



**Relación de las estrategias de
afrentamiento con la calidad de vida en
los pacientes con Nefritis Lúpica
Barranquilla-Colombia, 2018**

Rafael Arturo Isaza Barrios

Universidad Simón Bolívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Especialidad Médica en Nefrología
Barranquilla (Atl), Colombia
2019

Relación de las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida en los Pacientes con Nefritis Lúpica Barranquilla-Colombia, 2018

Rafael Arturo Isaza Barrios

Informe Final de Ejercicio de Investigación en la Especialidad Médica:

Nefrología

Tutor Disciplinar:

Gustavo J. Aroca Martínez

MD / Spc. Medicina Interna / Nefrología / PhD Docencia e Investigación

Tutor Metodológico:

Henry J. González-Torres

Bio / Spc. App Stat / MSc Bio (GenPop) / DrSc (C) BioMed

Universidad Simón Bolívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Especialidad Médica en Nefrología
Barranquilla (Atl), Colombia

2019

Contenido

Introducción	8
1. Problema de Investigación.....	11
1.1 Planteamiento del Problema.....	11
1.2 Justificación	13
2. Objetivos	16
2.1 Objetivo General.....	16
2.2 Objetivos específicos	16
3. Marco Teórico	17
3.1 Evaluación de las estrategias de afrontamiento.....	17
3.2 Evaluación de la calidad de vida.....	18
4. Diseño Metodológico.....	21
4.1 Tipo de Estudio	21
4.2 Área de Estudio	21
4.3 Población y Muestra.....	22
4.4 Fase de Captura de Datos	23
4.5 Fase de Análisis de Datos	25
5. Resultados	26
5.1 Caracterización de la Población.....	26
5.2 Estrategias de afrontamiento individuales	27
5.3 evaluación de la calidad de vida	27
5.4 Relacion entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida	28
6. Discusiones.....	30
7. Conclusiones	33
8. Referencias Bibliográficas	34

Lista de tablas y figuras

	<u>Pág.</u>
Tabla 1. Inventario de estrategias de afrontamiento.	23
Tabla 2. Medida de los scores de calidad de vida.	24
Tabla 3. Características de los pacientes con NL asociados al estudio.	26
Tabla 4. Resultados del inventario de estrategias de afrontamiento	27
Tabla 5. Scores de calidad de vida en pacientes con NL	28
Gráfico A y B. Relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con NL	28

Dedicatoria

Dedico este trabajo primeramente a Dios por guiarme, a mis hijos y esposa con todo cariño y amor, quienes han puesto su confianza para lograr un objetivo más en mi vida, a mis padres por su apoyo constante.

Agradecimientos

A Dios, primeramente, para él todo el reconocimiento, por darme la fortaleza en momentos de debilidad.

A mi esposa y mi hijo por acompañarme en este andar, por su paciencia, amor y apoyo incondicional y darme palabras de aliento en los momentos justos para seguir adelante.

A mis padres por enseñarme la perseverancia para lograr mis metas, a mis docentes y compañeros de especialidad quienes me enseñaron de sus conocimientos y dieron aportes importantes para alcanzar este logro.

A mi tutor de trabajo de grado, por su tiempo dedicado para lograr este proyecto. Y a todos los que me apoyaron gracias infinitas.

Resumen

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica, inflamatoria, que tiene manifestaciones clínicas muy diversas que afectan la función de distintos órganos y sistemas del cuerpo. La Nefritis Lúpica (NL), aqueja a la mayoría de pacientes con LES y esta a su vez modifica el estilo de vida y genera un impacto negativo en la calidad de vida (CV) en los diversos dominios y dimensiones de la persona.

Objetivo: Determinar la relación de las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida en los Pacientes con Nefritis Lúpica Barranquilla-Colombia, 2018.

Metodología: Estudio observacional con fines analíticos. La población objetiva fue de 65 pacientes; se realizó un muestreo aleatorio simple. Se obtuvo una muestra por 30 pacientes con diagnóstico de NL confirmado por biopsia percutánea. Se realizó un análisis de correspondencia múltiple y un análisis jerárquico de agrupamiento cruzado para evaluar las asociaciones entre ICS y QOL.

Resultados: La población reportó que el 93% fueron mujeres y 7% hombres. La edad promedio fue de 31 años, siendo el 36 % jóvenes, el 60% edad adulta y el 3,3% edad de vejez. La edad promedio del diagnóstico de la enfermedad fue a los 26 años. Las estrategias de afrontamiento activas o estrategias orientadas a la acción fueron las ICS más utilizadas: resolución de problemas (14,4%), apoyo social (14%) y reestructuración cognitiva (13,5%). los pacientes revelaron una baja calidad de vida (<59%). El análisis cruzado entre CV y Estrategias de Afrontamiento sugiere que existe una asociación entre estos dos aspectos en pacientes con LN. Así mismo que la relación entre las estrategias y la CV es dinámica.

