - focalizado en el problema (FSP)
 - evitación (EVT)
 - auto-focalización negativa (AFN)
 - re-evaluación positiva (REP)

Cada subescala está formada por seis elementos. Tiene una escala tipo Likert graduada entre 0 (nunca) y 4 (casi siempre) ^(anexo: V).

3.2.4 Procedimiento

En primer lugar se solicitará al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) el permiso correspondiente para poder acceder a sus datos de la lista de espera de pacientes para ser trasplantados de riñón y acudir a la consulta de diálisis peritoneal y de hemodiálisis. Por otro lado, también se solicitará el permiso correspondiente para acudir a los diversos centros de hemodiálisis que se encuentran en la isla y al Complejo Hospitalario Universitario N^a S^a de Candelaria (CHNSC).

Una vez obtenidos los permisos correspondientes, el investigador principal se desplazará a los centros donde los pacientes acuden a realizarse la diálisis. . Estos centros serían:

- Unidad de hemodiálisis del Hospital Universitario de Canarias (CHUC)
- ACJ Diálisis Tenerife (Club de Diálisis) Los Majuelos
- ACJ Diálisis Tenerife (Club de Diálisis) Los Majuelos
- Hospital Universitario N^a S^a de Candelaria (HUNSC)
- Salud Care Canarias (Club de Diálisis) La Higuera
- USP Hospital La Colina
- Hospiten Sur (40)

Los pacientes sometidos a diálisis peritoneal serán entrevistados en el momento en que acudan a la consulta de revisión bimensual que tienen protocolizada en su centro de referencia (CHUC y HUNSC)

Los pacientes serán informados a grandes rasgos el tipo de estudio que se va a realizar, de cuál es su finalidad y de la voluntariedad y anonimato de la participación. Se les entregará un consentimiento informado, que deben cumplimentar y firmar antes de comenzar con el estudio.

3.2.4 Análisis estadístico

Una vez realizado todo el cuestionario, toda la información que los pacientes proporcionan se traspa a una base de datos que será analizada mediante el empleo de técnicas estadísticas.

El análisis estadístico del estudio se hará mediante el programa informático IBM SPSS versión 22.0 (Statistical Package of the Social Sciences) ⁽⁴¹⁾ para Windows.

Para el estudio descriptivo, las variables cualitativas o categóricas se expresarán en forma de frecuencias o porcentajes, y las cuantitativas mediante medidas de centralización y dispersión (media y desviación estándar).

Para establecer relaciones entre las variables cuantitativas se usará el t-Student o ANOVA y la prueba del Chi Cuadrado de Pearson (datos paramétricos) o test de Fisher (datos no paramétricos) para contrastar la independencia de las variables categóricas.

3.3 Limitaciones del estudio

Normalmente es muy difícil saber cuál es el promedio de espera que los pacientes están en la lista ya que, como se ha mencionado anteriormente, la realización del trasplante se realiza atendiendo a la compatibilidad por lo que puede pasar que un paciente que lleve menos tiempo en lista sea trasplantado antes. También hay pacientes que han sido trasplantados más de una vez. Por lo tanto han entrado y salido de la lista varias veces. Por lo que nuestra muestra puede oscilar teniendo algunos pacientes más o menos, en el momento de realizar los cuestionarios.

3.4 Consideraciones éticas

Los datos obtenidos en la investigación serán tratados con la veracidad y con la confidencialidad que exige la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, siendo utilizados exclusivamente para los fines descritos en la investigación y garantizando siempre el anonimato de los participantes.

3.4 Cronograma

La investigación se realizará en un periodo de cinco meses, comenzando en julio del 2017 y su finalización será en noviembre del 2018. En el cronograma se recogen las diversas actividades que se llevaran a cabo.

Meses	Julio 2017				Agosto 2017				Septiembre 2017				Octubre 2017				Noviembre 2017			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Solicitud de permisos a las instituciones	■	■	■																	
Recogida de información				■	■	■	■	■												
Informatización de la información									■	■	■	■								
Tratamiento estadísticos de la información													■	■	■					
Análisis de los resultados y elaboración del informe final																	■	■	■	■

3.5 Presupuesto

A continuación se expone los diversos gastos que se requieren para realizar el estudio.

Conceptos		Cantidad /mes	Subtotal en euros	Total en euros
Recursos humanos	Investigador Principal	1		
	Análisis estadístico	1	400,00	400,00
Material fungible	Folios	500	4.00	4,00
	Fotocopias	300	12	12
	Tintas	2	60.00	60.00
Material inventariable	Portátil	Propios del investigador		
	Impresora			
Gastos de desplazamientos		7	100,00	100,00
Total euros				564 euros

