



Universidad de Las Américas
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE LA FUNDACIÓN
“CROHN & COLITIS ULCEROSA JUNTO A TI”.

Tesis para optar al título de Psicólogo

Autor:
KERSTIN PONCE FISHER.

Profesor guía: Mg. Ps. Boris Cajas Luna

Viña del mar, Chile
2017.

Agradecimientos

A todos los que me han ayudado a concretar esta investigación, por sobre todas las cosas siempre agradecida de la gratitud de DIOS.

A mi familia, especialmente mi esposo Rodrigo, mis hijos Benjamín y Joaquín, pilar fundamental durante todos estos años de estudio, sacrificio también para ellos.

A mi madre Elizabeth la primera en creer en este proyecto personal.

A mi padre Manuel, hermanos Roberto y Nicolás.

A la Presidenta de la Fundación Crhon & Colitis Ulcerosa junto a ti, Sra. María Mercedes Mena, quien me abrió las puertas para permitir llevar a cabo este proyecto.

A mi profesor guía Mg. Ps. Sr. Boris Cajas Luna por su paciencia y ayuda desinteresada en todos los momentos en que se me presentaron dificultades para continuar.

A todos, Muchas gracias!

Contenido

Resumen	4
Abstract	4
Introducción.....	5
Capítulo I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.1 Antecedentes del estudio	6
1.2 Justificación del problema	8
1.3 Relevancia de la investigación.....	9
1.4 Delimitación del estudio	10
1.5 Objetivos de la investigación.....	11
1.5.1 Objetivo general	11
1.5.2 Objetivos específicos.....	11
Capitulo II MARCO TEORICO.....	12
2.1 Enfermedad inflamatoria intestinal	12
2.1.1 Colitis ulcerosa.....	14
2.1.2 Enfermedad de Crohn.....	19
2.2 Estrategias de afrontamiento.....	22
Capítulo III MARCO METODOLOGICO.....	25
3.1 Tipo y características del estudio	26
3.2 Diseño de la investigación.....	27
3.3 Universo, población, muestra.....	28
3.3.1 Universo	28
3.3.2 Población.....	28
3.3.3 Muestra.....	28
3.4 Instrumentos y técnica de recolección de datos	28
3.5 Criterios de inclusión muestral.....	30
3.6 Criterios de científicidad	31
3.7 Técnica de análisis para el tratamiento de los datos.....	31
3.8 Procedimientos	31
3.9 Consideraciones éticas de la investigación	32
Capitulo IV RESULTADOS.....	33
4.1 Descripción de resultados.....	33
a) Edad	33
b) Género.....	36

	4
c) Estado civil.....	37
d) Composición familiar.....	39
e) Nivel de estudios	40
f) Tiempo de diagnóstico.....	43
g) Tipo de EII	44
h) Otros familiares con EII	45
i) Tratamiento utilizado	46
j) Estrategias afrontamiento (promedio).....	47
k) Estrategias de afrontamiento (promedio mujeres).....	48
l) Estrategias de afrontamiento (promedio hombres)	49
m) Estrategias de afrontamiento por género	50
n) Resolución de problemas	52
o) Autocrítica.....	53
p) Expresión emocional.....	54
q) Pensamiento desiderativo.....	55
r) Apoyo Social.....	56
s) Reestructuración cognitiva.....	57
t) Evitación de Problemas	58
u) Retirada social	59
Capítulo V CONCLUSIONES	60
5.1 Discusión.....	60
5.2 Conclusiones	63
5.3 Limitaciones	65
5.4 Proyecciones.....	66
Bibliografía.....	67
Anexos.....	71
Anexo 1 Clasificación de truelove-witts.....	71
Anexo 2: Encuesta sociodemográfica.....	72
Anexo 3 Inventario estrategias de afrontamiento	72
Anexo 4 Factores estadísticos de CSI.....	74

Resumen

La presente investigación se denomina estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que se participan en la fundación Crohn & colitis ulcerosa junto a ti, donde pretende conocer y describir las estrategias utilizadas por los pacientes y si existe alguna variación de estas técnicas dependiendo de algunas variables sociodemográficas.

La enfermedad inflamatoria intestinal se caracteriza por una inflamación en el conducto digestivo, dentro de estas patologías se encuentra la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Estas enfermedades se presentan mayoritariamente en jóvenes que están en etapa activa personal y profesionalmente afectando tanto su estado físico como psicológico.

Palabras Claves: Enfermedades inflamatoria intestinal – Estrategias de afrontamiento.

Abstract

The subject of this research project is to describe coping strategies in Inflammatory Bowel Disease patients.

The first objective is to study which coping strategies are frequently or rarely used by this patients.

The second objective is to study if there is a variation of this coping strategies considering sociodemographic variables.

Inflammatory Bowel Disease involves inflammation of digestive tract. This kind of disease includes Crohn's disease and Ulcerative Colitis.

IBD is usually manifested in young people with active personal and professional life. IBD also consider several complications for physical and psychological development.

Key Words: Inflammatory bowel diseases - coping strategies.

Introducción

La presente investigación tiene como objetivo describir las estrategias de afrontamiento que son utilizadas por los pacientes de la Fundación Crohn y Colitis ulcerosa junto a ti para sobrellevar el diagnóstico de estas patologías.

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un término en el que agrupa dos enfermedades, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, la cuales se caracterizan por una inflamación crónica del tubo digestivo y que cursan con periodos de exacerbaciones y recidivas.

El trabajo de investigación cuenta con un total de cinco capítulos, así como también discusiones descriptivas, conclusiones, proyecciones limitaciones, bibliografía y anexos.

Capítulo uno: planteamiento del problema, donde se describe la relevancia y justificación de la investigación.

Capítulo dos: marco teórico donde se presentan los datos teóricos y empíricos que respaldan la investigación con la exposición de diferentes conceptos y definiciones con sus respectivas fuentes bibliográficas.

Capítulo tres: marco metodológico, en este apartado se describe la metodología que será utilizada para el desarrollo de la investigación, el tipo de muestra y como es el procedimiento para efectuar la tesis.

Capítulo cuatro: resultados, en este apartado se describe y grafican los datos que se obtuvieron en la investigación.

Finalmente se termina con las conclusiones y discusiones en donde se describe y se triangula los resultados con la teoría y la postura del investigador.

Capítulo I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Antecedentes del estudio.

La enfermedad inflamatoria intestinal (en adelante EII) son padecimientos que varían de acuerdo a su área geográfica como también su etnia, prevalece más en Europa y Norteamérica, mientras que en África, Asia y Sudamérica tienen prevalencias más bajas.

Las EII trata de una condición de tipo crónica en los que pueden existir largos periodos de inactividad como brotes de leves a moderados, pueden afectar considerablemente la calidad de vida de los pacientes ya sea por las múltiples manifestaciones clínicas que pueden llegar a un impacto tanto a nivel personal, psicológico, familiar, laboral, etc, ya que su edad con mayor frecuencia en su diagnóstico corresponde a su etapa de mayor producción, por otra parte es la carga económica que representan estas patologías pues para llegar al diagnóstico adecuado se debe pasar por múltiples pruebas y procedimientos a los que se somete el paciente para su abordaje definitivo, clasificación y tratamiento indicado a largo plazo.

La relación existente entre la enfermedad y los trastornos emocionales ha sido objeto de diversas investigaciones en estos últimos años. Son varios los autores que han indicado que los pacientes afectados por la EII presentan una elevada tasa de trastornos psiquiátricos, tales como depresión y ansiedad. (North & Alpers , 1994)

Las EII han ido en aumento en Chile y cada día son más los pacientes diagnosticados con alguna de estas enfermedades intestinales. A nivel diagnóstico siguen siendo un reto puesto que su sintomatología comúnmente suele confundirse con otras patologías como colon irritable, intolerancias alimenticias u otras dolencias del sistema digestivo. (Quera, 2014)

Es de suma importancia no solo conocer y tener el diagnóstico adecuado, sino que además sería de gran ayuda para el paciente el manejo emocional, contando con diversas alternativas

Como en toda la medicina, la falta de una adecuada historia clínica detallada y un correcto y completo examen físico, es uno de los principales errores diagnósticos. Es fundamental consignar detalles anamnésicos de viajes recientes, uso de antibióticos y antiinflamatorios no esteroideos, episodios de diarrea recurrentes, conducta sexual, síntomas extra intestinales (articulares, cutáneas, oftálmicas, entre otras), antecedentes de fístulas o abscesos perianales, antecedentes familiares de EII. (Lubascher, 2015)

La edad en que se manifiestan estas enfermedades tiende a ser en personas adultos jóvenes y niños, aunque existen variaciones, el promedio de edad en pacientes con EII varía, pero, habitualmente afecta a pacientes entre la 2da y 3era década de la vida, con un segundo aumento entre los 50-60 años. Estas patologías han presentado un aumento significativo en las últimas décadas tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. (Palma, 2008)

Las EII no tienen una etiología conocida ya que es multifactorial por lo mismo no es fácil la elección del tratamiento adecuado para abordarlas, a eso suman los efectos secundarios que poseen los fármacos con los que son tratadas ya que no generan la misma reacción en todos. (Betanzo, 2003)

Si bien la prevalencia e incidencia de estas enfermedades son más altas en países desarrollados como Europa y Norteamérica y las tasas más bajas en Asia, África y Sudamérica (Saro, 2010).

Las EII son patologías crónicas que pueden llegar a afectar de forma considerable la calidad de vida del paciente, así como también su estado físico, psicológico, familiares y sociales del enfermo ya que a ante la intervención médica utiliza tratamientos prolongados que con frecuencia generan efectos secundarios adversos como ingresos constantes hospitalarios, pruebas diagnósticas intrusivas y en algunos casos intervenciones quirúrgicas, es necesario analizar los aspectos emocionales, cognitivos, cambios conductuales, o falsas creencias de la enfermedad, cambios producidos en la dinámica familiar e implicaciones laborales, la calidad de vida del paciente vendrá determinada por su grado de afectación física de la enfermedad, aunque no siempre se observa una relación directa entre la gravedad de los síntomas y el deterioro de la misma. (Díaz, 2008)

En la actualidad existe polémica abierta sobre los factores de su etiología, algunos autores postulan que solo se debe exclusivamente a factores biológicos. (Mendeloff, Monk y Siegal, 1970; Cantor, 1984)

Dentro de las explicaciones, la que ha dado más peso es a los factores inmunológicos. (Chadwick, 1992; Anton y Shanahan 1998)

Otra a los factores genéticos (Jewell y Lowes, 1991), y un tercer grupo a factores infecciosos. (Gitnick, 1990; González, Marín, Lázaro y Molina, 2003)

Sin embargo otros autores han relacionado ambas patologías a factores psicológicos como por ejemplo, trastornos psiquiátricos y características de personalidad. (Kurina y Cols, 2001)

Hoy en día, la teoría mas aceptada es la que postula que los factores que influyen son de tipo inmunitario, causado por la combinación de diferentes factores como los ambientales, genéticos, de esta manera se comprende que las EII son multicausales. (Pecasse, 2001; González y Cols; 2003)

El modelo biopsicosocial postula que, tanto factores como biológicos y psicosociales juegan un papel importante en la aparición de las EII, así como también sus repercusiones y consecuencias. (Drossman, Lesrmen y Mitchell, 1991)

Algunos autores han coincidido en señalar que los pacientes con estas patologías presentan más alteraciones psicológicas que la mayoría de la población, predominando la ansiedad y trastornos neuróticos. (Gutrie y Cols: 2002 Pizzi y Cols; 2006)

Aunque se ha encontrado relación entre las alteraciones del ánimo con las EII, aún no queda claro en la literatura si los trastornos son previos al desarrollo de la enfermedad o son la consecuencia. Desde esta perspectiva, las alteraciones emocionales predicen la situación médica de estos enfermos, es decir, serían a causa de la enfermedad. (Tarter, Switala, Carra, Edwards y Van Thiel, 1987)

De esta manera, las reacciones emocionales de una persona ante un estímulo estresante, como puede ser el padecimiento de algún tipo de EII, no solo dependerá de los síntomas físicos, sino que también dependerá de los cambios que se generarán en sus estilos de vida y de las estrategias de afrontamiento que utilice para hacer frente a estas nuevas situaciones.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con EII de la fundación Crohn y Colitis ulcerosa junto a ti?

1.2 Justificación del problema.

Las EII es un problema de salud pública ya que mayormente afecta a la población joven que se encuentran en etapa activa tanto personal como profesional, aunque también puede afectar a niños y adultos mayores. (Simian, Estay, Acuña, Figueroa & Quera, 2014)

Es así cómo surge el interés por estudiar y obtener información empírica referente a la EII, como los pacientes enfrentan este diagnóstico y que estrategias de afrontamiento son utilizadas para disminuir el impacto que provoca en su calidad de vida.

Este estudio podría permitir que las personas que padecen la enfermedad cambien su percepción, referente a la forma de cómo afrontar la enfermedad, dependiendo de cada sujeto y de la forma de adquirir un aprendizaje referente al estudio.

Por otra parte, el aumento de la incidencia de estas patologías por enfermedad crónica que se inicia a edad temprana e interfiere en la calidad de vida generando conflictos psicológicos hace relevante la realización de esta investigación. Según un estudio de incidencia, es decir la cantidad de nuevos casos por cada 100.000 habitantes al año, que se realizó en España, demuestra que estas patologías han aumentado considerablemente en los últimos 30 años (Saro, Riestra, Milla, Sánchez, Lacort & Argüelles, 2003). Este estudio demostró que la incidencia de la EII había aumentado desde 6,13 a 16,49 casos por cada 100.000 habitantes.

Por lo expuesto anteriormente, la presente investigación más allá del ámbito médico, aportará una panorámica desde el ámbito psicológico, comprender las diversas técnicas que utilizan los pacientes, así como visibilizar estas patologías y sus consecuencias, objeto puedan enfrentar este tipo de diagnóstico.

1.3 Relevancia de la investigación.

En Chile casi 15.000 personas sufren de alguna EII y que dependiendo de su gravedad es cómo va a afectar su calidad de vida, por otra parte estas patologías no están cubiertas por las Garantías explícitas en salud AUGE-GES, ante lo cual muchas veces los tratamientos son inalcanzables, en el año 2014 en el Hospital San Borja Arriarán se inició un plan piloto con 19 pacientes a los cuales se le entregó medicamentos de última generación para que pudiesen contar con terapia biológica, demostrando así que estos fármacos han logrado cambiar la evolución clínica y su pronóstico en pacientes con EC y CU, al acceder a este tipo de tratamiento farmacológico los pacientes lograron mantener inactiva la enfermedad y desarrollar una vida completamente normal. (Quera, 2014)

La relevancia metodológica de realizar este estudio es que entregará información cuantitativa ayudando a tomar conciencia a la población de nuestro país para que perciban la importancia e impacto psicológico de las EII y se puedan generar nuevas investigaciones objeto se puedan plantear políticas públicas que beneficien a todos los pacientes diagnosticados y que en estos momentos no cuenta con apoyo para sobrellevar y subvencionar el tratamiento.

La relevancia práctica será el aporte a la psicología ya que no existe información acerca de que estrategias utilizan los pacientes diagnosticados con EII y al obtener esta información sería útil para abordarlas en futuras intervenciones clínicas además de aportar información a los pacientes referente a como está abordando el diagnóstico y como mejorar recurriendo a sus propias habilidades.

Finalmente, la relevancia teórica será el aporte que esta investigación entregara ya que en Chile no existen estudios en relación a esta temática.

1.4 Delimitación del estudio.

La investigación se efectuará en la Fundación Crohn y Colitis ulcerosa junto a ti de la ciudad de Santiago. En un periodo comprendido entre los meses de junio del 2016 y julio del año 2017.

1.5 Objetivos de la investigación.

1.5.1 Objetivo general

- Describir estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que pertenecen a la fundación Crohn y colitis ulcerosa junto a ti.

1.5.2 Objetivos específicos

- Conocer las variables sociodemográficas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- Analizar las estrategias de afrontamientos utilizadas por los pacientes con EII a través del inventario de estrategias de afrontamiento.
- Conocer las estrategias de afrontamiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Capítulo II MARCO TEORICO.

2.1 Enfermedad inflamatoria intestinal.

El concepto de enfermedad inflamatoria intestinal se emplea desde los años 1940. Las EII se caracterizan por ser una inflamación crónica del tracto digestivo que involucra a dos procesos intestinales; la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn; en adelante CU y EC estas patologías tienen en común que no poseen etiología conocida con periodos de brotes y períodos de remisión intercalados, la diferencia entre la CU y EC es que la primera comienza en el recto y solo afecta al colon y sus lesiones son superficiales en cambio la EC puede afectar al intestino y colon, los síntomas y gravedad de estas enfermedades van a depender de la extensión, localización, el comportamiento, el grado de actividad inflamatoria y las manifestaciones extra intestinales que se asocian a la patología. (Gasull, Gomollon, Obrador & Hinojosa, 2007)

Por otra parte las EII pueden ser debilitantes y, a veces provocar complicaciones mortales como es el cáncer de colon. Entre los signos y síntomas más frecuentes de estas enfermedades se incluye, diarrea caracterizada por deposiciones líquidas y pastosas, fiebre y cansancio que conlleva a que el paciente se sienta con muy poca energía, dolor abdominal y calambres que afectan el movimiento normal del tubo digestivo, presencia de sangre en las heces (sangre roja viva, oscura o hemorragias ocultas) disminución del apetito producto de los dolores, viéndose afectado el estado nutricional con pérdidas considerables de peso (Gómez, Navarro & Panadero, 2012)

Las EII presentan factores genéticos hereditarios y factores ambientales que pueden actuar como factores protectores o desencadenantes de la enfermedad. (Rozman, 2014)

Dentro de los factores protectores se considera la lactancia materna como poderoso protector ya que beneficia a la maduración del tubo digestivo lo que disminuye el riesgo de aparición de la enfermedad, la apendicetomía en edad temprana protege frente a la CU, una dieta con aporte rico en frutas y verduras.