Conclusiones: Los pacientes con NL exteriorizan una baja calidad de vida (<59%); las estrategias de afrontamiento tienen una influencia significativa sobre la calidad de vida en pacientes con nefritis lúpica.

Palabras clave: Nefritis lúpica, estrategias de afrontamiento, calidad de vida, lupus eritematoso.

Abstract

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune, chronic, inflammatory disease that has very diverse clinical manifestations that affect the function of different organs and systems of the body. Lupus Nephritis (NL) afflicts the majority of patients with SLE and this in turn modifies the lifestyle and generates a negative impact on the quality of life (CV) in the various domains and dimensions of the person.

Objective: To determine the relationship of Coping Strategies with the Quality of Life in Patients with Lupus Nephritis Barranquilla-Colombia, 2018.

Methodology: Observational study for analytical purposes. The target population was 65 patients; a simple random sampling was performed. A sample was obtained for 30 patients with a diagnosis of NL confirmed by percutaneous biopsy. A multiple correspondence analysis and a hierarchical cross-grouping analysis were performed to evaluate the associations between ICS and QOL.

Results: The population reported that 93% were women and 7% men. The average age was 31 years, being 36% young, 60% adult and 3.3% old age. The average age at diagnosis of the disease was 26 years. The active coping strategies or action-oriented strategies were the most used ICS: problem solving (14.4%), social support (14%) and cognitive restructuring (13.5%). The patients revealed a low quality of life (<59%). The cross-analysis between CV and Coping Strategies suggests that there is an association between these two aspects in patients with LN. Likewise, the relationship between the strategies and the CV is dynamic.

Conclusions: Patients with NL show a low quality of life (<59%); Coping strategies have a significant influence on the quality of life in patients with lupus nephritis.

Keywords: Lupus nephritis, coping strategies, quality of life, lupus erythematosus.

Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica, inflamatoria, que tiene manifestaciones clínicas muy diversas que afectan la función de distintos órganos y sistemas del cuerpo [1], cuya prevalencia varía con la edad, el sexo y la raza; afecta predominantemente a mujeres jóvenes en edad fértil, particularmente de origen afroamericanas [2]. La Nefritis Lúpica (NL), aqueja a la mayoría de pacientes con LES, se presenta cuando los anticuerpos y complementos se acumulan causando inflamación y modificaciones de la función renal. Una vez que se complica la enfermedad, se convierte en síndrome nefrítico y puede avanzar rápidamente hasta llegar a la enfermedad renal[3]. La NL es una enfermedad que debido a su naturaleza multisistémica y crónica modifica el estilo de vida y genera un impacto negativo en la calidad de vida (CV) en los diversos dominios y dimensiones de la persona, como la actividad física y mental, las relaciones interpersonales, el trabajo y la actitud en general hacia la vida [4].

Los pacientes con NL son sometidos a muchos estudios y medicamentos que pueden llegar afectar la parte emocional de ellos. Durante el padecimiento de la enfermedad se acompaña de estrés y ansiedad que pueden afectar la adherencia al tratamiento; las personas que experimentan estos estados emocionales han perdido el interés, llegando a no importarles, pues consideran que ya se encuentran mal y piensan que el tratamiento médico no cambiará las cosas [5]. Mientras tanto, la depresión y los trastornos de ansiedad se diagnostican con relativa frecuencia en pacientes con enfermedades crónicas. Estos trastornos mentales pueden ser síntomas o manifestaciones de algunas enfermedades crónicas, o consecuencias del agotamiento psicológico de sufrir de ellos[6].

Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales

y contribuyendo a su fortalecimiento [7]. El afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar; el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas [8].

Las estrategias, propuestas por Lazarus y Folkman[10] son conocidas como el afrontamiento dirigido a la acción, que son actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema, y el afrontamiento dirigido a la emoción, que son las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar, "En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno[9]. Por otro lado la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica y social y el grado de funcionamiento que tiene para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la movilidad y el bienestar emocional[10].

Schwartzmann [12] nos habla de calidad de vida, y una de las características que más emplea es la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades para sobrevivir[11]. La percepción de CVRS en pacientes con enfermedades crónicas como el LES y las enfermedades reumáticas en edades más tempranas como la niñez y la adolescencia puede vulnerar de manera significativa el desarrollo psicoevolutivo, afectando la autoimagen y los procesos de socialización, de adaptación y más adelante la vida laboral y profesional[12].