4. BIBLIOGRAFÍA

1. F. Álvarez-Ude Cotera y P. Rebollo Álvarez (2008) Alteraciones psicológicas y de la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal crónica estadios 3-5 (no en diálisis) Nefrología (Madr.) 2008;28 Supl 3:57-62 ⁽¹⁾⁽³⁾
2. García-Llana H, Remor E, Del Peso G y Selgas R .El papel de la depresión, ansiedad ,el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis : revisión sistemática de la literatura.(2014) Nefrología (Madr) ISSN 0211-6995.⁽²⁾
3. Cassaretto M y Paredes R. (2006) Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Revista de Psicología de la PUCP. Vol. XXIV, 1, ⁽⁴⁾
4. Lorenzo V, López Gómez JM. Enfermedad Renal Crónica. (Eds) Nefrología digital. [serie en internet]. 2015 [citado octub 2016]; [aprox.9 p.] Disponible en : <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽⁹⁾
5. Alcer .Federación Nacionales. [página de internet] Madrid : Asociaciones para la lucha Contra las Enfermedades del Riñón. [aprox 1 pantalla].Disponible en: <http://alcer.org/federacionalcer/que-es-la-enfermedad-renal/#>⁽⁶⁾
6. Contreras F, Esguerra G, Espinosa JC, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Univ .Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 487-499, octubre-diciembre de 2006 ISSN 1657-9267.⁽⁸⁾⁽¹⁶⁾
7. Diálisis renal. [Página de internet]Gujarro Valtueña A. [actualizada en 2003] [aprox 1pantalla] disponible en : https://www.uam.es/personal_pdi/medicina/algvilla/fundamentos/rinon/dialisis/dialisis.htm ⁽¹⁰⁾
8. NIDDK. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Métodos de tratamiento para la insuficiencia renal: HEMODIÁLISIS. NIH Publication No. 07-4666S Julio 2007 ⁽¹¹⁾
9. Tratamientos: Hemodiálisis y diálisis peritoneal. [página de internet]Madrid Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo [actualizado 2013][aprox 2 pantallas Disponible en : <https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/insuficiencia-renal-cronica/tratamientos-hemodialisis-y-dialisis-peritoneal/>⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾
10. García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González, V. & Hurtado, A. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. Nefrología, 22, 245-252.⁽¹³⁾

11. Basado en los estudios de Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-199.⁽¹⁵⁾

12. Hernández Marrero D ,Rufino Hernández J.M .Evaluación del receptor del trasplante renal .Nefrología digital.[serie en internet] [actualizado1oct.2016] [aprox.4pantallas] Disponible en :<http://www.revistanefrologia.com/en-monografias-nefrologia-dia-articulo-evaluacion-del-receptor-trasplante-renal-62>⁽¹⁷⁾⁽²¹⁾

13. P. Martín, P. Errasti. Trasplante renal (Kidney transplant).Dpto. de Nefrología. Clínica Universitaria. Pamplona. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 2): 79-92.⁽¹⁸⁾

14. Altes Ineva M^a P, Alonso Paz P, Abadia H, Izquierdo Reyes L, Oppenheimer F y Álvarez-Vijande R .Evolución del trasplante renal de donante vivo: datos históricos, estadísticos, nacionales y propios. Arch. Esp. Urol. vol.58 no.6 jul. /ago. 2005. ISSN 0004-0614.⁽¹⁹⁾

15. Boletín Oficial del Estado. RD 411/1996, de 1 de marzo que regula las actividades relativas a la utilización clínica de tejidos humanos. BOE núm 72: 23/03/1996. ⁽²⁰⁾

16. Kasiske B L, Snyder J.J, Gulbertson D.T, Wang.Cancer after Kidney Transplantation in the United States. American Journal of Transplantation, 4: 905–913. doi:10.1111/j.1600-6143.2004.00450.x ⁽²²⁾⁽³⁹⁾

17. Inmunosupresión. [página de internet] Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU.[actualizado 29 abril 2015].[aprox.2 pantallas] Disponible en : <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/inmunosupresion>⁽²²⁾

18. Nascimento da Silva A, Rossi dos Santos Grincenkov F. Ansiedad y estrés de los pacientes en el período previo al trasplante renal. *Salud(i)Ciencia* 21 (2014) 45-50 ⁽²⁴⁾

19. Teixeira H.R.S. , Marques D.M, Lopes A:R:F, Ziviani L.C, Magro J:T:J, Ênio Mente .D, Castro-e-Silva O, Galvão C.M, and Mendes K:D:S.Anxiety and Stress Levels on Liver Transplantation Candidates.(2016) 48, 2333e2337⁽²⁵⁾⁽³⁷⁾

20. Soliman H, Abdel MawgoudM.A.Factors associated with coping mechanisms among egyptian patients with end stage renal diseaseand on haemodialysis. 2014, 114, 2, 390-403. ⁽²⁶⁾

21. Consejo general de colegio oficial psicólogos. Evaluación del inventario BAI. Miembros de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.⁽²⁷⁾