Dentro de los factores de riesgo se considera principal factor ambiental para el desarrollo de la EC, además de influir en el riesgo de desarrollar la enfermedad, aumenta el número de recidivas y complicaciones, el uso de anticonceptivos orales se cree que aumentaría el riesgo de padecer alguna EII aunque no ha sido claramente demostrado, el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINES), el aumento del consumo de proteínas de origen animal, el estrés, la ansiedad y la depresión se cree que influyen en la aparición de la EII y el aumento de las recidivas. Si bien las personas de raza blanca corren el mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, puede presentarse en cualquier raza, antecedentes familiares como padre hermano o hijo con la misma enfermedad corren un riesgo más alto, las personas que viven en una zona urbana o en un país industrializado tienen mayores probabilidades de desarrollar una enfermedad inflamatoria intestinal, así como las personas que viven en climas del norte parecen tener un riesgo mayor.

Colitis ulcerosa.

La CU es una enfermedad crónica que se caracteriza por lesiones continuas en la mucosa del colon. Hasta en el 95% de los casos también afecta al recto y con frecuencia se extiende hacia las zonas proximales del colon. Afecta sobre todo a la población entre los 30-70 años, con un promedio de edad entre los 30-40 siendo similar entre ambos sexos.

(Gómez, Navarro & Panadero, 2012)

La etiología de la CU es aún desconocida, aunque se ha relacionado con la existencia de determinados factores genéticos, inmunológicos y ambientales. No se ha podido demostrar ninguna relación directa con alimentos o infecciones.

Los principales síntomas que estos pacientes suelen presentar son diarrea, rectorragia, tenesmo rectal y urgencia defecadora, dolor, cólico en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda. Las manifestaciones extra intestinales más frecuentes suelen afectar a la piel, articulaciones, ojos e hígado.

Las manifestaciones clínicas de la CU se caracterizan principalmente por presentar diarrea con sangre y deposiciones líquidas con moco y pus. Las manifestaciones extra intestinales se presentan mayormente en mujeres siendo los más frecuentes dolores articulares y afecciones a nivel muscular esquelético. Para medir el grado de actividad de la CU se utiliza el índice de Truelove-Witts, según este los resultados de este índice se dividen la gravedad de los brotes y tiene implicancias terapéuticas tanto a nivel de pronóstico como de tratamiento.

Tipos de CU

La colitis ulcerosa se clasifica de acuerdo con la localización de la inflamación y la gravedad de los síntomas.

Proctitis ulcerosa: La inflamación afecta el área cercana al ano (recto), y el sangrado rectal podría ser el único signo de la enfermedad, esta forma de colitis suele ser más leve.

Proctosigmoiditis: La inflamación afecta al recto y al colon sigmoide (extremo final del colon), entre los signos y síntomas se incluyen diarrea con muestras de sangre, dolor y calambres abdominales, e imposibilidad de defecar a pesar del deseo de hacerlo (tenesmo).

Colitis izquierda: La inflamación se extiende desde el recto hasta el sigmoide y el colon descendente. Entre los signos y síntomas se incluyen diarrea con sangre, dolor y calambres abdominales en el lado izquierdo con pérdida de peso involuntaria.

Pancolitis: Suele afectar a todo el colon y provoca episodios de diarrea con sangre que puede ser severa, dolor y calambres abdominales, cansancio y una pérdida importante de peso.

Colitis ulcerosa severa aguda: Llamada también colitis fulminante es poco frecuente y afecta a todo el colon provocando dolor intenso, diarrea profusa, hemorragia, fiebre e imposibilidad de comer.

Dentro de las complicaciones de la CU se puede encontrar.

Megacolon toxico: El cual aparece en los brotes graves y en los pacientes que presentan colitis extensa, se caracteriza por una dilatación total no obstructiva del colon y requiere tratamiento médico para así evitar la perforación del colon, su diagnóstico se realiza mediante radiografía de abdomen.

Sangrado rectal: Es menos frecuente, pero si la hemorragia es muy grande requiere una cirugía de urgencia (colectomía) que además puede presentar deshidratación grave, perforación de colon y aumentar el riesgo de presentar coágulos o cáncer.

Para el diagnóstico de la CU no existe ninguna prueba específica. El diagnóstico se basa principalmente en la realización de una buena anamnesis acompañada de exploración física

y pruebas complementarias. Dentro de la exploración física se debe considerar los síntomas, la forma de inicio, las alteraciones de la piel, ojos, articulaciones, temperatura corporal, presión arterial, pulso e índice de masa corporal. (Gasull, Gomollon, Obrador & Hinojosa, 2007)

Mientras que las pruebas complementarias son los exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos y endoscopias. Dentro de los exámenes de sangre se incluyen hemograma, perfil hepático y renal proteína C reactiva y algunos anticuerpos específicos (ASCA Y PANCA). La radiografía abdominal se recomienda cuando los síntomas son graves, pero para un diagnóstico definitivo se debe realizar una colonoscopia. (Gasull, Gomollon, Obrador & Hinojosa, 2007)

Finalmente, el tratamiento de la CU se basa en tratamiento nutricional, farmacológico, la terapia biológica en casos muy severos requiere intervención quirúrgica. (Gasull, Gomollon, Obrador & Hinojosa, 2007)

La dieta en este tipo de pacientes es muy importante ya que requieren soporte nutricional considerando suplementos de minerales además de calcio, hierro y vitamina D pacientes que hayan consumido corticoides por más de dos meses, otro punto a considerar es la anemia ya que es una de las complicaciones más frecuentes. Se recomienda una alimentación libre de residuos, lactosa y fibra sin embargo los alimentos con estas características son muy útiles en pacientes que sufren de estreñimiento y presentan patologías rectales.

El tratamiento farmacológico tiene como principal objetivo prolongar los episodios de remisión y disminuir el uso de corticoides a largo plazo, se debe evitar el uso de antiinflamatorios y en caso de dolor se recomienda paracetamol y en casos más graves

tramadol o codeína, aunque con estos fármacos se aumenta el riesgo de padecer megacolon toxico. (Gasull, Gomollon, Obrador & Hinojosa, 2007)

Dentro de la terapia farmacológica podemos encontrar aminosalicilatos que se derivan del ácido 5-aminosalicílico, tienen una acción antiinflamatoria a nivel de la mucosa intestinal, el mecanismo de acción no está completamente establecido, aunque se sabe está relacionado en la inhibición de síntesis de productos del ácido araquidónico o inhibición de la quimiotaxis y del reclutamiento leucocitario. Son medicamentos utilizados como primera línea para lograr y mantener la remisión en la enfermedad de leve a moderada.

Se cree además que tiene un uso anti-carcinogénica, disminuyendo el riesgo de aparición de cáncer colorrectal.

Entre los efectos adversos encontramos cefalea, náuseas, epigastralgia, y diarrea; pudiéndose producir más raramente otros como pancreatitis y agranulocitosis.

Cortico esteroides, estas son hormonas que se sintetizan de forma natural en las glándulas suprarrenales y participan en una gran cantidad de funciones en nuestro organismo, para controlar los brotes de la actividad son los fármacos más utilizados pues poseen una potente acción antiinflamatoria, entre ellos están prednisona, hidrocortisona, metilprednisolona y budesonida, el uso prolongado de estos fármacos puede tener efectos secundarios que se producen por su uso continuo como desequilibrio hidroelectrolítico, hiperglicemia, hipertensión arterial, aumento del riesgo de infecciones, síndrome de Cushing, osteoporosis, y en niños puede afectar su crecimiento.

Inmunosupresores, estos fármacos juegan un rol fundamental en la inducción de la remisión de los brotes moderados-graves y en el mantenimiento de la enfermedad, entre ellos están la 6-mercaptopurina y aziatropina.

Terapia biológica, Esta terapia es novedosa y se basa en fármacos que actúan principalmente contra el factor alfa de necrosis tumoral, entre ellos se encuentra el Infliximab y Adalimumab, en cuadros moderados-severos que no responden a otros tratamientos y cuando hay complicaciones graves extra intestinales, algunas reacciones adversas como fiebre, náuseas, astenia, urticarias y aumento de la susceptibilidad a infecciones se pueden dar en pacientes con este tratamiento.

En complicaciones muy severas será necesaria la intervención quirúrgica que generalmente implica la extirpación de todo el colon y del recto (proctocolectomía), lo que generalmente acaba con la CU. En la mayoría de los casos, la cirugía incluye un procedimiento denominado anastomosis quirúrgica ileoanal que elimina la necesidad de usar una bolsa para recolectar las heces. El cirujano construye un saco desde el final del intestino delgado, este saco es unido directamente al ano lo que permite al paciente expulsar los desechos de una manera relativamente normal, existen casos en los que no es posible construir un saco y en su lugar los cirujanos crean una apertura permanente en el abdomen (ileostomía) a través de la cual pasan las heces para que se puedan recolectar en una bolsa que está conectada.

2.1.2 Enfermedad de Crohn

La EC es un proceso inflamatorio crónico, que se presenta con periodos intermitentes de actividad y remisión afecta a todo el sistema digestivo desde la boca hasta el ano (Gomez, Navarro & Panadero, 2012), pero principalmente afecta a íleon terminal y colon.

Las lesiones que se presentan en la EC comienza siendo pequeñas aftas que con el paso del tiempo se van ulcerando, estas lesiones comprometen toda la pared abdominal desde la mucosa hasta la serosa.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad van a depender de la extensión y de la gravedad de las lesiones, los síntomas aparecen una vez que las lesiones son severas, extensas y además existe presencia de complicaciones. El síntoma más característico es la diarrea prolongada por más de 6 semanas, dolorosa y que puede presentarse con rastros de sangre además está acompañado de dolor abdominal y pérdida de peso, existen otros síntomas a considerar al momento de efectuar la exploración física para el diagnóstico, estos son: astenia, anorexia, sudoración nocturna, fiebre náuseas, vómitos, palidez, caquexia, dolor a la palpación abdominal, fisuras peri anales, fistulas y abscesos.

Las manifestaciones extra intestinales se presentan de acuerdo con la actividad de la enfermedad y otras de manera independiente, las más comunes son la artritis, aftas orales, espondilitis, cálculos biliares entre otras.

Por otra parte, los criterios diagnósticos de la enfermedad son agrupados según la clasificación de Montreal (Gomollon & Sans, 2012). La cual los clasifica según la edad del diagnóstico, localización y patrón clínico. (Ver anexo 1)

Respecto a la localización:

Íleon terminal (L1): el 30% de los pacientes manifiesta la enfermedad en esta zona. Se encuentra afectado el tercio distal del íleon con o sin afectación del ciego. Los síntomas son náuseas, vómitos, dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, pérdida de peso y fiebre.

Colon (L2): el 20% de los pacientes manifiesta la enfermedad en esta zona. Una o varias localizaciones de la enfermedad entre el recto y el ciego, pero exclusivamente en el colon sin afectación del intestino delgado. Los síntomas son diarrea más abundante, hemorragia rectal, dolor abdominal y pérdida de peso. Se asocia con más frecuencia a enfermedad perianal y manifestaciones extra intestinales.

Ileocólica (L3): el 40% de los pacientes manifiesta la enfermedad en esta zona. Existe afectación del íleon terminal con o sin afectación cecal y con la participación de cualquier otra área del colon desde el recto hasta el colon ascendente.

Tracto digestivo alto (L4): el 5% de los pacientes manifiesta la enfermedad en esta zona. Se considera esta localización cuando se afecta cualquier localización proximal al íleon distal (íleon proximal, yeyuno, duodeno, estómago, esófago y orofaríngea) independientemente. La clínica es mucho más variada y depende de la localización exacta.

Respecto al patrón clínico

No estenosante, no fistulizante o inflamatorio (B1): Hay presencia de úlceras superficiales que se pueden convertir en más profundas e inflamación; los síntomas típicos son el dolor abdominal y la diarrea.

Estenosante (B2): existe aparición de estenosis con dilatación pre-estenótica con la aparición de cuadros obstructivos y se caracteriza por la baja respuesta al tratamiento médico y la necesidad de cirugía.

Fistulizante (B3): hay tres tipos de manifestaciones clínicas: perforación libre, perforación con formación de abscesos y masas intraabdominales y la aparición de fistulas internas o externas, incluida la enfermedad perianal.

Para clasificar la EC según la gravedad de sus brotes para eso se utiliza el índice Harvey-Bradshaw (Harvey & Bradshaw, 1980) en el cual con sencillas preguntas se evalúa el estado clínico del paciente. (Gasull, Gomollon, Obrador & Hinojosa, 2007)

Una vez realizada la evaluación mediante el índice de Harvey-Bradshaw (ver anexo 2) se puede clasificar según la gravedad de los brotes en:

Brote leve: son aquellos pacientes que no presentan signos de deshidratación, dolor abdominal, masas abdominales, buena tolerancia a la alimentación oral y requiere atención ambulatoria.

Brote moderado: son aquellos pacientes que no responden al tratamiento del brote leve y presentan fiebre, baja de peso, dolor abdominal, náuseas y vómitos.

Brote grave: los síntomas persisten a pesar del tratamiento, los pacientes presentan fiebre alta, vómitos constantes, obstrucción intestinal. Caquexia o evidencia de absceso.

Dentro de las complicaciones de la EC se pueden encontrar osteo articulares, cutáneas, hepáticas, oculares, renales y hematológicas.

Por último, al igual que en la CU no existen pruebas específicas para diagnosticar esta enfermedad es así como el diagnóstico depende de la observación clínica, exploración física, y pruebas de laboratorio e imagenología. El tratamiento a utilizar para abordar esta enfermedad es el mismo que se utiliza para la CU.

2.2 Estrategias de afrontamiento

El interés que despierta el estudio de las estrategias de afrontamientos es conocer cómo reaccionan los sujetos ante alguna situación de estrés y por otra parte conocer el impacto positivo que tienen para así poder disminuir el estrés ante un suceso estresor, es este caso el diagnóstico de una EII.

Antes de revisar la teoría acerca de las estrategias de afrontamiento se debe realizar la diferenciación de estas con otro concepto similar que son los estilos de afrontamiento, se entiende por estilo de afrontamiento a formas estables y consistentes de afrontar el estrés en cambio las estrategias de afrontamiento son acciones más bien específicas ante algún suceso y estas presentan ventajas por sobre los estilos de afrontamiento al ser modificables y predecibles lo cual sirve al momento de realizar intervenciones. (Garcia, Rodriguez & Martinez , 2007)

Las indagaciones iniciales sobre las estrategias del afrontamiento, se comienzan en los años cincuenta, las cuales partían de los supuestos originados en el estrés, en esa época los autores hacían referencia a la existencia de estresores prácticamente universales con la facultad para poder agotar la resistencia de cualquier organismo. (Vázquez, Crespo & Ring, 2003)

Posterior a décadas de estudios se plantearon dos hitos históricos, en el primero surge la aparición de la apreciación cuantitativa a través de escalas de comprobación, escalas de calificación y cuestionarios e inventarios psicométricos (Folkman & Moskowitz , 2004) en la que el sujeto debía describir la situación que le causaba estrés y posteriormente, la calificaba de acuerdo a una escala dicotómica o a una escala de tipo Likert.

Estas escalas provenían de la Escala de Modos de Afrontamiento, destacando el instrumento COPE, además del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), el Indicador de Estrategias de Afrontamiento y el Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes. El segundo hito, que resulta más contemporáneo, guarda relación con la utilización de procedimientos de tipo cualitativos, entre ellos, el análisis narrativo, que permite, profundizar en el significado individual de la situación. (García, Rodríguez & Martínez, 2007)

El término afrontamiento hace referencia a un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que se definen como modos de afrontamiento que median la experiencia de estrés y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo. (Lazarus & Folkman, 1986)

Se define estrategias de afrontamiento como el esfuerzo cognitivo y conductual que debe realizar un individuo para manejar demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) y que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona. (Lazarus & Folkman, 1986)

Las respuestas emocionales o síntomas de estrés están controlados por el proceso de valoración cognitiva que realiza el sujeto ante algún suceso y según los autores hay dos tipos de valoración. La valoración primaria, la cual se encarga de valorar si un suceso es o no positivo y cuáles son los efectos inmediatos o a futuro de dicho suceso y en segunda instancia, está la valoración secundaria la cual se encarga de analizar las capacidades que posee el individuo para enfrentar la situación. La valoración secundaria es la que determina la capacidad de afrontamiento (coping), comprendiendo a ésta como un proceso psicológico que se activa cuando la situación o el entorno resultan amenazantes. (Vázquez, Crespo & Ring, 2003)

Según Lazarus y Folkman se puede clasificar las estrategias de afrontamiento en dos grupos, uno centrado en el problema y el segundo centrado en las emociones, el primero tiene como objeto solucionar el conflicto y para eso debe controlar las exigencias internas y ambientales con el fin de evitar un problema entre el individuo y su entorno, a su vez este grupo se divide en dos, el afrontamiento activo que se refiere a aquellos esfuerzos realizados para hacer frente al problema y comprende acciones dirigidas a la modificación del impacto de la realidad, a la regulación de la emoción y a la interpretación positiva o búsqueda de un significado del suceso y otro denominado afrontamiento demorado el cual se refiere a buscar el momento propicio para hacer frente al conflicto y no actuar de forma precipitada.