Cada paciente con NL tiene una percepción diferente hacia la enfermedad y en ocasiones se les hace muy difícil afrontarla, esto los lleva a presentar síntomas psicológicos como el estrés y ansiedad. Tanto es el estrés y la ansiedad que no logran mantener una buena adherencia al tratamiento y cuidado de su salud. El

individuo maneja diferentes estilos y recursos para enfrentarse a las situaciones a que son expuestos debido a la enfermedad, y la manera en que los utilice dependerá si puede enfrentar o no la situación. Por lo que resulta necesario evaluar las estrategias de afrontamiento de los pacientes con NL, para luego realizar un adecuado manejo psicológico y lograr el mejoramiento y la buena adherencia hacia la enfermedad.

1. Problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica que hace parte del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles, puede aparecer en cualquier etapa de la vida, pero particularmente se manifiesta con más frecuencia en las mujeres durante la edad fértil.

A pesar de que la patogénesis de la enfermedad aún no es clara, se considera un reto para la investigación por su compleja patología y su evolución clínica tan variada que está influenciada por factores genéticos, medioambientales, hormonales, entre otros, que dan lugar a las alteraciones propias de la enfermedad. Entre las manifestaciones clínicas más complejas y avanzadas que se presentan con mayor frecuencia en las personas diagnosticadas con esta enfermedad se encuentra la nefritis lúpica, ésta suele marcar el pronóstico de los pacientes con lupus eritematoso sistémico [13,14].

La nefritis lúpica (NL) se considera como el deterioro continuo de la anatomía y función renal, iniciando desde una etapa asintomática (proteinuria leve) progresivamente el desarrollo de una glomerulonefritis hasta llegar a la insuficiencia renal, la rapidez del desarrollo de esta complicación dependerá del estado del paciente. La prevalencia depende del grupo etario y el compromiso de la enfermedad, siendo más frecuente en adultos jóvenes en un 39% y menos frecuente en adultos mayores de 50 años en un 22%, con respecto a la mortalidad en un estudio europeo con 1000 pacientes, se ha encontrado la diferencia de supervivencia de 10 años menores en pacientes que padecen NL que los pacientes que no la desarrollaron durante el estudio. Del 40 al 75% de los pacientes diagnosticados con nefritis lúpica presentan cambios clínicos significativos que indican la lesión renal,

mientras que algunos de ellos presentan únicamente cambios histológicos, a esto se le denomina nefritis lúpica silente[15].

Los pacientes que presentan enfermedades crónicas como el LES, tienen la necesidad de generar estrategias que los ayuden a enfrentarse a un complejo grupo de situaciones que pueden ser muy estresantes para el manejo de su enfermedad desde visitas médicas, uso y administración constante de medicamentos no exentos de toxicidad, dolor y cansancio, la carga de ansiedad, sumado a las propias manifestaciones de la enfermedad hacen que la calidad de vida tanto física como psicológica se vea afectada, lo que conlleva a ocasionar un alto riesgo de generar alteraciones conductuales y sociales. Estos pacientes que elaboran una representación de su enfermedad en base a lo que viven ellos y las experiencias de terceros además de una percepción basada en la conciencia o no de su enfermedad que se relaciona directamente con la capacidad que tendrá el paciente o no de realizar cambios positivos [16,17].

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, existe una dicotomía donde una de ellas es que el paciente tome la situación y la convierta en algo constructivo lo que favorece a desarrollar habilidades focalizadas en la solución del problema. Por otro lado, se encuentran aquellas situaciones donde no es posible hacer nada y se desarrolla la aceptación, esta favorece a las habilidades focalizadas en las emociones. Sin embargo, existen conceptos más actualizados de esta teoría donde se anexa una escala más dinámica planteada por Folkman y Lazarus [10] donde se evalúan 8 aspectos. Dentro de ésta se encuentra la confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social [18].

Por lo general, las manifestaciones psiquiátricas en los pacientes con LES tales como los trastornos de la ansiedad y estados confusionales son necesarias de considerar como factores que afectan directamente la calidad de vida de los pacientes [19]. A pesar que en los pacientes con LES la salud física se ve más

vulnerada que la salud emocional, el hecho de que la calidad de vida en relación con la enfermedad se encuentre afectada puede ocasionar que quienes padecen LES tengan dificultad para adherirse a al tratamiento, lo que empeora el pronóstico de enfermedad [20–22].