22. Purriños M.J. HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde⁽²⁸⁾
23. A S Zigmon .,R.P.Snaith.The hospital anxiety and depression scale .Acta Psychiatr Scand 1983; 67:361-370⁽²⁹⁾
24. Fernández Martínez Mª E. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. (2009) Tesis Doctoral. Universidad de León. Departamento de psicología, Sociología y Filosofía.⁽³⁰⁾
25. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale.J Psychosom Res. 1967;11(2):213-218⁽³¹⁾
26. Rapo C, Piot-Ziegler C.Psychological stress in transplantation: a unified concept? What is measured and how: a literature review. September 2013 .Vol23,No.3. ⁽³⁴⁾
27. Sandín B y Chorot P. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica .2003, Volumen 8, Número 1, pp. 39-54⁽³³⁾⁽³⁵⁾
28. Di-Colloredo C, Aparicio Cruz D.P, Moreno J. Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. Revista: Psychologia. Avances de la disciplina 2007 1(2)⁽³⁶⁾
29. Plan de acción para la mejora de donación y el trasplante de órganos “Plan donación cuarenta” .Organización Nacional de trasplantes. Abril 2009.⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾
30. González Nieves Y, Herrera Jiménez L.F, López Romero J, Nieves Achón Z. Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. Diciembre 2011.⁽³⁸⁾
31. ERTE con el paciente renal [página de internet] Asociación Enfermos Renales de Tenerife [aprox 1 pantalla].Disponible en : <http://www.erte.es/web/index.php/pacientes/unidades-de-dialisis>⁽⁴⁰⁾
32. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp. Programa estadístico⁽⁴¹⁾

5. ANEXOS

Anexo I: Documento de consentimiento informado para investigación.

“DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN”.

Este formulario de consentimiento informado se dirige a los pacientes que se encuentran incluidos en la lista de espera para trasplante de riñón a los que se invita a participar en la investigación “Estrategias de afrontamiento al estrés y respuesta emocional en pacientes en lista de espera para trasplante renal”.

Se solicita su colaboración para cumplimentar los cuestionarios que se le entregarán a continuación de aceptar la participación en el estudio. Esta participación es de carácter estrictamente voluntario y anónimo.

Usted puede elegir participar o no hacerlo. En cualquier caso, continuará recibiendo los servicios prestados para el tratamiento de su enfermedad sin modificación alguna. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente.

Toda la información obtenida será tratada de manera confidencial, regulado por la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los datos obtenidos no se usarán para otro fin que no sea el del estudio.

En..... a..... de.....de 2017

Fdo.: _____

Anexo II: Solicitud de permiso para trabajo de investigación

SOLICITUD DE PERMISO PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A: Gerencia

Yo, Teresa M^a Méndez Martín con DNI 54048246V, solicito autorización para la realización del trabajo de investigación titulado “Estrategias de afrontamiento al estrés y respuesta emocional en pacientes en lista de espera para trasplante de renal”, bajo la supervisión de Lourdes Fernández López, profesora titular de la Universidad de La Laguna.

El objetivo fundamental de este trabajo es estudiar si existe relación entre estrategias de afrontamiento al estrés y la respuesta emocional en pacientes en lista de espera para trasplante renal .Para ello debemos contactar con los pacientes que se encuentran incluidos en la lista de espera para trasplante renal y recabar información acerca de las variables del estudio mediante administración de cuestionarios. Se utilizará un cuestionario de elaboración propia, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Se adjunta copia de los cuestionarios).

Por lo anteriormente expuesto, solicito el permiso pertinente para contactar con los pacientes que acuden al centro a dializarse o a consulta de seguimiento de diálisis peritoneal, garantizando que no se interferirá con la actividad asistencial.

Para una información más detallada puede contactar conmigo en el correo electrónico...temarmendez@gmail.co

Sin más, me despido, agradeciéndole de antemano su colaboración y quedando a la espera de su respuesta.

Fecha.....

Fdo.....

Anexo III: Cuestionario de elaboración propia.

CUESTIONARIO ELABORACIÓN PROPIA

Edad

Sexo:

- Varón
- Mujer

Estado civil

- Casado/ pareja estable
- Soltero
- Divorciado /separado
- Viudo

Nivel de estudios

- Sin estudios
- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Estudios superiores

Situación laboral:

- Activo
- Desempleado
- Situación de baja laboral
- Incapacidad laboral permanente
- Otros

Convivencia

- Vive solo
- Con familia
- Otros (residencias, centros...)

▪

¿Tiene hijos?

- Si
- No

¿Cuántos?

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad renal

- Semanas

¿Está en programa de diálisis?

- Si
- No

Tipo de diálisis en el momento actual

- Hemodiálisis
- Peritoneal

Tiempo en diálisis

Centro de diálisis

- Unidad de hemodiálisis del HUC

- Salud Care Canarias (Club de Diálisis) La Higuera

- ACJ Diálisis Tenerife (Club de Diálisis) Los Majuelos

- USP Hospital La Colina

- ACJ Diálisis Tenerife (Club de Diálisis) Los Majuelos

- Hospiten Sur

- Hospital Universitario N^a S^a de Candelaria

Tiempo en lista de espera

- Semanas

Antecedentes de intervenciones quirúrgicas

▪ Si

▪ No

Antecedentes de trasplante renal

▪ Si

▪ No

¿Cuántas veces ha sido trasplantado?

Anexo IV: Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS)

6.2.5. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

1

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.
Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.
No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

Anexo V: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (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	Frecuente	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 desahugué 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.