El otro tipo de estrategia de afrontamiento era el centrado en las emociones el cual tiene como finalidad controlar los estados emocionales que son provocados ante una situación crítica y esto se puede lograr evitando someterse ante el suceso estresor, poder realizar una reevaluación cognitiva el suceso o centrarse en los aspectos positivos personales o del medio. (Di-Colloredo, Aparicio & Moreno, 2007)

Existen muchas estrategias de afrontamiento y su elección dependerá de la naturaleza del estresor y del momento específico en que ocurra. Sin embargo, la teoría de Lazarus y Folkman, propuesta por Carver en la versión abreviada del Cuestionario COPE, formula las siguientes estrategias de afrontamiento, la auto distracción, afrontamiento activo, negación, uso de sustancias, apoyo emocional, apoyo instrumental, abandono de resolución o renuncia, descarga emocional, reformulación positiva, planeamiento o planificación, humor, aceptación, religión y autocrítica. (Vázquez, Crespo & Ring, 2003)

Capítulo III MARCO METODOLOGICO.

El objetivo de esta investigación es conocer las estrategias de afrontamiento que usan los pacientes para afrontar la enfermedad además se quiere describir si existe alguna diferencia entre dichas estrategias dependiendo de algunas variables sociodemográficas para este fin utilizaremos las siguientes variables que se consideran relevantes para este estudio.

Pacientes: persona enfermas que son atendidas por un médico, en este caso personas diagnosticadas con EII que reciben ayuda de la Fundación Crohn y Colitis ulcerosa junto a ti.

Variables sociodemográficas: características que describen una población humana y entre las variables sociodemográficas se encuentran:

Edad: Cantidad de años cumplidos al momento de la aplicación del instrumento y de la encuesta de datos sociodemográfico.

Sexo: Distinción entre género masculino o femenino del sujeto encuestado.

Estado Civil: Dimensión que incluye las categorizaciones de soltero, casado, divorciado o viudo del sujeto.

Número de miembros del grupo familiar: Corresponde a la cantidad de integrantes de la composición del hogar con quien vive el sujeto en estudio.

Nivel de Estudio: Enseñanza General Básica, Enseñanza Media, Enseñanza Técnica, Educación Superior o sin estudios.

Tiempo del diagnóstico: Cantidad de años cumplidos con el diagnóstico de EII

Tratamiento: Dimensión que considera con tratamiento o sin tratamiento Otros miembros dentro de la familia que padezcan la enfermedad.

3.1 Tipo y características del estudio

Esta investigación será elaborada bajo el paradigma positivista y con una metodología cuantitativa el cual adopta una estrategia sistemática, objetiva y rigurosa que permite examinar los datos de manera científica, o más concretamente en forma numérica, con ayuda de herramientas del campo de la estadística. Para aplicar esta metodología se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya naturaleza sea representable por algún modelo numérico ya sea lineal, exponencial o similar. Es decir, que haya claridad entre los elementos de investigación. (Hernandez, Fernandez & Baptista, 1994)

El tipo de estudio será descriptivo donde se busca especificar las propiedades relevantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, busca desarrollar una imagen fiel de lo que se está observando. Los estudios descriptivos miden las variables de manera independiente ya que su objetivo no es señalar cómo se relacionan las variables medidas además intentan medir con la mayor precisión posible el fenómeno investigado. (Hernández, Fernández & Baptista, 1994)

En los estudios descriptivos no se plantean hipótesis de manera explícita, sino que se generaliza con el fin de llegar a una hipótesis, aunque esta no sea comprobada si será fundamentada con la información obtenida. (Monje, 2011)

Las etapas de una investigación descriptiva son; definir las características a describir, explicar cómo serán realizadas las observaciones, recoger los datos y finalmente realizar una devolución de los resultados obtenidos. (Monje, 2011)

3.2 Diseño de la investigación

El diseño utilizado en esta investigación es el diseño no experimental donde no se manipula las variables independientes y su intención es observar el fenómeno tal cual ocurre en el entorno. Es una investigación sistémica y empírica donde las variables independientes no se manipulan porque estas ya han ocurrido. (Hernandez, Fernandez & Baptista, 1994)

Dentro de los diseños no experimentales encontramos dos tipos los estudios transversales y los estudios longitudinales. En el caso de esta investigación utilizaremos un estudio transversal o transeccional el cual se caracteriza por medir las variables en un momento y tiempo determinado y tiene como fin describir variables. (Hernandez, Fernandez & Baptista, 1994)

3.3 Universo, población, muestra

3.3.1 Universo.

El universo de esta investigación son todos los pacientes diagnosticados con alguna EII que recurren a la Fundación Crohn y Colitis ulcerosa junto a ti.

3.3.2 Población

Se puede definir población como un conjunto de todos los casos que cumplen con una serie de especificaciones (Hernandez, Fernandez & Baptista, 1994). La población de esta investigación es un número determinado de pacientes que están diagnosticados con EII.

3.3.3 Muestra

Se puede definir muestra como un subconjunto de elementos de una población. La muestra utilizada para esta investigación será la muestra no probabilística donde la elección de los sujetos depende el investigador, es un tipo de muestra dirigida. (Hernandez, Fernandez & Baptista, 1994)

También se puede especificar que además de ser una muestra no probabilística será una muestra por conveniencia la cual se define como una muestra fortuita que es seleccionada según la intención que tiene el investigador. (Monje, 2011)

3.4 Instrumentos y técnica de recolección de datos

En la investigación se utilizarán dos instrumentos para la recolección de datos, una encuesta sociodemográfica y el inventario de estrategias de afrontamiento. Los cuales están denominados como instrumentos indirectos. (Monje, 2011)

El inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) consta de dos partes, en la primera tiene un espacio en blanco donde el sujeto puede escribir una situación estresante o conflictiva (para el caso de esta investigación esta situación estresante es el diagnostico de EII). En la segunda parte cuenta con 40 ítems que son aseveraciones referentes a la situación estresante. Posee un sistema de respuesta en escala Likert de 5 puntos. Los cuales van desde 0 = en absoluto, 1 = un poco, 2 = bastante, 3 = mucho y 4 = totalmente. El CSI mide 8 dimensiones distintas. (Garcia, Rodriguez & Martinez ,2007)

Dimensiones (8 estrategias):

- **Resolución de problemas:** Estrategias cognitivas y conductuales las cuales tiene como objetivo eliminar el estrés y transformar la situación que lo produce.
- **Reestructuración cognitiva:** Habilidades cognitivas que trabajan para modificar el significado de la situación estresante.
- **Apoyo social:** Es la búsqueda de un apoyo emocional en una estrategia.
- **Expresión emocional:** Estrategias orientadas a liberar las emociones que acontecen el estrés.
- **Evitación de problemas:** Habilidades que intervienen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- **Pensamiento desiderativo:** Estrategias cognitivas que manifiestan que el deseo de la realidad no fuera estresante.
- **Retirada social:** Estrategia de retirada de personas significativas como por ejemplo amigos, familiares o compañeros los cuales son asociados a reacciones emocionales en el proceso estresante.
- **Autocrítica:** Estrategia que cuenta con la capacidad de autoinculpación y crítica a causa de la situación estresante o el inadecuado manejo.

El inventario de estrategias de afrontamiento se construyó a partir del inventario de la escala modos de afrontamiento y además por entrevistas estructuradas y abiertas que realizaron los autores. El inventario inicial constaba de 109 ítems, pero después de un análisis quedo conformado de 72 ítems, 9 para cada uno de las 8 dimensiones que serán estudiadas.

La consistencia del CSI es realizado en base análisis factoriales que se aplicaron a los 72 ítems y eliminaron aquellos ítems que arrojaban menor porcentaje y después de muchos estudios y mediciones los autores obtuvieron los 40 ítems con sus ocho dimensiones, consiguiendo un 61% en la varianza (García, Rodríguez & Martínez, 2007). En la adaptación realizada se mantuvieron los factores utilizados en inventario original (ver anexo 4). (Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal., 1989).

Cabe señalar que el CSI se encuentra validado en nuestro país gracias al estudio realizado sobre la ruptura de parejas, afrontamiento y bienestar psicológico en adultos y jóvenes. Por los autores Felipe García de la Universidad Santo Tomás y Daniela Ilabaca de la Universidad de las Américas. (García & Ilabaca, 2013)

La encuesta socio demográfica cuenta con 9 preguntas donde se levanta información relevante para la investigación como lo es la edad, sexo, tipo de EII entre otras.

3.5 Criterios de inclusión muestral

Estar diagnosticados con enfermedad inflamatoria intestinal.

Pertenecer a Fundación Crohn y Colitis ulcerosa junto a ti.

3.6 Criterios de científicidad

La confiabilidad de los instrumentos utilizados. Esta se define como la capacidad que tiene el instrumento de arrojar datos acordes a la realidad que se pretende conocer, entre más alta esta confiabilidad menor error en los puntajes obtenidos y la validez se refiere al grado en que el instrumento mide lo que pretende medir. (Monje, 2011)

Existen ciertos factores que pueden influir de manera negativa en la confiabilidad y validez de los datos; como improvisar al momento de elegir un instrumento, que el instrumento no esté validado para el contexto en el que se está investigando, instrumentos no acordes a las personas a las cuales se le aplica y situaciones ambientales al momento de aplicar el instrumento. (Monje, 2011)

3.7 Técnica de análisis para el tratamiento de los datos

La técnica de análisis de resultados se realizará ingresando los datos a una plantilla de Excel para realizar el análisis descriptivo y estadístico del estudio donde se obtendrán elementos estadísticos como la media, frecuencias, porcentajes, distribución, gráficos, entre otros. A esto se le denomina distribución de frecuencias el cual es un método para organizar y resumir datos, el análisis se realizará mediante la interpretación de gráficos. (Monje, 2011)

3.8 Procedimientos

En primera instancia se habló con la Presidenta de la Fundación Crohn y Colitis ulcerosa junto a ti, para ver la factibilidad de realizar el estudio con los pacientes que acuden a su fundación, al recibir respuesta positiva, se procede a la obtención de la carta respaldada por la Universidad de las Américas previamente firmadas por profesor guía e investigador principal, se acuerda reunión formal, objeto explicar los pasos, consentimiento informado para los pacientes en donde se plantean las características de la encuesta, la participación voluntaria en el estudio y finalmente se acuerda una devolución de los resultados obtenidos en el estudio.

Por otra parte, se confecciona encuesta online con base de datos respectiva y se entrega a Presidenta de la fundación quien lo envía de manera online con el registro que maneja de los pacientes de la Fundación.

Finalmente se realizará los análisis de los resultados obtenidos tanto en la encuesta como en el CSI.

3.9 Consideraciones éticas de la investigación

- Cumplir con los requerimientos de Fundación Crohn y Colitis ulcerosa junto a ti.
- Consideraciones éticas del código de ética.
- Presentación y entrega final del trabajo de investigación.
- Carta de presentación dirigida a su Presidenta.
- Consentimiento informado.
- Carta de compromiso investigador principal y tutor.

Capítulo IV RESULTADOS

4.1 Descripción de resultados.

A continuación se describen los resultados según variables demográficas de los encuestados de la muestra.

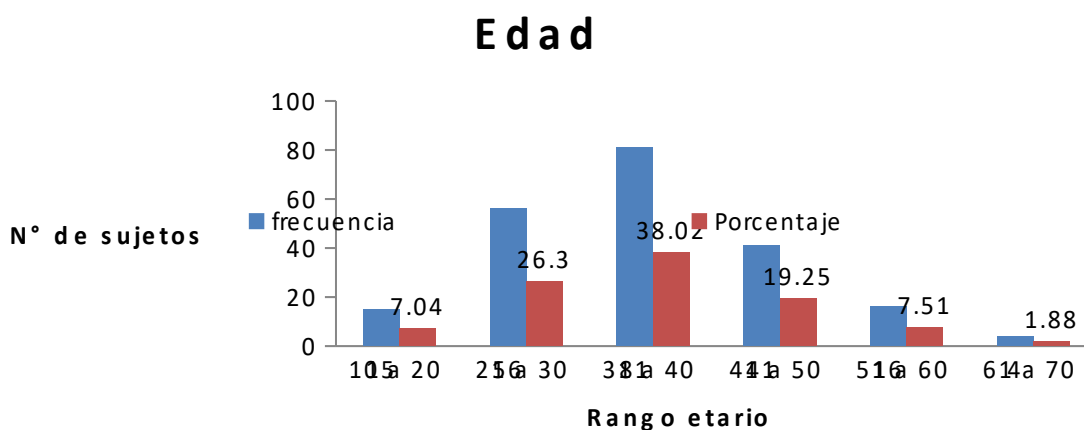
a) Edad.

Tabla 1: Rango de edad de los sujetos con EII.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
10 a 20 años	15	7%	7%
21 a 30 años	56	26,3%	33,3%
31 a 40 años	81	38%	71,3%
41 a 50 años	41	19,2%	90,6%
51 a 60 años	16	7,5%	98,1%
61 a 70 años	4	1,8%	100%
Total	213	100%	

En la tabla N° 1 se puede observar la cantidad de sujetos que hay por rango etario y el porcentaje respectivo de acuerdo al total de la muestra.

Gráfico N°1



El gráfico N° 1 muestra el rango de edad de los encuestados, donde la mayor frecuencia corresponde a 81 sujetos se en agrupa el rango etario de 31 y 40 años, y la menor frecuencia corresponde a 4 sujetos en el rango etario de 61 a 70 años.

Tabla 2: Cuadro comparativo.

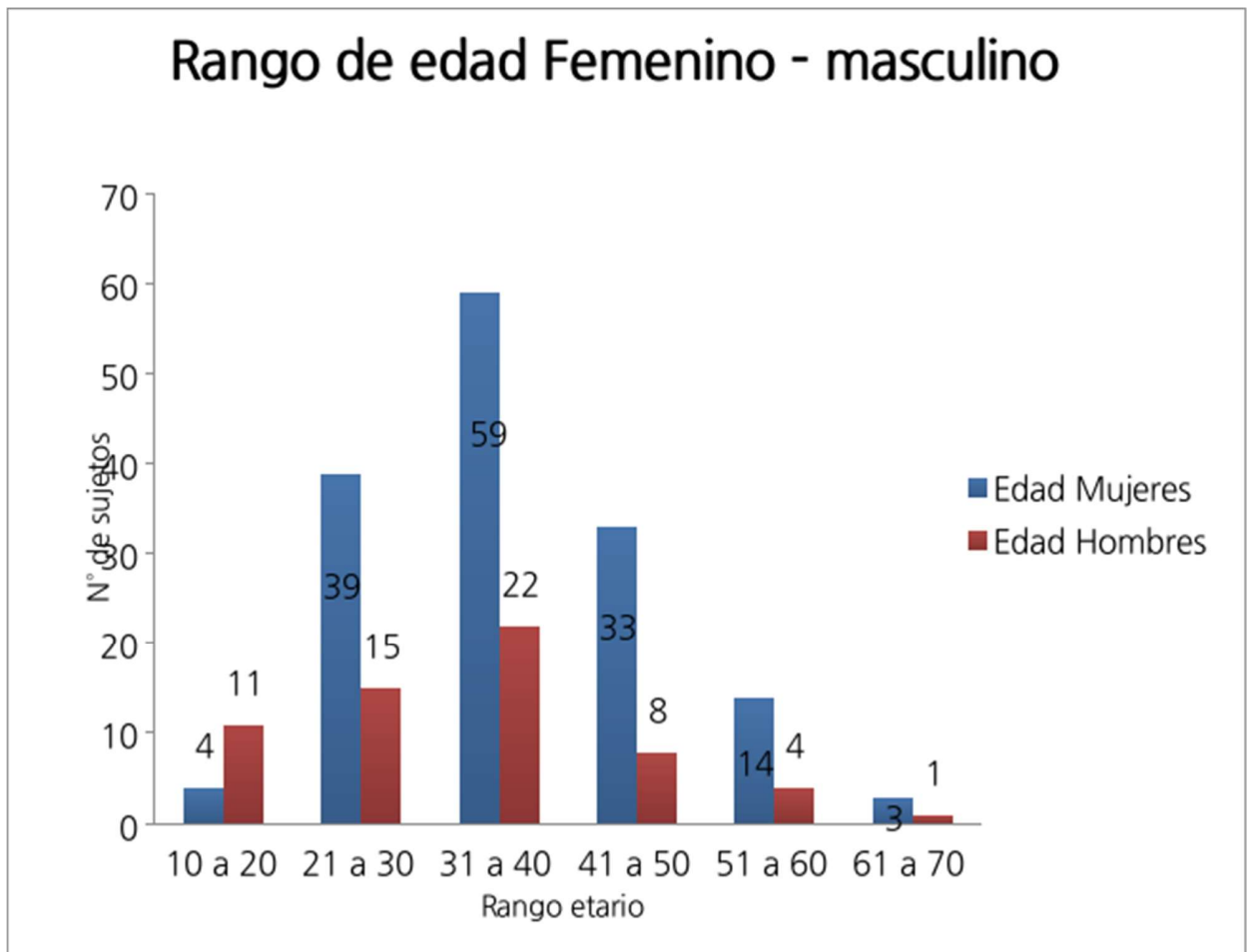
Edad Femenino	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
10 a 20 años	4	2,6	2,6
21 a 30 años	39	25,6	28,3
31 a 40 años	59	38,8	67,1
41 a 50 años	33	21,7	88,8
51 a 60 años	14	9,2	98,0
61 a 70 años	3	1,9	100
Total	152	100	
Edad Masculino	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
10 a 20 años	11	18	18
21 a 30 años	15	24,6	42,6
31 a 40 años	22	36,0	78,7
41 a 50 años	8	13,1	91,8
51 a 60 años	4	6,5	98,4
61 a 70 años	1	1,6	100
Total	61	100	

En la presente tabla comparativa entre género femenino y masculino se aprecia que:

La mayor frecuencia de mujeres con 59 encuestadas que equivalen a un 38,8% del total de la muestra femenina corresponde al rango etáreo de 31 a 40 años.