Las estrategias de afrontamiento son entonces un factor de gran importancia pues involucra aspectos mentales que desde una visión global del paciente puede ayudar a una mejor calidad de vida y conciencia de la enfermedad que en conjunto con un tratamiento médico adecuado, unos manejos psicológicos bien enfocados facilitarían los cambios positivos en el desarrollo de la enfermedad.

Por lo anteriormente descrito surgió el siguiente interrogante, al cual se le da respuesta en la presente investigación;

¿Cuál es la relación de las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida en los Pacientes con Nefritis Lúpica Barranquilla-Colombia, 2018?

1.2 Justificación

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que afecta múltiples sistemas del ser humano, manifestándose principalmente a nivel cutáneo, siendo la afección renal quien le confiere un pronóstico especial, tiene una historia natural impredecible y en ocasiones mortal. Actualmente con el uso de corticoides, antihipertensivos, antibióticos e inmunosupresores en el tratamiento se ha cambiado el curso natural de la enfermedad y se ha logrado disminuir considerablemente su mortalidad. Cuando los pacientes no responden al tratamiento farmacológico, en casos graves, son sometidos a terapias sustitutivas de la función renal, con posibilidad de ser trasplantado. Esta enfermedad cambia la calidad de vida del paciente, experimentan cambios físicos, emocionales, conductuales entre otros, que los lleva a utilizar estrategias de afrontamiento para adaptarse a un nuevo estilo de vida con el fin de mejorar o evitar la progresión de la enfermedad [16].

El identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento en pacientes con nefritis lúpica nos lleva a entender las condiciones en que un paciente hace frente de forma funcional o no la enfermedad, ya que el adecuado manejo y control de un estímulo generador de estrés, disminuye signos emocionales negativos como la ansiedad o la depresión, entre otros; en este sentido, estrategias de tipo activo promueven un alto bienestar psicológico [23]. Por tanto, el propósito del estudio es identificar la existencia o no de la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes y su bienestar psicológico, lo que, en principio, proporcionara información acerca de la manera como esta población afronta tanto la enfermedad como las dificultades a las que está expuesta [24].

Por consiguiente, el generar conocimiento al respecto puede ser útil como herramienta para elaborar programas de apoyo para todos los pacientes que sean diagnosticados con nefritis lúpica, dicho programa estaría dirigido a desarrollar y fortalecer la utilización de estrategias de afrontamiento que tienen relación con altos niveles de bienestar psicológico. Todo con el fin de que los pacientes se adapten de manera adecuada a la enfermedad.

Según los miembros del Subcomité de Enfermedades Renales del ACR, los pacientes con nefritis lúpica, presentan una pobre calidad de vida. El valor promedio total no excede de 59% donde los puntajes más altos están asociados a relaciones interpersonales (66.7%), autodeterminación (69%) e inclusión social (64.3%) [4].

Por otro lado, Inmaculada Sánchez y cols et al [16]. del Departamento de Anatomía Patológica de la Clínica Puerta de Hierro Madrid revela que a pesar del reconocimiento del LES como una enfermedad grave con un importante impacto en la vida, los pacientes presentan trastorno depresivo hasta en el 39% y la ansiedad como reacción al diagnóstico en el 24% de los casos [16]. Así mismo fue evaluado en la revista cubana de medicina militar, que estudió una población de adultos mayores con terapia de remplazo renal; donde se halló porcentaje de depresión

bastante alto (23 pacientes= 76,6 % del total de pacientes) en que poco más del 50 % tenían una pobre calidad de vida [24].

La universidad Austral de Chile comprobó que los pacientes con enfermedades crónicas en un 54,5% tienen una dimensión del rol emocional calificado como regular por interferencia a realizar sus trabajos u otras actividades, además del rendimiento menor y disminución de esmero a las actividades cotidianas [25].

Entonces, se demuestra así que la enfermedad renal por lupus ha tenido un importante incremento en la estadística mundial de morbilidad, lo cual se convierte en una amenaza, condición que hace vulnerable al paciente a experimentar a diferentes fenómenos psicológicos y/o psiquiátrico, tales como el estrés y la depresión debido a la disminución en la sensación de control personal; que hace que durante el curso de la enfermedad afloren en sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión y frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados tanto por el paciente como por sus familiares. Tal es así que es importante el afrontamiento que utiliza este para anticipar el impacto que pueda ocasionar en la persona, algunas de estas aceptan el hecho de que tienen una enfermedad terminal y necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas; otras, en cambio, pueden tener problemas para adaptarse a los desafíos de esta [26].

La investigación se llevará a cabo con pacientes que se encuentren hospitalizados en la clínica de la costa lo que aportara información acerca de los procesos que subyacen a la hora de afrontar una enfermedad generadora de estrés; y cómo estos procesos están implicados en la utilización de una serie de recursos cognitivos que se reflejan en el uso de una determinada estrategia de afrontamiento, la cual puede tener relación con el bienestar psicológico. Esta información puede permitir una comprensión del comportamiento del paciente al abordar los problemas y situaciones subyacentes a la enfermedad, y servir de herramienta para complementar intervenciones individuales. De esta manera, la investigación deriva en conocimiento para la disciplina médica y su ejercicio.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Determinar la relación de las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida en los Pacientes con Nefritis Lúpica Barranquilla-Colombia, 2018.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la población objeto de estudio con nefritis lúpica.
- Describir el inventario de las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con NL.
- Describir los aspectos relacionados con la Percepción de la Calidad de Vida en los pacientes que sufren NL
- Establecer la relación entre las Estrategias de Afrontamientos y la percepción de Calidad de Vida en los pacientes con NL.

3. Marco Teórico

3.1 Evaluación de las estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente.

Las estrategias de afrontamiento se describen en el Inventario hecho por Cano y cols. (2007), tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias. En estas el paciente describe de manera detallada la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita. Al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento.

Las ocho escalas primarias son las siguientes [27]:

- 1) **Resolución de problemas** estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce
- 2) **Reestructuración cognitiva** estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante
- 3) **Apoyo social** estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional
- 4) **Expresión emocional** estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés
- 5) **Evitación de problemas** estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante
- 6) **Pensamiento desiderativo** estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante
- 7) **Retirada social** estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el

proceso estresante.

- 8) **Autocrítica** estrategias basadas en la autoinculpación y la auto crítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo

3.2 Evaluación de la calidad de vida

Es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental, por lo tanto, el significado de calidad de vida es complejo, ya que cuenta con definiciones que van desde la sociología, a las ciencias, política, medicina, estudios del desarrollo, entre otros.

Hay más tipos de condiciones de vida:

- Condiciones económicas
- Condiciones sociales
- Condiciones políticas
- Condiciones de salud
- Condiciones naturales

La calidad de vida se evalúa analizando cinco áreas diferentes. Bienestar físico (con conceptos como la salud, seguridad, bienestar material (haciendo alusión a ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.), bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), desarrollo (productividad, contribución, educación) y bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad).

Un indicador comúnmente usado para medir la calidad de vida es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), establecido por las Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo de los países a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), cuyo cálculo se realiza a partir de las siguientes variables

La calidad de vida la definimos de acuerdo a Verdugo y col (2009) [28]. Este diseño un instrumento multidimensional centrado en el contexto y se evalúan ocho aspectos:

1. **Bienestar Emocional (BE)** hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.
2. **Relaciones Interpersonales (RI)** relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.
3. **Bienestar Material (BM)** tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (pensión, ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).
4. **Desarrollo Personal (DP)** se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/Capacidades, Acceso a nuevas tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).
5. **Bienestar Físico (BF)** tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.
6. **Autodeterminación (AD)** decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y preferencias personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.
7. **Inclusión Social (IS)** ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas.

Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.

8. **Derechos (DE)** ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

4. Diseño Metodológico

4.1 Tipo de estudio

El presente estudio es Observacional con fines analíticos, la selección de la población estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de LES con compromiso renal, bajo seguimiento por el Servicio de Nefrología de la institución. El diagnóstico de LES, se realizó de acuerdo a los criterios diagnósticos del ACR (American College of Rheumatology)[29]. Los pacientes debían estar registrados en el Registro de Nefropatía de Colombia (NEFRORED ©)[30]. No se incluyeron pacientes en terapia dialítica o con información de registro y seguimiento incompleta; la población objetiva fue de 65 pacientes. Para seleccionar el tamaño de muestra se realizó un muestreo aleatorio simple. Finalmente, se obtuvo una muestra compuesta por 30 pacientes con diagnóstico de NL confirmado por biopsia percutánea. Se indicó biopsia renal según los criterios establecidos en el consenso de grupo de enfermedades autoinmunes sistémicas (GEAS) de la Sociedad Española de Nefrología (SEN)[31]. Todos los pacientes firmaron su consentimiento informado para aportar la información en la investigación.