La mayor frecuencia de hombres con 22 encuestados que equivalen a un 36% del total de la muestra masculina corresponde al rango etario de 31 a 40 años.

Gráfico N°2



El gráfico N° 2 muestra que el rango etario con mayor frecuencia es de 31 a 40 años para hombres y mujeres, no obstante las mujeres son 59 y los hombres son 22 de un total de la muestra.

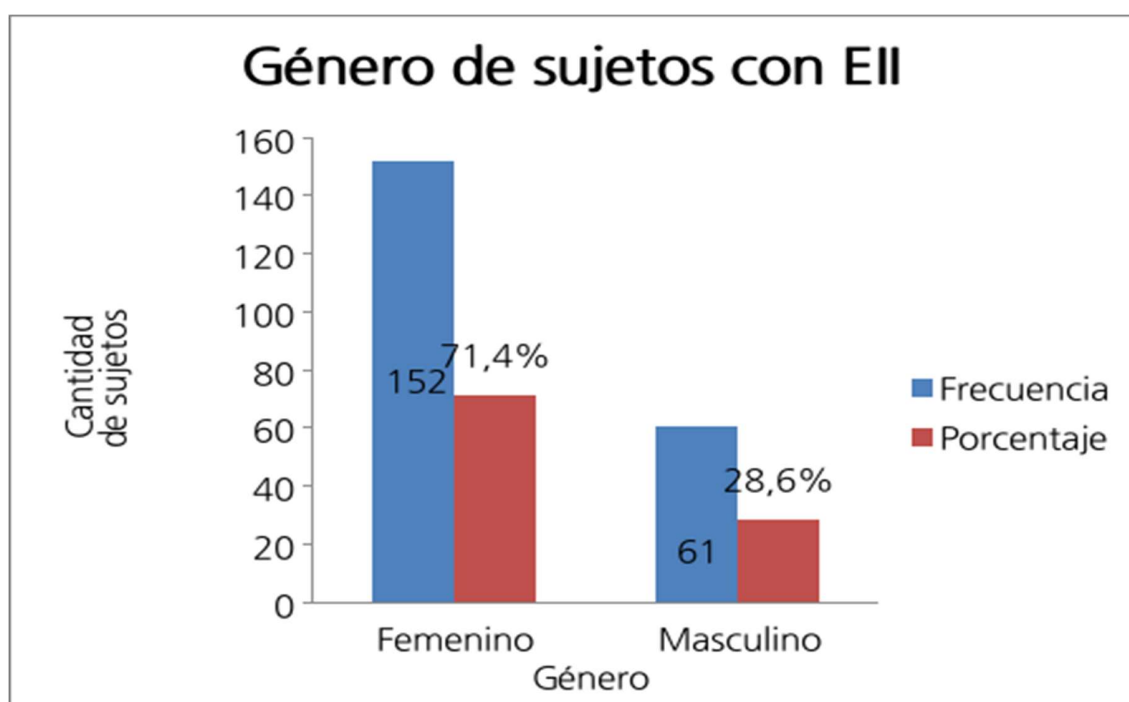
b) Género

Tabla 3: Género de los sujetos con EII.

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	152	71,4%	71,4%
Masculino	61	28,6%	100%
Total	213	100%	

En la tabla N° 3 se aprecia la cantidad de sujetos por género y el porcentaje respectivo de acuerdo al total de la muestra.

Gráfico N° 3



El gráfico N° 3 muestra el género de la muestra investigada, donde la frecuencia de mujeres es 152 equivalente a un 71,4% del total de la muestra y la frecuencia de hombres es de 61 equivalentes a un 28,6% del total de la muestra.

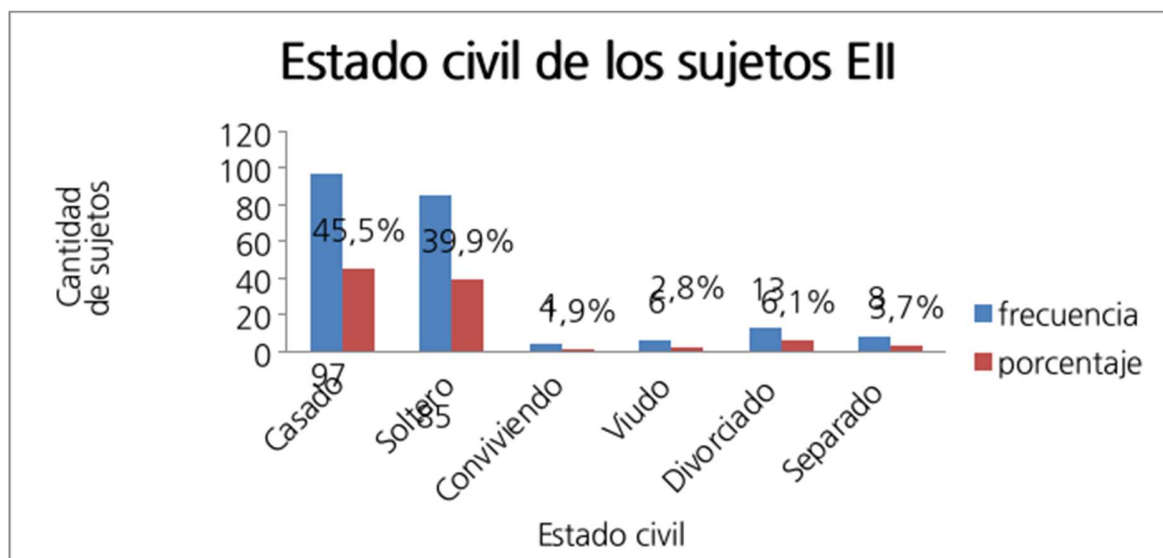
c) Estado civil.

Tabla 4: Estado civil de los sujetos con EII.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje válido	porcentaje acumulado
Casado	97	45,5%	45,5%
Soltero	85	39,9%	85,4%
Conviviendo	4	1,9%	87,3%
Viudo	6	2,8%	90,1%
Divorciado	13	6,1%	96,2%
Separado	8	3,7%	100%
Total	213	100%	

En la tabla N° 4 se aprecia la cantidad de sujetos por estado civil y el porcentaje respectivo de acuerdo al total de la muestra

Gráfico N° 4



En el gráfico N° 4 se muestra el estado civil de la muestra. Donde la mayor frecuencia se agrupa en casados con un total de 97 sujetos que equivale a un 45,5% del total de la muestra y la menor frecuencia se agrupa en conviviendo con 4 sujetos equivalentes a un 1,9% del total de muestra.

d) Composición familiar

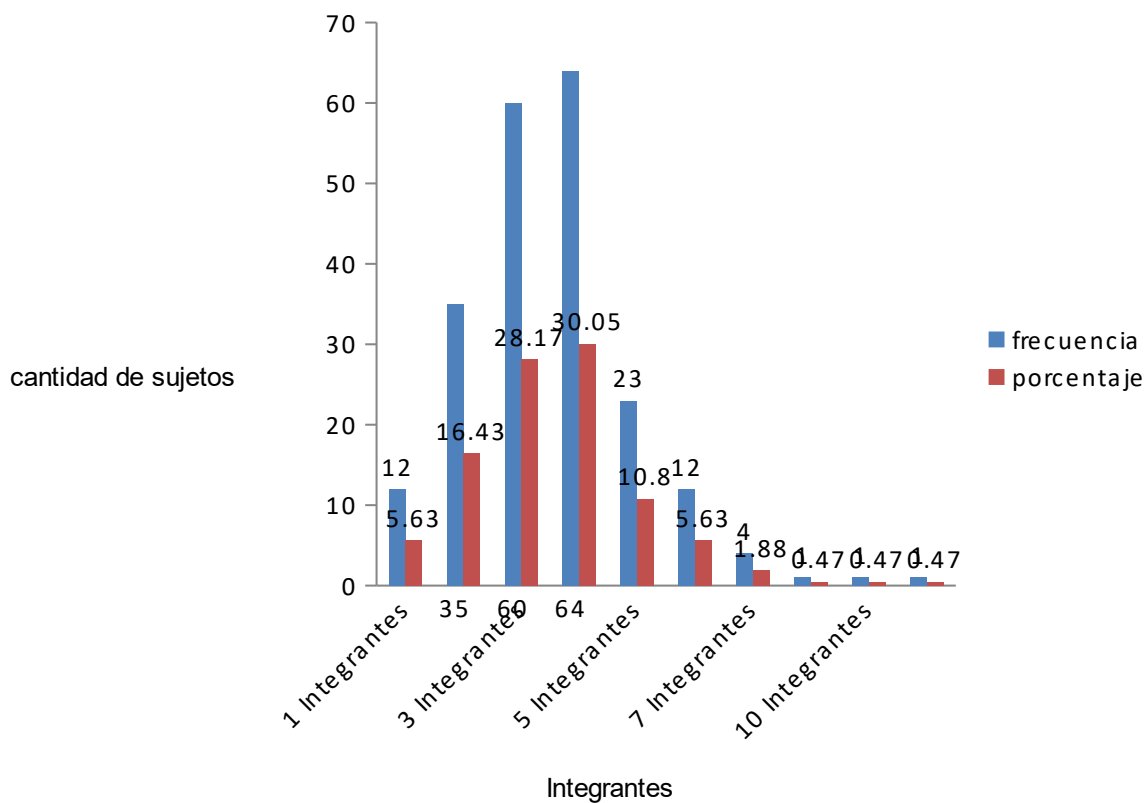
Tabla 5: composición familiar de sujetos con EII.

Miembros grupo familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 Integrantes	12	5,6%	5,6%
2 Integrantes	35	16,4%	22,0%
3 Integrantes	60	28,2%	50,2%
4 Integrantes	64	30,0%	80,3%
5 Integrantes	23	10,8%	91,1%
6 Integrantes	12	5,6%	96,7%
7 Integrantes	4	1,9%	98,6%
9 Integrantes	1	0,5%	99,1%
10 Integrantes	1	0,5%	99,5%
11 Integrantes	1	0,5%	100%
Total	213	100%	

En la tabla N° 5 se aprecia la composición familiar de la muestra investigada y los respectivos porcentajes de acuerdo al total de la muestra.

Gráfico N°5

Grupo familiar de los sujetos con EII



En el gráfico N° 5 se muestra que la distribución por integrantes del grupo familiar se agrupa en 4 integrantes con un porcentaje de 30% del total de la muestra y la menor frecuencia se agrupa en 9 o más integrantes con un porcentaje de 0.5% del total de la muestra.

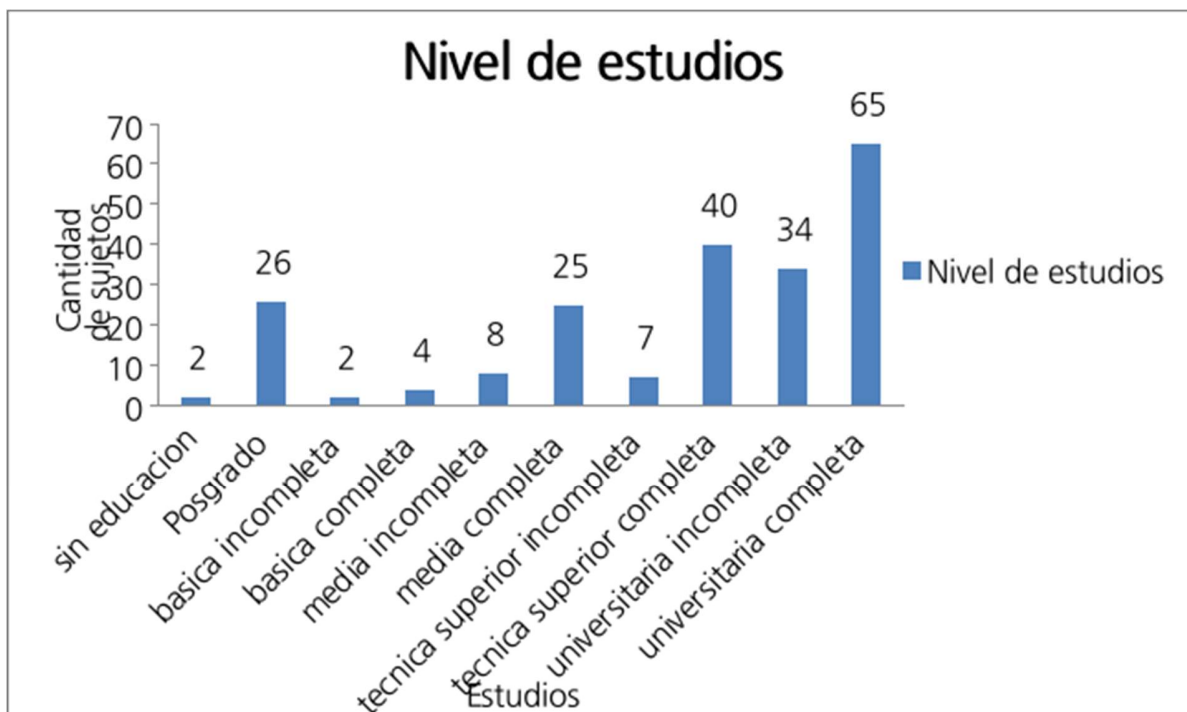
e) Nivel de estudios

Tabla 6: Nivel de estudios de los sujetos con EII

Estudios	Frecuencia	Porcentaje	porcentaje acumulado
Sin educación	2	0,9%	0,9%
Posgrado	26	12,2%	13,1%
Básica incompleta	2	0,9%	14,1%
Básica completa	4	1,9%	15,9%
Media incompleta	8	3,8%	19,7%
Media completa	25	11,7%	31,5%
Técnica superior incompleta	7	3,3%	34,7%
Técnica superior completa	40	18,8%	53,5%
Universitaria incompleta	34	15,9%	69,5%
Universitaria completa	65	30,5%	100%
Total	213	100%	

En la tabla N° 6 se muestra la cantidad de sujetos por nivel de estudio y sus respectivos porcentajes de acuerdo al total de la muestra.

Gráfico N° 6



En el gráfico N° 6 se muestra el nivel de estudio de los encuestados, donde la mayor frecuencia con 65 sujetos se agrupa en el nivel de universitaria completa que equivale a un 30,5% del total de la muestra y la menor frecuencia con 2 sujetos se agrupa en sin estudios correspondiente a un 0,9% del total de la muestra.

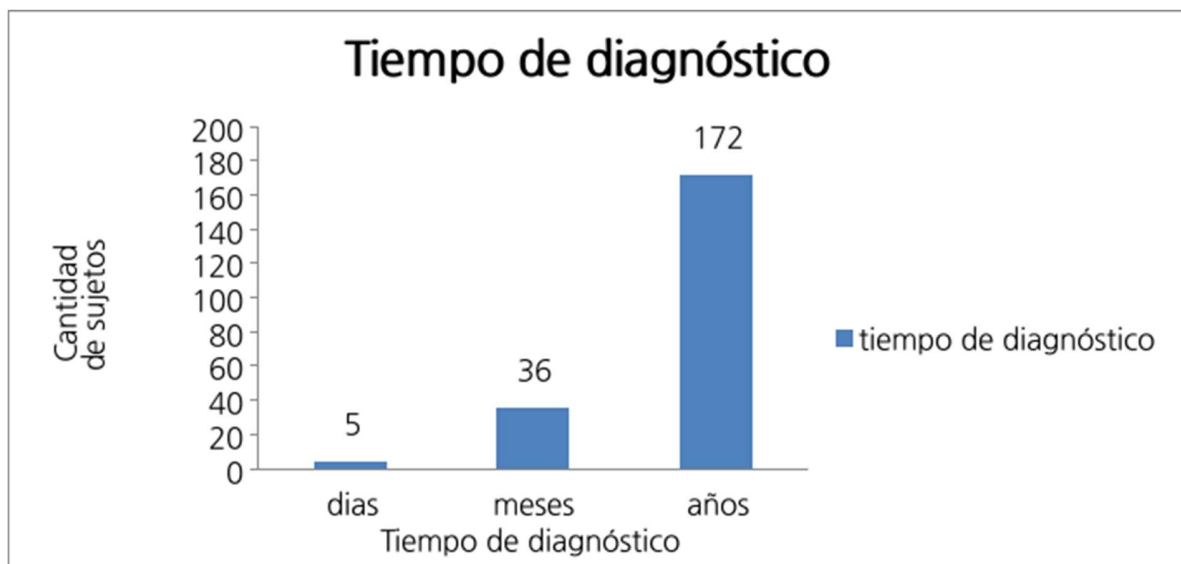
f) Tiempo de diagnóstico.