4.2 Área de estudio

Barranquilla, es la capital del departamento del Atlántico, Colombia. Está ubicada sobre la margen occidental del río Magdalena a 7,5 km de su desembocadura en el mar Caribe. La población de Barranquilla es de 1 228 621 personas, lo que la convierte en la cuarta ciudad más poblada del país detrás de Bogotá, Medellín y Cali. La ciudad es el núcleo del Área Metropolitana de Barranquilla, la cual está constituida además por los municipios de Soledad, Malambo, Galapa y Puerto Colombia. El conglomerado alberga a 2050127 habitantes, y ocupa también la cuarta posición entre las conurbaciones del país.

La salud en Barranquilla, al igual que en toda Colombia se rige por la legislación vigente (Ley 100 de 1993) y es regulada por el Ministerio de la Protección Social.

En el ámbito local, está a cargo de dos instituciones estatales, la Secretaría de Salud, que depende de la Alcaldía Distrital y, desde el 13 de diciembre de 2012, MiRed IPS asumió la operación de la red pública de hospitales.

Otras instituciones son la Cruz Roja Colombiana, la Defensa Civil Colombiana, que se encarga de emergencias, calamidades y desastres de origen natural, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), encargado de la protección integral de la familia y la niñez.

El distrito cuenta con 4 hospitales (General de Barranquilla, Nazareth, La Manga y Camino Adelita de Char), 6 unidades materno-infantiles, 19 centros de salud y 28 puestos de salud. En cada localidad de la ciudad existe un centro o puesto de salud. Estas instituciones pueden prestar servicios de primer y segundo nivel de atención, a excepción del Hospital Pediátrico, que presta servicios de tercer nivel parcial. Además, en la ciudad funcionan clínicas privadas que atienden altos niveles de complejidad (3 y 4) y múltiples especialidades médicas.

4.3 Población y Muestra

La población estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de LES con compromiso renal, bajo seguimiento por el Servicio de Nefrología de la institución.

El diagnóstico de LES, se realizó de acuerdo a los criterios diagnósticos del ACR (American College of Rheumatology)[29]. Los pacientes debían estar registrados en el Registro de Nefropatía de Colombia (NEFRORED ©)[30].

No se incluyeron pacientes en terapia dialítica o con información de registro y seguimiento incompleta; la población objetiva fue de 65 pacientes. Para seleccionar el tamaño de muestra se realizó un muestreo aleatorio simple.

Finalmente, se obtuvo una muestra compuesta por 30 pacientes con diagnóstico de NL confirmado por biopsia percutánea. La biopsia renal fue indicada según los

criterios establecidos en el consenso de grupo de enfermedades autoinmunes sistémicas (GEAS) de la Sociedad Española de Nefrología (SEN)[31].

Todos los pacientes firmaron su consentimiento informado para aportar la información en la investigación.

4.4 Fase de captura de datos

El inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) se utilizó para evaluar ICS en pacientes con LN. Un instrumento diseñado a partir del inventario de Folkman y Lazarus (1980) [32] y adaptado por Cano et al (2006) [33]. El CSI tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias principales distribuidas en 40 ítems que mide el grado de uso de ICS y permite evaluar dos tipos de ICS:

(a) Estrategias de afrontamiento activas o estrategias orientadas a la acción: resolución de problemas (PS), expresar emociones (EE), reestructuración cognitiva (CR) y apoyo social (SS). Y (b) estrategias de afrontamiento pasivas o no orientadas a la acción: autocrítica (SC), ilusiones (WT), evitación de problemas (PA) y retraimiento social (SW). Las ocho estrategias principales representan el 61% de la varianza con coeficientes alfa entre 0.63 y 0.89[33].

La persona comienza describiendo la situación estresante en detalle. A medida que avanzamos en la introducción, se pueden aplicar procedimientos cualitativos severos de análisis a la descripción. Luego, el sujeto responde 40 ítems, de acuerdo con una escala de tipo Likert de cinco puntos (de "nunca usado" a "siempre usado"), con respecto a la frecuencia que tenían en la situación descrita en cada ítem (Tabla 1).

Tabla 1 Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Tipo de Estrategias	Estrategia de Afrontamiento Individua	Ítems
Estrategia de	Resolución de Problemas	01+09+17+25+33

Afrontamiento Activo	Expresión de emociones	03+11+19+27+35
	Reestructuración Cognitiva	06+14+22+30+38
	Soporte Social	05+13+21+29+37
Estrategia de Afrontamiento Pasiva	Autocritica	02+10+18+26+34
	Pensamiento Desiderativo	04+12+20+28+36
	Evitación de Problemas	07+15+23+31+39
	Alejamiento Social	08+16+24+32+40

Para evaluar la CV en este estudio se utilizó la escala GENCAT, la escala GENCAT se utilizó para evaluar la CV[34]. Esta escala tiene valores de confiabilidad apropiados en términos de consistencia interna ($\alpha = .91 \pm 6.92$) para la escala total. Se compone de 69 elementos distribuidos en ocho dominios e indicadores centrales que definen operacionalmente cada dominio de calidad de vida: bienestar emocional (BE), relaciones interpersonales (RI), bienestar material (BM), desarrollo personal (DP), bienestar físico (BF), autodeterminación (AD), inclusión social (IS) y derechos (RI) [34,35].