Tabla 7: Tiempo de diagnóstico de EII.

Tiempo de DG	Frecuencia	Porcentaje	porcentaje acumulado
Días	5	2,3%	2,3%
Meses	36	16,9%	19,2%
Años	172	80,8%	100%
Total	213	100%	

En la tabla se aprecia el tiempo de diagnóstico de los encuestados agrupados en días meses y años con los respectivos porcentajes de acuerdo al total de la muestra.

Gráfico N° 7



En el gráfico N° 7 se muestra el tiempo de diagnóstico de los encuestados, donde se aprecia que la mayor frecuencia con 172 sujetos llevan años con el diagnóstico de EII y equivale a un 80,0% del total de la muestra y la menor frecuencia con 5 sujetos llevan días con el diagnóstico de EII y equivale a un 2,3% del total de la muestra.

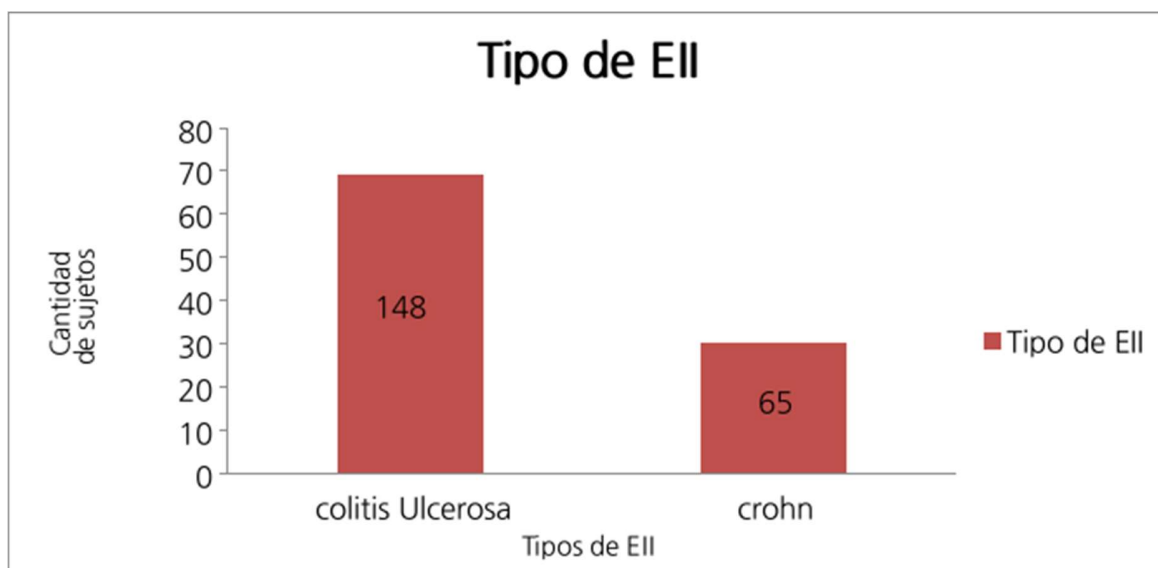
g) Tipo de EII

Tabla 8: Tipología de EII.

Tipo de EII	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Colitis ulcerosa	148	69,5%	69,5%
Crohn	65	30,5%	100%
Total	213	100%	

En la tabla N° 8 se aprecia la cantidad de sujetos que se agrupan por tipo de EII y el respectivo porcentaje de acuerdo al total de la muestra.

Gráfico N°8



En el gráfico N° 8 se muestra los tipos de EII. Donde 148 sujetos padecen de colitis ulcerosa que corresponde a un 69,5% del total de la muestra y 65 sujetos padecen de la enfermedad de Crohn lo que corresponde a un total de 30,5% del total de la muestra.

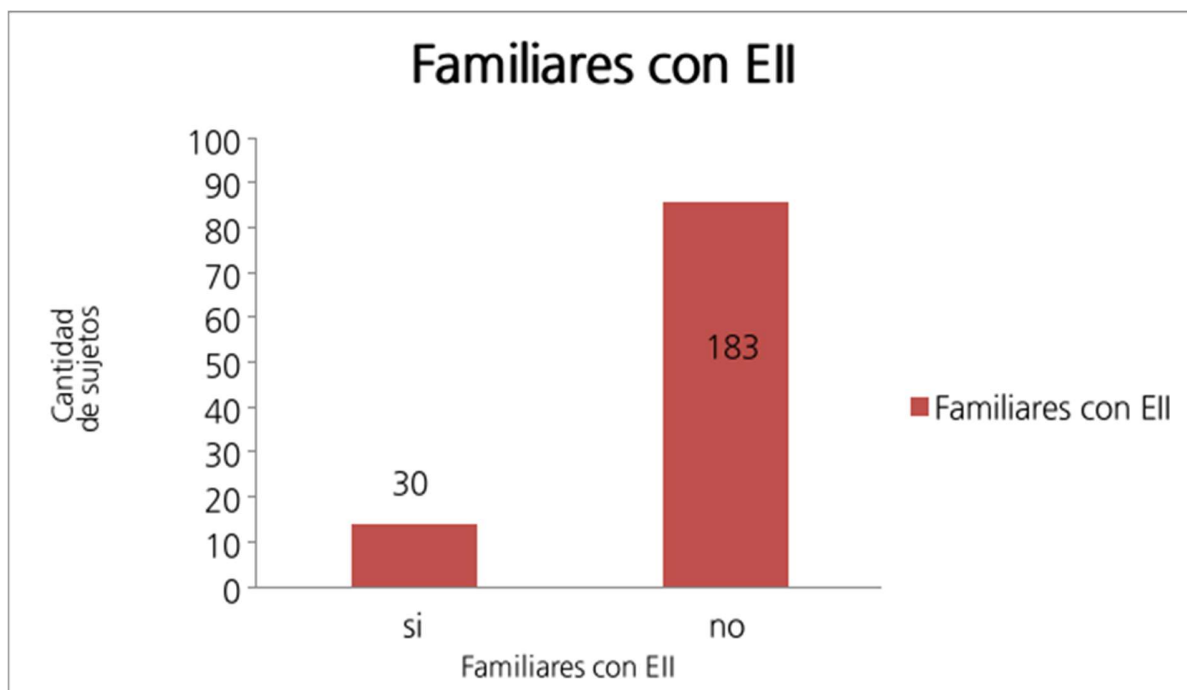
h) Otros familiares con EII

Tabla 9: Familiares con diagnóstico de EII.

Familiares con EII	Frecuencia	Porcentaje	porcentaje acumulado
Si	30	14,1%	14,1%
No	183	85,9%	100%
Total	213	100%	

En la tabla N° 9 se aprecia la presencia o ausencia de familiares con EII y sus respectivos porcentajes de acuerdo al total de la muestra.

Gráfico N° 9



En el gráfico N° 9 se muestra la presencia o ausencia de familiares con EII donde se aprecia que 183 sujetos no tienen otros familiares con EII lo que equivale a un 85,9% del total de la muestra y 30 sujetos si tienen familiares con EII lo que corresponde a un 14,1% del total de la muestra.

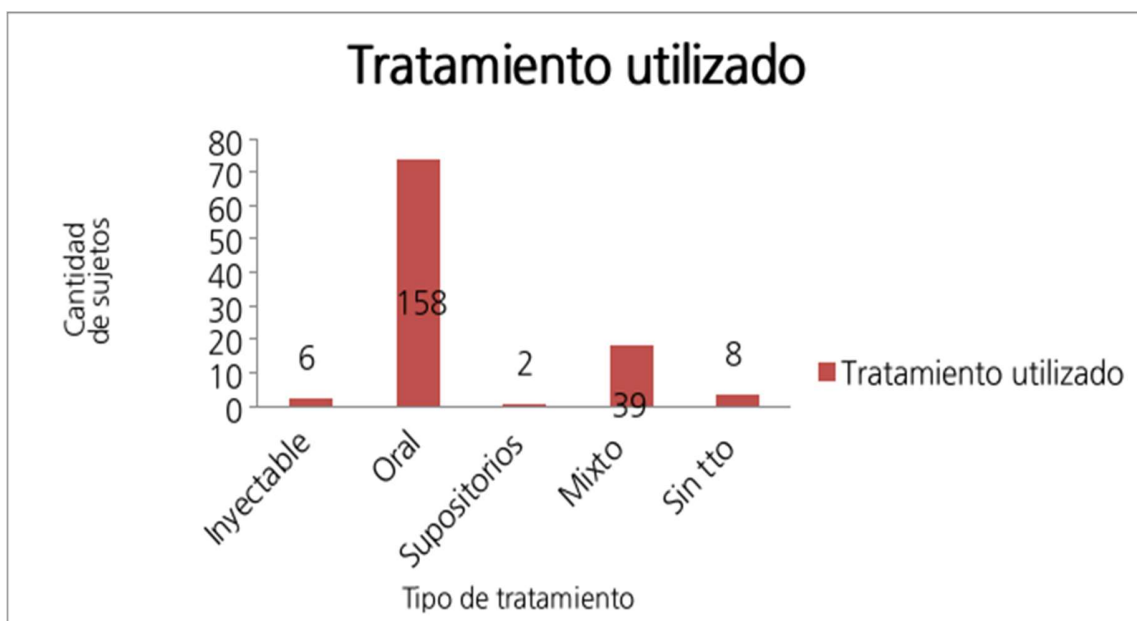
i) Tratamiento utilizado

Tabla 10: Tratamiento utilizado por los sujetos con EII.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Inyectable	6	2,8%	2,8%
Oral	158	74,2%	77%
Supositorios	2	0,9%	77,9%
Mixto	39	18,3%	96,2%
Sin tto	8	3,7%	100%
Total	213	100%	

En la tabla N° 10 se aprecia la cantidad de sujetos que utiliza cada tipo de tratamiento y los respectivos porcentajes de acuerdo al total de la muestra.

Gráfico N° 10



En el gráfico N°10 se muestra los tipos de tratamientos utilizados para las EII, se puede apreciar que la mayor frecuencia con 158 sujetos utilizan tratamiento de tipo oral correspondiente a un 74,2% del total de la muestra y la menor frecuencia con 2 sujetos que utilizan supositorios en su tratamiento que equivale a un 0,9% del total de la muestra.

Finalmente se describen los datos obtenidos mediante el inventario de estrategias afrontamiento.

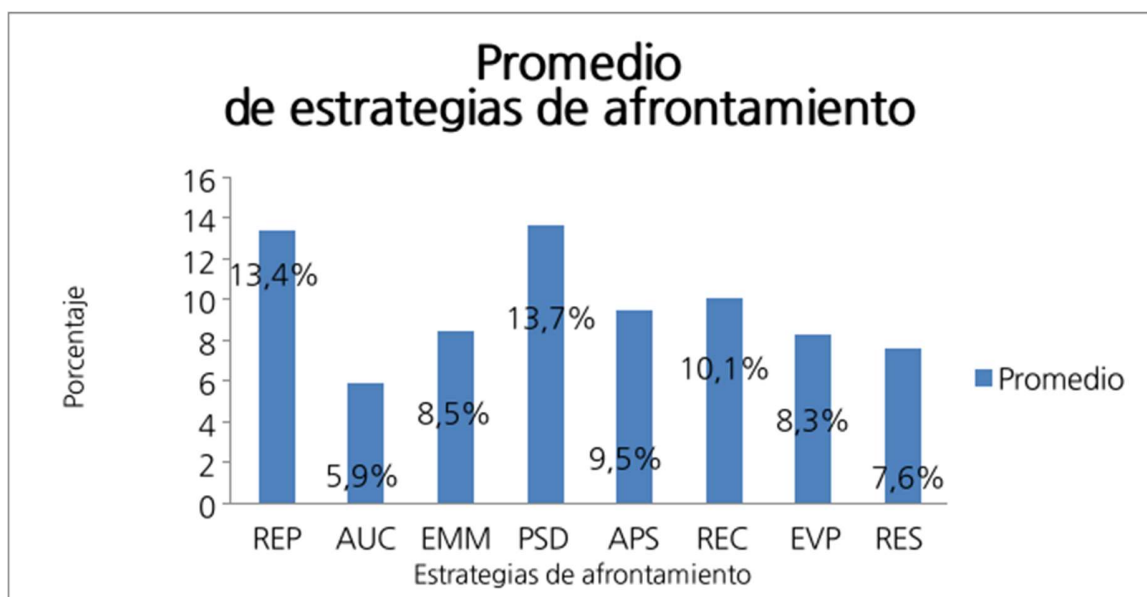
j) Estrategias afrontamiento (promedio)

Tabla 11: estrategias de afrontamiento.

Resolución de problemas (REP)	Autocrítica (AUC)	Expresión emocional (EMM)	Pensamiento desiderativo (PSD)	Apoyo social (APS)	Reestructuración cognitiva (REC)	Evitación de problemas (EVP)	Retirada social (RES)
13,4	5,9	8,5	13,7	9,5	10,1	8,3	7,6

En la tabla N° 11 se aprecia el promedio de las estrategias de afrontamiento del total de la muestra.

Gráfico N° 11



En el gráfico N°11 se muestra los promedios de cada estrategia de afrontamiento, se aprecia que la variable PSD (Pensamiento Desiderativo) es la que obtiene la puntuación más alta con un 13,7% y la variable AUC (Autocrítica) obtiene un 5,9%.

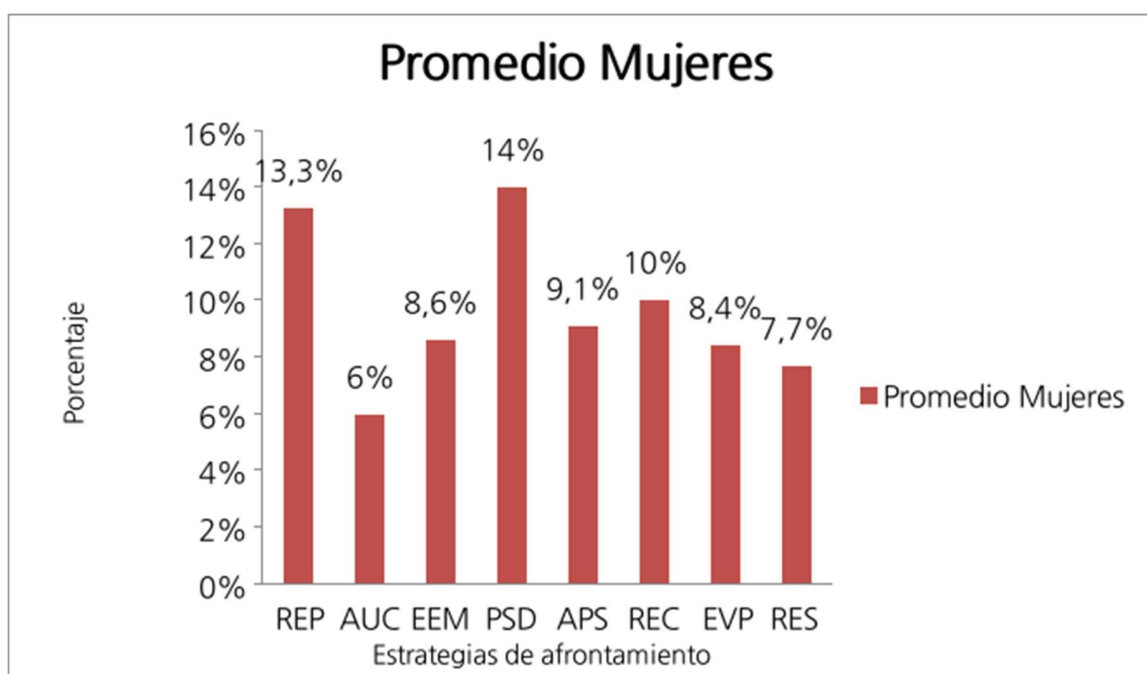
k) Estrategias de afrontamiento (promedio mujeres)

Tabla 12: Promedio mujeres.

REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
13,3	6	8,6	14	9,1	10	8,4	7,7

En la tabla N°12 se aprecia el promedio de cada estrategia de afrontamiento para el género femenino.

Gráfico N° 12



En el gráfico N°12 se muestra los promedios obtenidos en las 8 estrategias estudiadas donde se aprecia que el promedio más alto lo obtiene la estrategia PSD (Pensamiento Desiderativo) con 14% y la que obtiene el promedio más bajo es la estrategia AUC (Autocrítica) con un 6%.

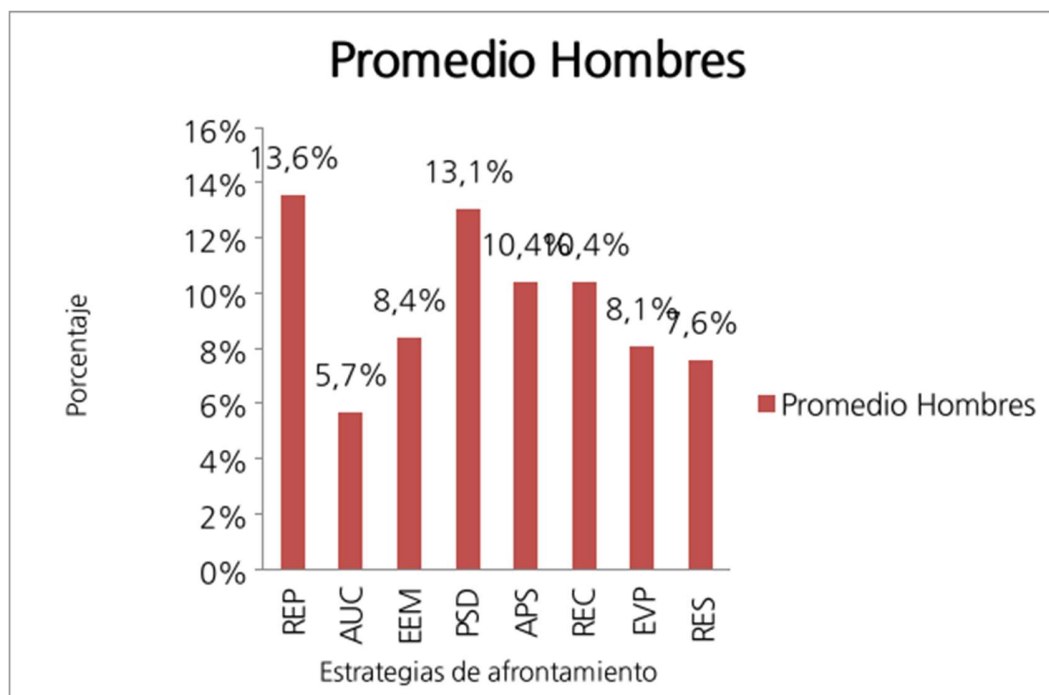
l) Estrategias de afrontamiento (promedio hombres)

Tabla 13: Promedio hombres.

REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
13,6%	5,7%	8,4%	13,1%	10,4%	10,4%	8,1%	7,6%

En la tabla N°13 se aprecia el promedio de cada estrategia de afrontamiento para el género masculino.

Gráfico N° 13



En el gráfico N° 13 se muestra los promedios obtenidos en las 8 estrategias estudiadas donde se aprecia que el promedio más alto lo obtiene la estrategia REP (Resolución de problemas) con 13,6% y la que obtiene el promedio más bajo es la estrategia AUC (Autocrítica) con un 5,7%.

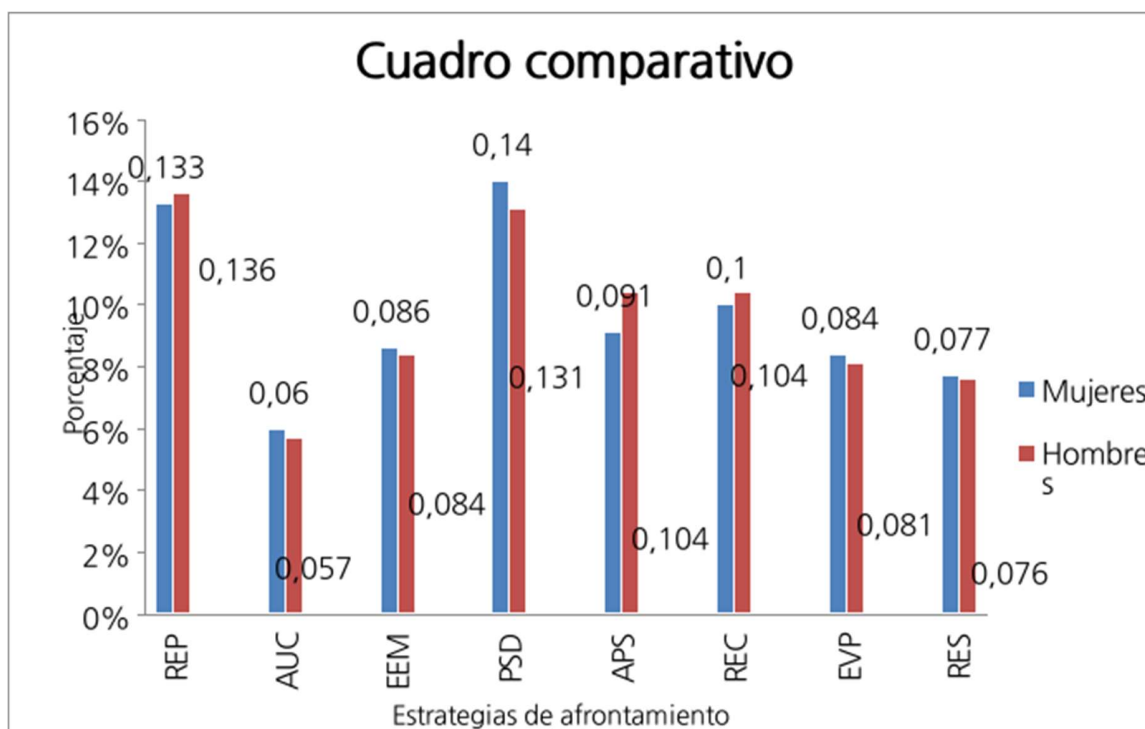
m) Estrategias de afrontamiento por género.

Tabla 14: Cuadro comparativo por género.

Estrategias	Mujeres	Hombres
REP	13,3%	13,6%
AUC	6%	5,7%
EEM	8,6%	8,4%
PSD	14%	13,1%
APS	9,1%	10,4%
REC	10%	10,4%
EVP	8,4%	8,1%
RES	7,7%	7,6%

La tabla comparativa muestra los promedios entre hombres y mujeres, donde se observa que la estrategia que obtiene menor promedio es la AUC (Autocrítica) con un porcentaje de 6% para las mujeres y un porcentaje de 5,7% para los hombres.

Gráfico N° 14



El gráfico N°14 muestra datos estadísticos de las 8 variables estudiadas en relación al género de la población. Se percibe que el promedio más alto en las estrategias de las mujeres es PSD (Pensamiento desiderativo) con un 14%, mientras que la estrategia que obtiene el promedio más alto en los hombres es REP (Resolución de problemas) con un 13,6%, en cuanto a la estrategia con promedio más bajo ambos coinciden en AUC (Autocrítica).

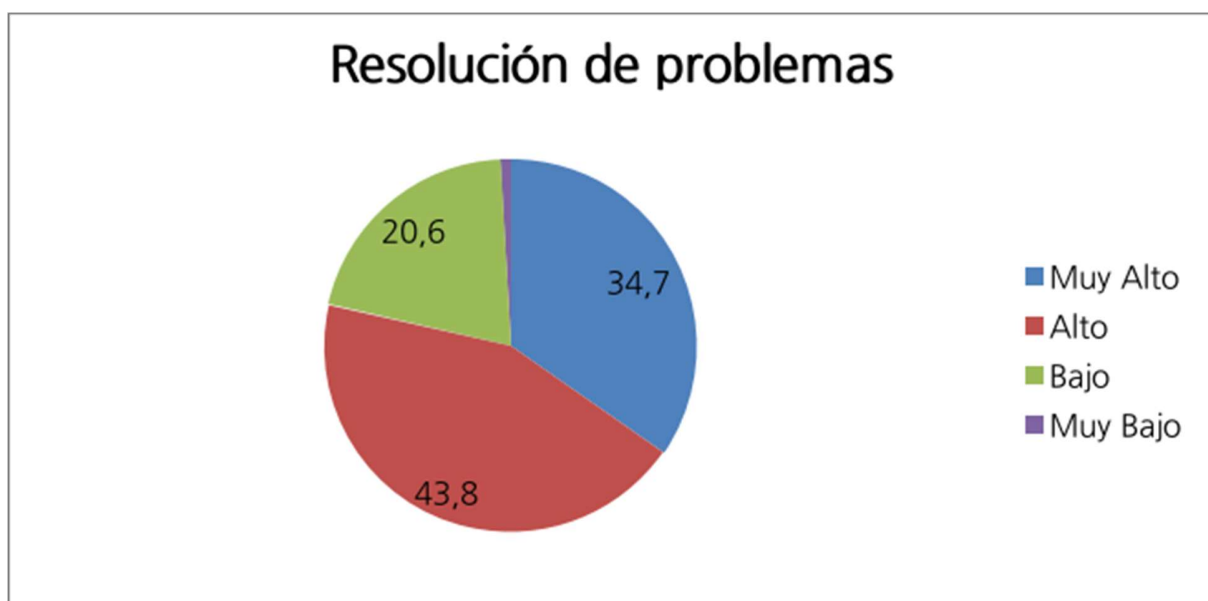
n) Resolución de problemas

Tabla 15: Índices de resolución de problemas.

Etiqueta	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	74	34,7
Alto	93	43,8
Bajo	44	20,6
Muy Bajo	2	0,9
Total	213	100

En la tabla se muestra la frecuencia con que es utilizada la estrategia resolución de problemas.

Gráfico N° 15



En el gráfico N°15 se muestra que en la variable resolución de problemas el puntaje más alto se concentra en la categoría ALTO, obteniendo un 43,8% de las respuestas.

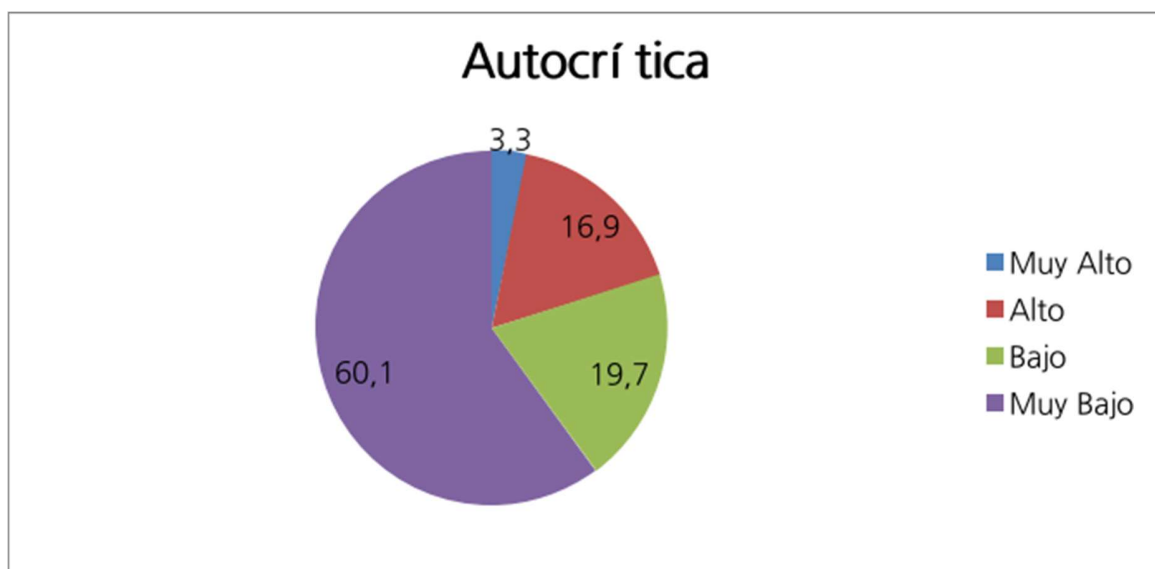
o) Autocrítica

Tabla 16: Índices de Autocrítica.

Etiqueta	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	7	3,3%
Alto	36	16,9%
Bajo	42	19,7%
Muy Bajo	128	60,1%
Total	213	100%

En la tabla se muestra la frecuencia con que es utilizada la estrategia autocrítica.

Gráfico N° 16



En el gráfico N°16 se muestra que en la variable autocrítica el puntaje más alto se concentra en la categoría MUY BAJO, obteniendo un 60,1% de las respuestas.

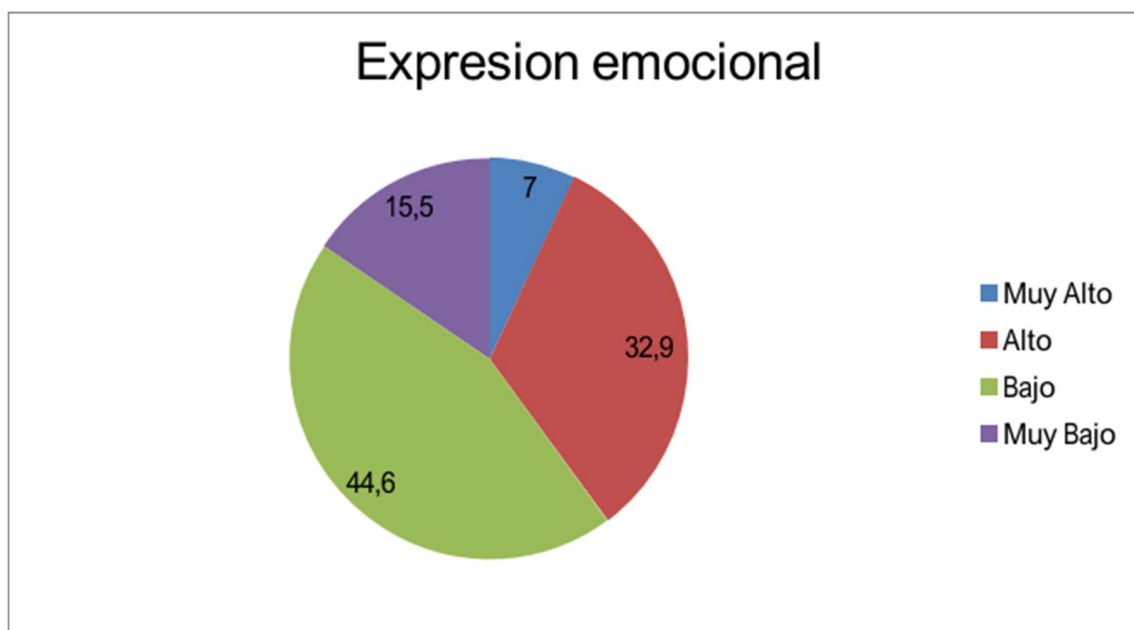
p) Expresión emocional

Tabla 17: Índices de expresión emocional.

Etiqueta	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	15	7%
Alto	70	32,9%
Bajo	95	44,6%
Muy Bajo	33	15,5%
Total	213	100%

En la tabla se muestra la frecuencia con que es utilizada la estrategia expresión emocional.

Gráfico N° 17



En el gráfico N°17 se muestra que en la variable expresión emocional el puntaje más alto se concentra en la categoría BAJO, obteniendo un 44,6% de las respuestas.

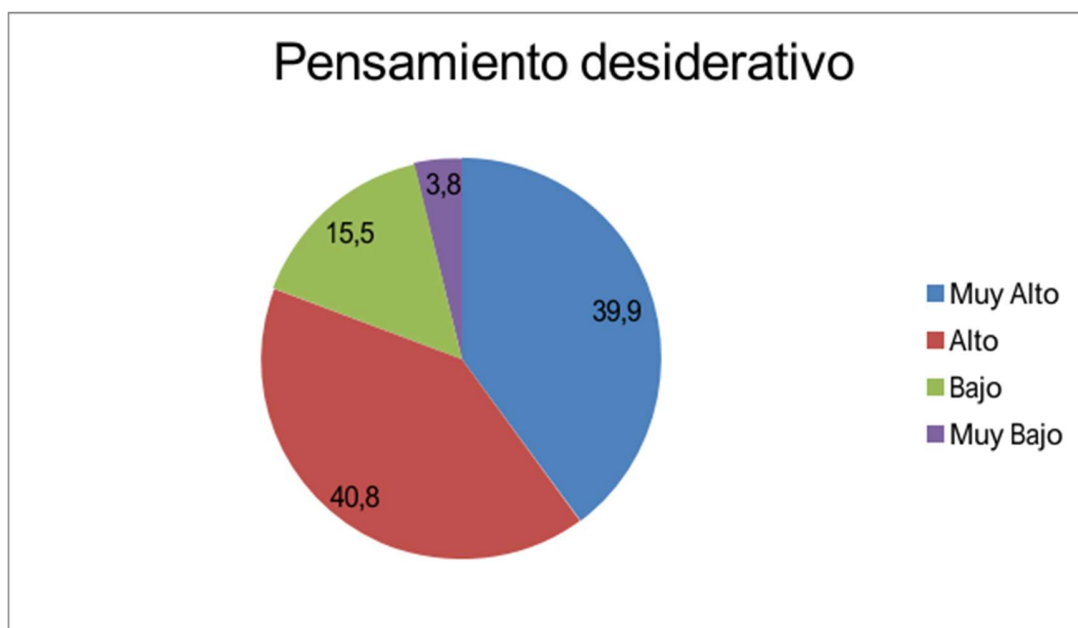
q) Pensamiento desiderativo

Tabla 18: Índices de pensamiento desiderativo.

Etiqueta	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	85	39,9%
Alto	87	40,8%
Bajo	33	15,5%
Muy Bajo	8	3,8%
Total	213	100%

En la tabla se muestra la frecuencia con que es utilizada la estrategia pensamiento desiderativo.

Gráfico N° 18



En el gráfico N°18 se muestra que en la variable pensamiento desiderativo el puntaje más alto se concentra en la categoría ALTO obteniendo un 40,8% de las respuestas.