Se obtiene una puntuación directa total para cada dimensión. Para obtener este puntaje directo total, se deben sumar todas las respuestas (1-2-3-4) para los ítems que corresponden a cada una de las ocho dimensiones. Se utiliza una tabla de índice según el grupo al que pertenece la persona que se está analizando para obtener la puntuación estándar y el percentil. La suma de los puntajes estándar para las ocho dimensiones da como resultado el Índice de calidad de vida (o puntaje estándar compuesto) y el percentil[34,35] (tabla 2).

Table 2 Medida de los scores de Calidad de Vida

Score Directo	Percentile	Cualitativa
0.00 – 1.99	00 – 59%	Pobre CV
2.00 – 2.5	60 – 69%	Aceptable CV
2.51 – 3.00	70 – 79%	Buena CV
3.01 – 3.50	80 – 95%	Muy Buena CV
3.51 – 4.00	96 – 100%	Excelente CV
CV Calidad de Vida		

4.5 Fase de Análisis de datos

Las variables categóricas se analizaron a través de frecuencias absolutas y relativas. El rango, la media y la moda se usaron para analizar las variables continuas. Se utilizaron un análisis de correspondencia múltiple y un análisis jerárquico de agrupamiento cruzado para evaluar las asociaciones entre ICS y QOL. Los datos se almacenaron en una base de datos MySQL® y se exportaron al software estadístico R-CRAN^[36], en el que se realizó el análisis.

5. Resultados

5.1 Caracterización de la Población

La población de estudio fue de 30 pacientes con nefritis lúpica; 28 (93.3%) mujeres y 2 (6.7) hombres, como se observa en la tabla 1. La edad promedio fue de 31 años, siendo el 36 % jóvenes (14-26 años), el 60% pertenecen a la edad adulta (27 - 59 años) y el 3,3% en edad de vejez (60- años) como se puede observar en la tabla 2. En general, la enfermedad de estos pacientes comienza desde muy temprana edad. Al 30 % de los participantes se les diagnosticó en la adolescencia, al 23,3% en la juventud y al 46,7 % en la edad adulta como se muestra en la tabla 3, por lo cual es importante resaltar que es una enfermedad que puede ser diagnosticada a temprana edad.

La edad promedio del diagnóstico de la enfermedad es a los 26 años. En cuanto a sus profesiones los jóvenes se encuentran estudiando en la universidad, los hombres adultos trabajan de manera independiente, y entre las mujeres adultas algunas trabajan y otras son ama de casa.

Tabla 3 Características de los pacientes con NL asociados al estudio

Edad, Media y Desviación estándar (años)	31 ± 11
Edad promedio de diagnóstico, media, desviación estándar	26 ± 11
Mujeres, (%)	28 (93%)
Hombres, (%)	2 (7%)
Distribución por clases de Nefritis lúpica	
III, (%)	3 (10%)
IV, (%)	27 (90%)

5.2 Estrategias de afrontamiento individuales

El examen de las frecuencias para cada estrategia de afrontamiento (Tabla 4) sugiere que las ocho estrategias identificadas por el grupo total de pacientes son probablemente representativas de lo que los individuos con LN hacen comúnmente para hacer frente a las reacciones negativas de otros a su enfermedad. La resolución de problemas, el ICS más utilizado, fue utilizado por

Las estrategias de afrontamiento activas o las estrategias orientadas a la acción fueron las ICS más utilizadas: resolución de problemas (14,4%), apoyo social (14%) y reestructuración cognitiva (13,5%).