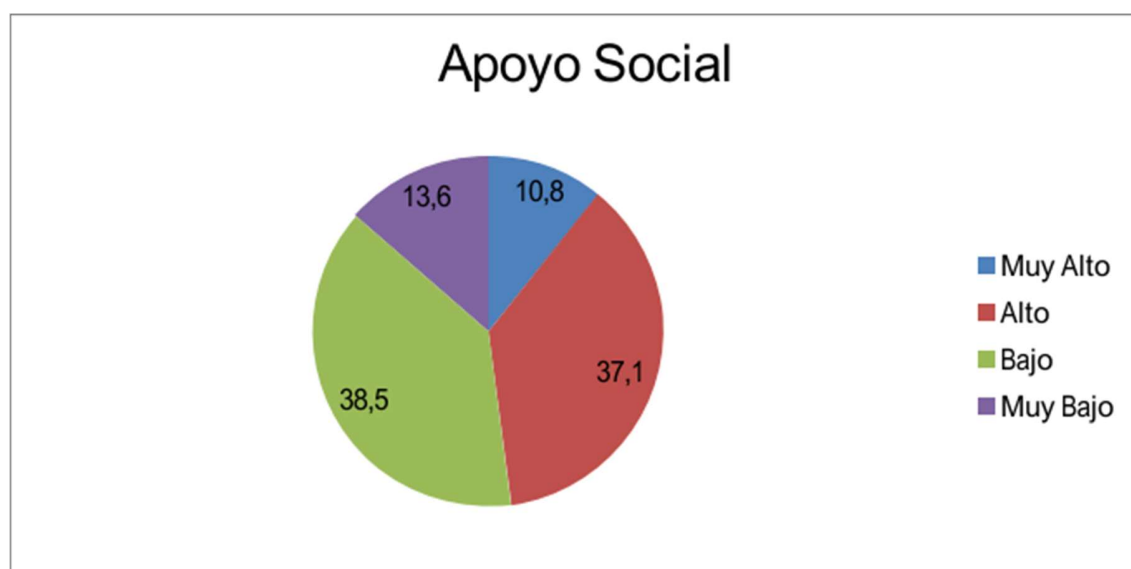
r) Apoyo Social

Tabla 19: Índices de apoyo social.

Etiqueta	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	23	10,8%
Alto	79	37,1%
Bajo	82	38,5%
Muy Bajo	29	13,6%
Total	213	100%

En la tabla se muestra la frecuencia con que es utilizada la estrategia apoyo social.

Gráfico N° 19



En el gráfico N°19 se muestra que en la variable apoyo social en puntaje más alto se concentra en la categoría MEDIO BAJO, obteniendo un 38,5% de las respuestas.

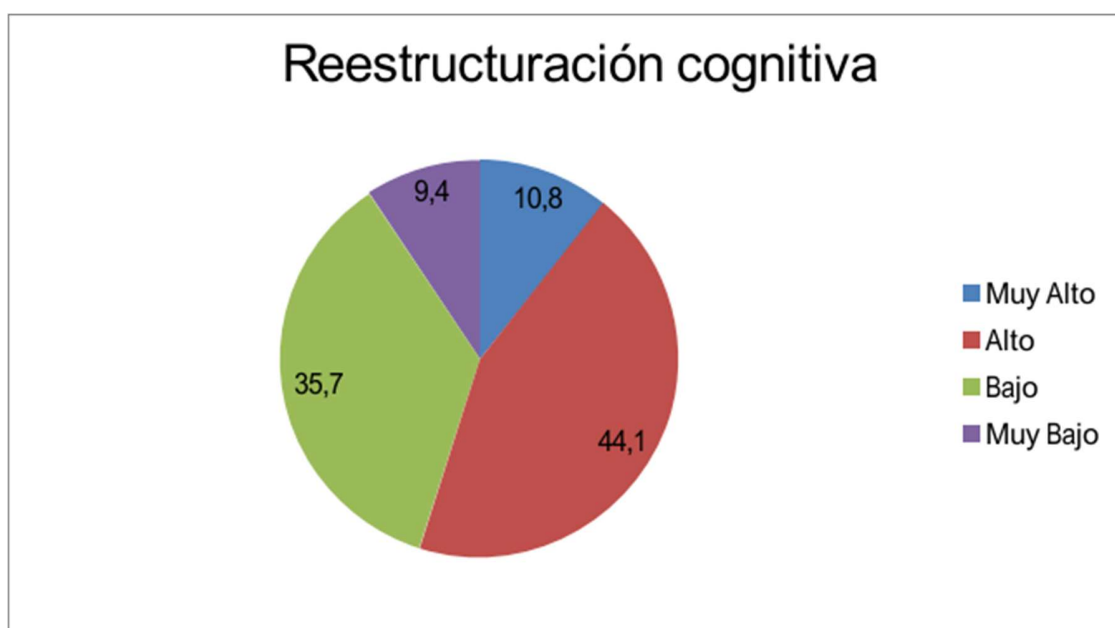
s) Reestructuración cognitiva

Tabla 20: Índices de reestructuración Cognitiva.

Etiqueta	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	23	10,8%
Alto	94	44,1%
Bajo	76	35,7%
Muy Bajo	20	9,4%
Total	213	100%

En la tabla se muestra la frecuencia con que es utilizada la estrategia reestructuración cognitiva.

Gráfico N° 20



En el gráfico N°20 se muestra que en la variable reestructuración cognitiva el puntaje más alto se concentra en la categoría ALTO obteniendo un 44,1% de las respuestas.

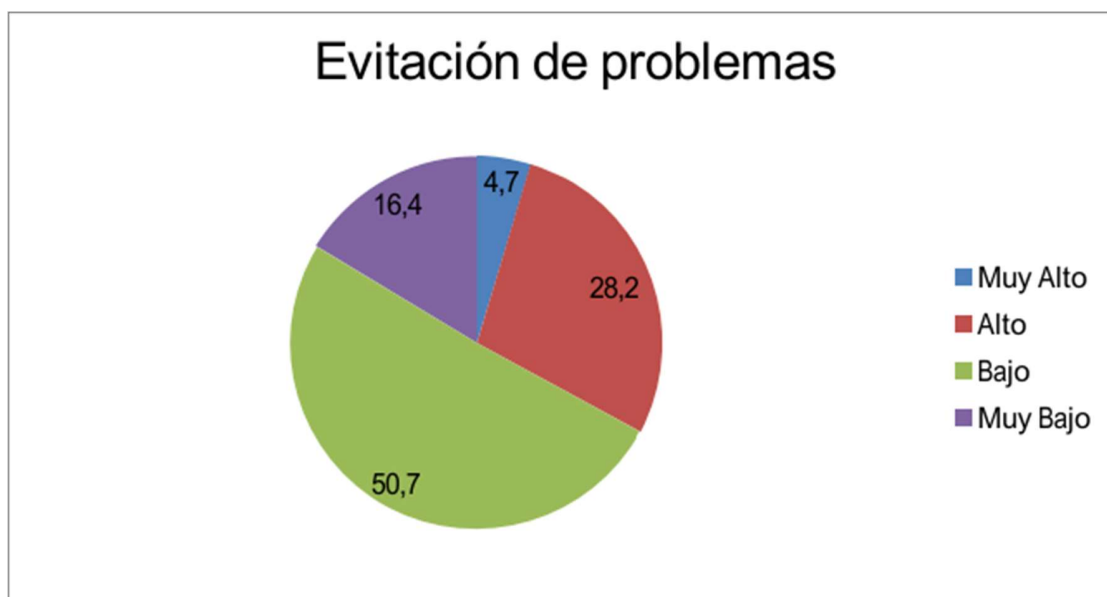
t) Evitación de Problemas

Tabla 21: Índices de evitación de problemas

Etiqueta	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	10	4,7%
Alto	60	28,2%
Bajo	108	50,7%
Muy Bajo	35	16,4%
Total	213	100%

En la tabla se muestra la frecuencia con que es utilizada la estrategia evitación de problemas.

Gráfico N° 21



En el gráfico se muestra que en la variable evitación de problemas el puntaje más alto se concentra en la categoría BAJO, obteniendo un 50,7% de las respuestas.

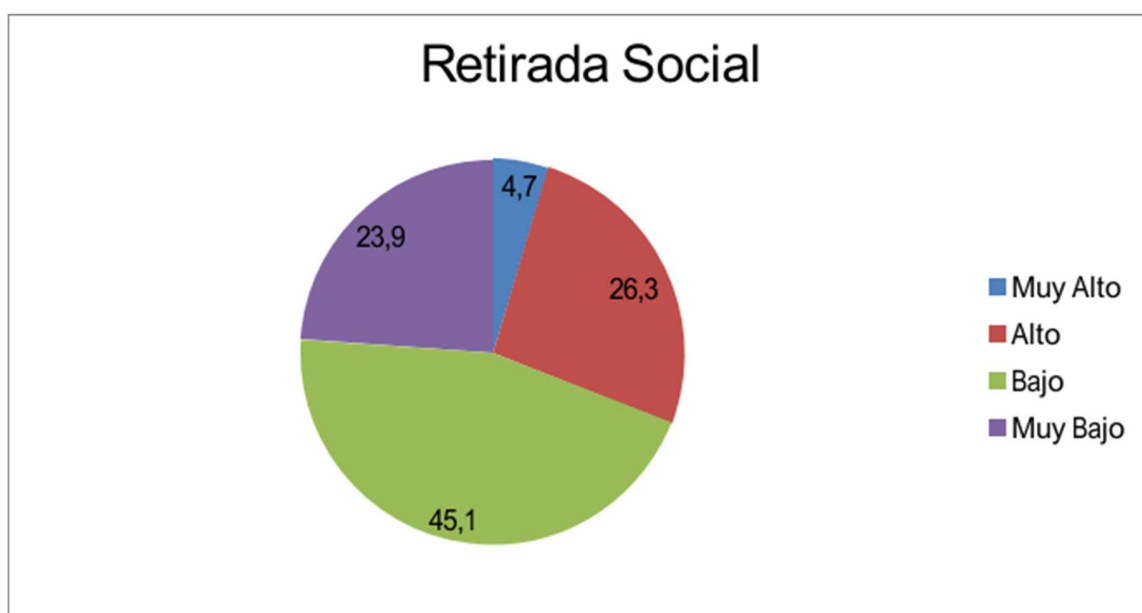
u) Retirada social

Tabla 22: Índices de retirada social.

Etiqueta	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	10	4,7%
Alto	56	26,3%
Bajo	96	45,1%
Muy Bajo	51	23,9%
Total	213	100%

En la tabla se muestra la frecuencia con que es utilizada la estrategia retirada social.

Gráfico N° 22



En el gráfico N°22 se muestra que en la variable retirada social el puntaje más alto se concentra en la categoría BAJO, obteniendo un 45,1% de las respuestas.

Capítulo V CONCLUSIONES

5.1 Discusión

A partir de la información teórica y estadística recolectada que se obtuvo en el presente estudio, el cual consistió en la medición de las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes diagnosticados con EII pertenecientes a la fundación Crohn y colitis ulcerosa junto a ti, se utilizó el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), adaptado por Cano García, Rodríguez y García. (2007) cuyos resultados se presentan a través de ocho estrategias; resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social.

En el estudio se pudo observar que los pacientes poseen la misión de tener que cargar con la responsabilidad de llevar el control de su enfermedad, además los pacientes referían que en ocasiones esta condición crónica ha logrado sobrepasarlos. Para el caso de esta muestra se puede señalar que las estrategias de afrontamiento se encuentran presentes en ellos, independientemente de los resultados que promediaron las ocho variables que se midieron, es necesario mencionar que el afrontamiento se encuentra ligado al área de la salud, no obstante está presente en otras áreas de la vida de los sujetos, sobre todo porque el afrontamiento opera ante cualquier situación o evento que genera estrés.

En relación con el estrés psicosocial en las EII, se ha encontrado que se asocia a una mayor vulnerabilidad de las personas a enfermar y se ha visto que las EII son sucesos en sí mismos altamente estresantes. (Bocic, 2016)

Las características de las EII en Chile son muy similares a las diagnosticadas en otros países, siendo las más frecuentes presentadas en personas de sexo femenino y adulto joven. (Strockbrugger, 1996)

Se puede referir que las estrategias de afrontamiento que los pacientes emplean son inherentes al ser humano, estas se orientan a mediar la reducción de los problemas psicosociales los cuales se identifican e impactan de manera relevante en la patología, afrontándola de diversas formas y grados.

A raíz de los resultados de este estudio la estrategia de afrontamiento, pensamiento desiderativo, el cual refleja el deseo de que la realidad no sea estresante, es la más utilizada por quienes conformaron la muestra, demuestra que los pacientes no están conformes con tener que enfrentar este padecimiento crónico, esto podría desencadenar un estado de ánimo depresivo.

Sería necesario que esta investigación se replique en el futuro, para así lograr generar avances referentes al tema del afrontamiento en las EII, mediante una muestra más amplia, consistente en un estudio longitudinal correlacionando otros conceptos, como el bienestar psicológico y la calidad de vida.

Además se podría enfatizar la extensión de este estudio con un enfoque mixto, realizando el método de análisis de discurso ante el empleo de estrategias de afrontamiento a fin de identificar cuáles son los afrontamientos que tienen nuestros pacientes lo que nos permitirá desplegar intervenciones más adecuadas ligadas a la psicoeducación de la enfermedad.

Sería relevante incurrir en el estudio detallado de instrumentos de evaluación de estrategias de afrontamiento que midan otras dimensiones del afrontamiento. Como también validar cuestionarios e inventarios referentes al afrontamiento.

Se estima que sería necesario que mediante esta investigación y el contraste de futuros estudios se llegara a una reflexión a fin de orientarse a desarrollar propuestas interventoras en el ámbito de la psicología de la salud, en conjunto con un equipo

multidisciplinario capaz de integrar y cohesionar objetivos centrados en las estrategias de afrontamiento.

Uno de los sesgos que pueden haber afectado los resultados de la muestra, es la extensa cantidad de ítems que contempla la adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), de Cano García, Rodríguez y García. (2007)

Se puede evidenciar en esta investigación es que el resultado del estudio no se puede generalizar, extrapolar a otros miembros de la población de pacientes con EII, ya que este estudio utilizó una muestra no probabilística.

Otro sesgo que pudo haber influido fue que los sujetos contaban con el tiempo acotado y en ocasiones los pacientes se presentaban algo agotados. Sin embargo, eventualmente pudo haber influido el desconocimiento de los sujetos ligados a la enfermedad y a la escasa comprensión de algunas afirmaciones de los ítems del instrumento.

5.2 Conclusiones

Con esta investigación se pretende conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes para enfrentar las patologías EII, con la finalidad de obtener los datos cuantitativos que permitan graficar qué tipos de estrategias de afrontamiento son más utilizadas y cuáles son menos utilizadas y de esta forma percibir si existe diferencias significativas entre hombres y mujeres de la muestra.

Al realizar la descripción de resultados obtenidos a partir de la encuesta aplicada en una muestra de 213 personas los cuales son pacientes que pertenecen a la fundación Crohn y colitis ulcerosa junto a ti. Se puede concluir que poseen las siguientes características sociodemográficas: el género de la muestra que predomina es el género femenino con un porcentaje de 71,4%, el que equivale a 152 mujeres, mientras que en el género masculino existe un 28,6% el cual equivale a 61 hombres. El estado civil predominante son los casados con un 45,5%, luego los solteros con un 39,9%, después los divorciados con un 6,1%, luego los separados con un 3,75%, después los viudos con un 2,82% y finalmente un 1,88% conviviendo.

En relación a los resultados obtenidos en la muestra se puede inferir que los pacientes si cuentan con estrategias de afrontamiento adecuadas que permita y se adapte su condición de salud, ya que los porcentajes obtenidos en las 8 variables de estrategias de afrontamiento, reflejan que en la mayoría estas son utilizadas por los pacientes en la categoría alta y bajas según corresponda.

En relación al género, en las mujeres la estrategia de afrontamiento más utilizada con un porcentaje del 14% es el pensamiento desiderativo (PSD), el cual se caracteriza por ser una estrategia cognitiva que refleja que el deseo de que la realidad no fuera estresante. La estrategia de afrontamiento menos utilizada con un porcentaje de 6% es la autocrítica (AUC), la cual se caracteriza por una estrategia de constantes pensamientos negativos y culpabilizándose de la situación.

En los hombres la estrategia de afrontamiento más utilizada con un porcentaje de 13,6% es la resolución de problemas (REP), la cual se caracteriza por ser una estrategia cognitiva y conductual encaminada a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce. La estrategia de afrontamiento menos utilizada con un porcentaje de 5.7% es la autocrítica (AUC), la cual se caracteriza por sentimientos de culpabilidad ante la situación.

Como se puede observar en el género no se presenta una diferencia estadísticamente significativa en la estrategia de afrontamiento menos utilizada ya que ambos no recurren a la autocrítica para enfrentar la enfermedad.

Según los resultados empleados en las 8 variables de las estrategias de afrontamiento se puede concluir que las variables que utilizan los pacientes de la fundación son, resolución de problemas, pensamiento desiderativo y reestructuración cognitiva. Lo que significa que los sujetos de la muestra tienen un nivel de afrontamiento el cual es adecuado en relación al puntaje que obtuvieron en cada una de estas variables. Por otro lado las variable menos utilizada en la muestra son; autocrítica, lo cual es positivo ya que no genera sentimientos negativos ni de culpa.

El afrontamiento es un tema primordial por su relación con el bienestar psicológico y la salud de los pacientes que deben sobrellevar situaciones estresantes, para avanzar en la comprensión de este constructo implica necesariamente, entre otros aspectos de relevancia, avanzar en torno a la construcción y la adaptación de instrumentos que recolecten datos confiables y válidos.

Las EII son patologías son crónicas, no tienen cura, los tratamientos de alto costo muchas veces impagables hacen de esto la necesidad que el Estado extienda la cobertura en universal a través de GES en los diferentes tratamientos médicos como también la difusión, que de alguna u otra forma ayudarían a sensibilizar acerca del auto cuidado, ya que ambas patologías están en creciente aumento a nivel mundial, en Chile no hay cifras exactas sobre la incidencia.

5.3 Limitaciones

Las limitaciones que se presenta en este estudio es la muestra ya que es muy pequeña para ser representativa de una población para que los resultados se puedan extrapolar a toda población con EII.

Otra limitación fue el tiempo de aplicación ya que fue restringido por la programación de entrega de la investigación lo que no permitió acceder a una muestra más amplia.

5.4 Proyecciones

Las proyecciones de esta investigación es ser un aporte a futuras investigaciones similares. Por otra parte pretende dar a conocer las estrategias de afrontamiento para que lo profesionales que trabajan con los pacientes con EII pueden elaborar plan de tratamiento enfocado en estas estrategias para así favorecer la aceptación de la enfermedad e impedir que este diagnóstico genere una situación de estrés que pueda afectar la calidad de vida de quienes padecen este tipo de enfermedades y de su entorno más cercano.

La incidencia de las EII está aumentando de forma considerable, esto sumado a los altos costos económicos y sociales, el Estado de Chile debiera implicar un aumento en el conocimiento de estas patologías, basándose en una mayor cantidad de estudios, con esto los tiempos se optimizarían así como su diagnóstico y terapia acorde para cada paciente.

Bibliografía

- Di-Colloredo, Aparicio & Moreno. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento . *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*.
- Marcuello García. (14 de abril de 2013). *Just another WordPress.com site*. Recuperado el 01 de julio de 2015, de <https://sandrasalvati.wordpress.com/2013/04/14/estrategias-de-afrontamiento/>
- Baeriswyl, K., Castillo, D., Escobar, M. J., Conejero, J., Abarca, G., & Núñez, L. (2012). *INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA*. Santiago: Santiago, Universidad de Chile, .
- Barbagallo, M. (2013). *Aportes del psicoanálisis a la clínica de las afecciones psicosomáticas* . Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires .
- Bernard, J. E. (junio de 2011). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 14 No. 2. Recuperado el 05 de abril de 2015, de www.revistas.unam.mx/index.php/repi
- Betanzo, G. (2003). *Enfermedad Inflamatoria intestinal Colitis ulcerosa - Enfermedad de Crohn*. Coruña.
- C. Vasquez Valverde, M. C. (08 de agosto de 2003). Recuperado el 04 de mayo de 2015
- Cano, Rodríguez y García . (2006). Inventario estrategias de afrontamiento .
- Díaz, C. M. (2008). Tratamiento psicológico en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales sobre la calidad de vida .
- Folkman & Moskowitz . (2004). coping pitfalls and promise . *revista anual de psicología* .
- García & Ilabaca. (2013). *ruptura de parejas, afrontamiento y bien estar psicológico en adultos y jóvenes* .
- García, F. C., Franco, R., & Martínez, G. (2007). adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- García, F., & Ilabaca, D. (2013). *RUPTURA DE PAREJA, AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ADULTOS JÓVENES*. Concepción.

- García, Rodríguez & Martínez . (2007). *Adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento* .
- Gasull, Gomollon, Obrador & Hinojosa. (2007). *Enfermedad inflamatoria intestinal*.
- Gómez, Navarro & Panadero. (2012). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*.
- Gomollon & Sans. (2012). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal, enfermedad de Crohn*.
- Harvey & Bradshaw. (1980). *simple index of Crohn 5-disease activity*.
- Hernández, Baptista, & Fernández. (2003). *Metodología de la Investigación*. Mexico, D.F.: McGraw-Hill.
- Hernández, Fernández & Baptista. (1994). *Metodología de la investigación*.
- Iglesias. (2012). *Variables psicológicas y calidad de vida en la enfermedad inflamatoria intestinal* .
- Lazarus & Folkman. (1986). *Stress, appraisal, and coping*.
- Lubascher, J. (2015). Errores frecuentes en diagnóstico y tratamiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
- Martínez, B. I., Roselló, J., & Toro-Alfonso, J. (2010). *Revista Puertorriqueña de Psicología* , vol.21 San Juan . Recuperado el 09 de abril de 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1946-20262010000100002&script=sci_arttext
- Medina, Fuentes, Suarez & Prieto. (2015). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*.
- Miranda Velasco, M. J. (2010). *EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADO*. EDICIONES UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.
- Monje. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa* .
- North & Alpers . (1994). A review of studies of psychiatric factors in Crohn's disease: Etiologic implications. *Annual of Clinical Psychiatry*.
- Ortiz Para, M. (02 de diciembre de 2006). *terapia psicológica*, vol. 24, n° 2, pp. 139-147 . Recuperado el 17 de abril de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524203>
- Palma, Q. &. (2008). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal Colitis Ulcerosa - Crohn*.
- PALMA, Q. &. (2008). *ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL COLITIS ULCEROSA - CROHN*.

- Quera. (2014). Tratamiento para enfermedades inflamatorias intestinales en Chile. *revista buena salud*.
- QUERA, P. &. (2008). *ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL COLITIS ULCEROSA - CROHN*.
- Rondón, J. E., & Lugli, Z. (12 de mayo de 2013). *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, Vol. 18, n° 3, pp. 193-207, 2013. Obtenido de www.acpcp.net ISSN 1136-5420/13
- Rozman. (2014). Enfermedades del aparato digestivo. Gastroenterología y hepatología. *medicina interna* .
- Saro. (2010). ¿Por qué está aumentando la incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica?
- Saro, Riestra, Milla, Sánchez, Lacort & Argüelles. (2003). *Incidencia y prevalencia en Enfermedad Inflamatoria Intestinal crónica*.
- Schwarz & Blanchard . (1991). *Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. Behaviour*.
- Simian, Estay, Acuña, Figueroa & Quera . (2014). Enfermedad inflamatoria intestinal a partir de una experiencia local. *Revista médica de Chile*.
- Suárez, Agrimbau & Fuentes. (2007). *Enfermedad inflamatoria intestinal: situación actual de las alternativas terapéuticas*. Recuperado el 23 de abril de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n1s1/v38n1s1a05.pdf>
- Suddarth, & Brunner. (2013). *Enfermería Médico quirúrgica* (Decima edición ed., Vol. volumen 1). (J. G. Hernandez, L. V. Salazar, & N. G. torre, Trads.) Mc Graw Hill.
- Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal. (1989). *The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory*.
- v. (2008). ida, Tratamiento Psicológico protocolizado en grupo de las enfermedades intestinales afectos sobre la calidad de vida.
- Vázquez, Crespo & Ring. (2003). *Estrategias de afrontamiento*.

Anexos

Anexo 1 Clasificación de truelove-witts.

Aspecto clínico	Leve	Grave
N° de deposiciones/día	<4	>6
Sangre en las deposiciones	Escasa	Abundante
Temperatura	Sin fiebre	>37,5°
Frecuencia cardiaca	Sin taquicardia	Taquicardia (>100)
Hemoglobina	Normal	<10g
VSG	Normal	>30mm/h
Masa abdominal:	Ninguna=0. Dudosa=1. Definida=2. Definida y blanda=3.	
Número de complicaciones (anotar un 1 por cada ítem):	Artralgia. Uveítis. Eritema nodoso. Úlcera aftosa. Pioderma gangrenoso. Estomatitis. Fisura anal. Absceso. Nuevas fistulas.	

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.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

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 dí 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 criticqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. 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 reocriminé 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

Anexo 4 Factores estadísticos de CSI

- Factor 1 Resolución de problemas: los siguientes reactivos, 65, 57, 33, 41 y 17 del trabajo original carga factorial desde 0,82 a 0,67
- Factor 2 Autocritica: los siguientes reactivos 23, 47, 31, 55 y 63 trabajo original carga factorial desde 0,87 a 0, 79.
- Factor 3 Expresión emocional: los siguientes reactivos, 27, 19, 59, 43, y 51 trabajo original y carga factorial desde 0,74 a 0, 46.
- Factor 4 Pensamiento desiderativo: los siguientes reactivos, 38, 30, 22, 62 y 46 trabajo original carga factorial desde 0, 79 a 0, 59.
- Factor 5 Apoyo social: los siguientes reactivos, 12, 36, 44, 60 y 52 trabajo original carga factorial desde 0, 74 a 0, 65.
- Factor 6 Reestructuraciones cognitiva: los siguientes reactivos, 66, 58, 42, 34 y 10 trabajo original carga factorial desde 0, 72 a 0, 55.
- Factor 7 Evitación de problemas: los siguientes reactivos, 29, 21, 53, 13 y 69 trabajo original carga factorial desde 0, 67 a 0, 44.
- Factor 8 Retirada social: los siguientes reactivos, 48, 32, 72, 56 y 69 trabajo original carga factorial desde 0, 74 a 0, 39.

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Por Favor conteste a cada una de las siguientes preguntas:

Edad _____ años

Sexo _____

Estado Civil: _____

N° de miembros del grupo familiar _____

Nivel de Estudio:

Enseñanza Básica completa

Enseñanza Media completa

Enseñanza Técnica completa

Educación Superior completa _____

Tiempo que lleva con el diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Tipología de EI:

Colitis Ulcerosa _____

Crohn _____

Tipo de tratamiento que ha utilizado: (Medicamentos vía oral o Inyectables u otros)

Otros miembros de la familia diagnosticados Enfermedad Inflamatoria Intestinal

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que Usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

0 : En absoluto

1: Unpoco

2: Bastante

3: Mucho

4: Totalmente

	0	1	2	3	4
Luché para resolver el problema					
Me culpé a mí mismo					
Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés					
Deseé que la situación nunca hubiera empezado					
Encontré a alguien que escuchó mi problema					
Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente					
No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado					
Pasé algún tiempo solo					
Me esforcé para resolver los problemas de la situación					
Me di cuenta de que era personalmente de mis dificultades y me lo reproché					
Expresé mis emociones, lo que sentía					
Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.					
Hablé con una persona de confianza					
Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas					
Traté de olvidar por completo el asunto					
Evité estar con gente					
Hice frente al problema					
Me critiqué por lo ocurrido					
Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir					
Deseé no encontrarme nunca más en esa situación					
Dejé que mis amigos me echaran una mano					
Me convencí que las cosas no eran tan malas como parecían					
Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más					
Oculté lo que pensaba y sentía					

Supe lo que había que hacer, así que doble mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran					
Me recriminé por permitir que esto ocurriera					
Dejé desahogar mis emociones					
Deseé poder cambiar lo que había sucedido					
Pasé algún tiempo con mis amigos					
Me pregunté que realmente era importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo					
Me comporté como si nada hubiera pasado					
No dejé que nadie supiera cómo me sentía					
Mantuve mi postura y luché por lo que quería					
Fue un error mío y tendría que sufrir las consecuencias					
Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron					
Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes					
Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto					
Me fijé en el lado bueno de las cosas					
Evité pensar o hacer nada					
Traté de ocultar mis sentimientos, me consideré capaz de afrontar la situación					



Viña del Mar,

Señora:

María Mercedes Mena

Presidenta Fundación Crohn & Colitis Ulcerosa Junto a ti.

Presente

De mi consideración:

La escuela de Psicología de la Universidad de las Américas contempla la realización de un Trabajo de Título durante la formación en pregrado para sus estudiantes de la carrera de Psicología.

Por esta razón, nuestra escuela se permite solicitar a su institución la posibilidad de autorizar a la Licenciada Kerstin Ponce Fisher, Rut 10.998.585-6, a realizar una investigación sobre "Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria Intestinal", a través de la aplicación del cuestionario adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento

Sin otro particular y esperando una buena acogida de nuestra solicitud,

Saludan atentamente a usted.

Kerstin Ponce F.
Alumna investigadora

Boris Cajas Luna
Profesor guía investigación



Viña del Mar, 11 de Julio de 2017



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es conducida por la Licenciada en Psicología Kerstin Ponce Fisher, alumna tesista de la Carrera de Psicología, de la Universidad de las Américas. El objetivo del presente estudio es, es conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento psicológicas, que emplean las personas diagnosticadas con alguna Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas del instrumento adjunto:

- La participación en este estudio es voluntaria.
- El tiempo empleado en la administración del instrumento, no tardara más allá de 10 minutos.
- La información recopilada será **CONFIDENCIAL**, por lo que no se utilizará para ningún otro propósito fuera del alcance de esta investigación.
- Sus respuestas al cuestionario, serán **ANÓNIMAS**.
- Si posee alguna duda sobre el instrumento, puede realizar las preguntas pertinentes

Agradecemos su Atención

Link base de datos / Hoja de respuestas

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1_JqnEPpMwPD1xAbSP_kHC0Zxl02Ic16gYIGv5Dil3do/edit?ts=5949c28a#gid=1813568712

docs.google.com

Estrategias de afrontamiento (respuestas)

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Formulario Complementos Ayuda

Comentarios Compartir

Marca temporal

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Marca temporal	Edad en años	Sexo	Estado Civil	N° de miembros del grupo	Nivel de Estudio	Ocupación	***Tiempo que lleva con el	Tipología de EIT
2	20/06/2017 15:26:20		39 Mujer	casado(a)		4 9. Universitaria completa	4.- Empleado administrativo	4 meses	Colitis Ulcerosa
3	20/06/2017 22:14:12		17 Hombre	Soltero(a)		4 9. Universitaria completa	Fuerzas Armadas	4 meses	Colitis Ulcerosa
4	21/06/2017 9:11:15		35 Hombre	casado(a)		3 7. Técnica superior comp	4.- Empleado administrativo	5 años	Crohn
5	21/06/2017 15:53:38		31 Hombre	Soltero(a)		3 7. Técnica superior comp	4.- Empleado administrativo	3 meses	Colitis Ulcerosa
6	21/06/2017 15:56:45		35 Hombre	Viudo/a		4 7. Técnica superior comp	4.- Empleado administrativo		3 Colitis Ulcerosa
7	22/06/2017 13:25:59		29 Hombre	Soltero(a)		3 9. Universitaria completa	constructor civil	2 meses	Colitis Ulcerosa
8	22/06/2017 13:29:43		27 Mujer	casado(a)		2 10. Postgrado, magister,	5.- Ejecutivo medio	1 año y medio	Colitis Ulcerosa
9	22/06/2017 13:33:48		28 Mujer	Soltero(a)		3 10. Postgrado, magister,	4.- Empleado administrativo	1 año	Crohn
10	22/06/2017 13:37:02		34 Mujer	casado(a)		4 10. Postgrado, magister,	Profesora diferencial	9 meses	Colitis Ulcerosa
11	22/06/2017 13:38:49		40 Mujer	Soltero(a)		2 7. Técnica superior comp	4.- Empleado administrativo	10 años	Colitis Ulcerosa
12	22/06/2017 13:39:07		40 Hombre	Soltero(a)		2 8. Universitaria incompleta	5.- Ejecutivo medio	1 año	Colitis Ulcerosa
13	22/06/2017 13:46:43		36 Hombre	Soltero(a)		6 8. Universitaria incompleta	1.- Trabajos menores oca	Un año cuatro meses	Colitis Ulcerosa
14	22/06/2017 13:47:48		49 Mujer	Divorciado/a	Somos tres	7. Técnica superior comp	1.- Trabajos menores oca	Un año	Crohn
15	22/06/2017 13:50:04	45 años	Mujer	Divorciado/a	uno	7. Técnica superior comp	independiente	8 días	Colitis Ulcerosa
16	22/06/2017 13:54:28		34 Mujer	casado(a)		4 10. Postgrado, magister,	Educadora de Parvulos,		7 Colitis Ulcerosa
17	22/06/2017 13:57:04		35 Mujer	Soltero(a)		4 9. Universitaria completa	1.- Trabajos menores oca	2 meses	Crohn
18	22/06/2017 13:57:25		31 Mujer	Soltero(a)		4 5. Media completa	4.- Empleado administrativo	2 años	Colitis Ulcerosa
19	22/06/2017 13:58:13		36 Hombre	Soltero(a)		4 5. Media completa	4.- Empleado administrativo	2 años y medio	Colitis Ulcerosa
20	22/06/2017 14:02:35		32 Mujer	casado(a)		6 8. Universitaria incompleta	Dueña de casa		9 Colitis Ulcerosa
21	22/06/2017 14:02:44		40 Mujer	casado(a)		4 7. Técnica superior comp	Dueña de casa	11 años	Crohn
22	22/06/2017 14:08:27		40 Hombre	casado(a)		2 7. Técnica superior comp	4.- Empleado administrativo	5 años	Colitis Ulcerosa
23	22/06/2017 14:09:20		25 Mujer	Soltero(a)		2 7. Técnica superior comp	1.- Trabajos menores oca	1 año 9 meses	Colitis Ulcerosa
24	22/06/2017 14:13:04		31 Mujer	Soltero(a)		4 9. Universitaria completa	4.- Empleado administrativo	6 meses	Colitis Ulcerosa
25	22/06/2017 14:14:39		41 Mujer	casado(a)		2 5. Media completa	1.- Trabajos menores oca	11 años	Colitis Ulcerosa

Respuestas de formulario 1

Explora