Tabla 4 Resultado del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Tipo de Estrategias	Estrategia de Afrontamiento Individua	Media \pm SD	IC95%
Estrategia de Afrontamiento Activo	Resolución de Problemas	14,43 \pm 4,01	1,50
	Expresión de emociones	12,77 \pm 3,90	1,46
	Reestructuración Cognitiva	13,53 \pm 4,67	1,75
	Soporte Social	13,53 \pm 4,67	1,75
Estrategia de Afrontamiento Pasiva	Autocritica	6,93 \pm 5,46	2,04
	Pensamiento Desiderativo	12,93 \pm 4,33	1,62
	Evitación de Problemas	9,60 \pm 3,53	1,32
	Alejamiento Social	6,93 \pm 4,44	1,66

5.3 Evaluación de la calidad de vida

La Tabla 5 muestra las puntuaciones directas medias en los ocho dominios de la escala CV GENCAT para el grupo total de pacientes. En general, los pacientes revelaron una baja calidad de vida (<59%).

Tabla 5 Scores de Calidad de Vida en los pacientes con NL

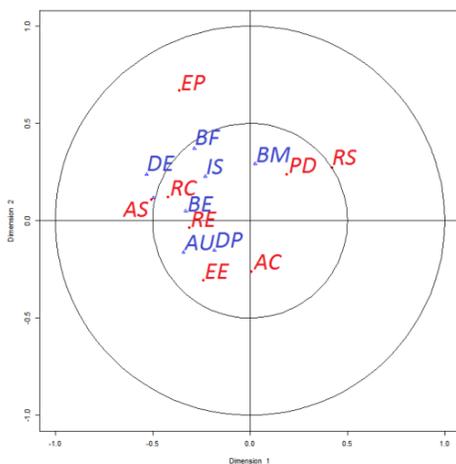
Dominios de la Calidad de Vida	Scores Directos	
	Promedio (SD)	I.C. 95%
Bienestar Emocional	26,77±3,78	1,41
Relaciones Interpersonales	31,83±3,89	1,45
Bienestar Material	25,07±4,86	1,81
Desarrollo Personal	25,60±4,42	1,65
Bienestar Físico	25,77±3,22	1,20
Autodeterminación	31,10±4,95	1,85
Inclusión Social	25,87±4,35	1,63
Derechos	34,23±6,30	2,35

Los pacientes tenían las percepciones más fuertes sobre los derechos ($x = 34.23$) y las relaciones interpersonales ($x = 31.83$). Los puntajes más bajos fueron los siguientes: bienestar material ($x = 25$), desarrollo personal ($x = 25.6$) y bienestar físico ($x = 25.7$).

5.4 Relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida

To obtain a clearer sense of how ICS and QOL relate to one another,

A



B

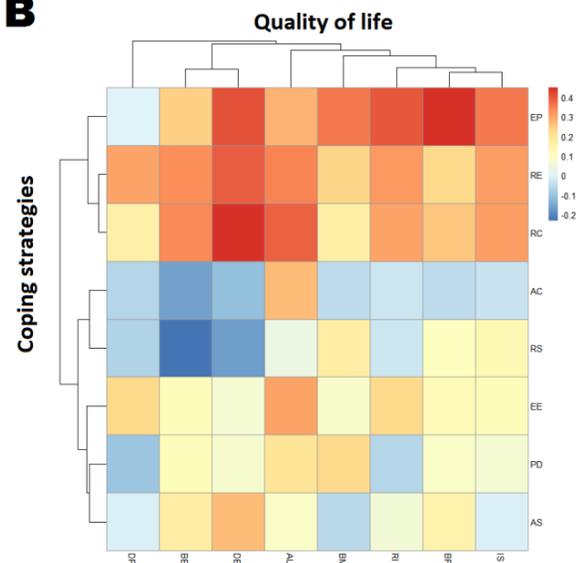


Figure 1 (A) Análisis de Correspondencias entre los Aspectos de Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento. (B) Mapa de asociación cruzada entre los conglomerados de la Calidad de Vida y los de Estrategias de Afrontamiento. RP: Resolución de Problemas, AU: Autocrítica, EE: Expresión Emocional, PD: Pensamiento Desiderativo, AS: Apoyo Social, RC: Reestructuración Cognitiva, EP: Evitación de Problema, RS: Retirada Social, BE: Bienestar Emocional, RI: Relaciones Interpersonales, BM: Bienestar Material, DP: Desarrollo Personal, BF: Bienestar físico, AU: Autodeterminación, IS: Inclusión Social, DE: Derechos.

El resultado del análisis cruzado entre CV y Estrategias de Afrontamiento sugiere que existe una asociación entre estos dos aspectos en pacientes con LN. Así mismo que la relación entre las estrategias y la CV es dinámica y que existe un agrupamiento evidenciable entre subgrupos de aspectos de la calidad de vida y subgrupos de las estrategias de afrontamiento.

6. Discusión

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES), como se ha descrito, es una enfermedad de causa desconocida, inflamatoria, crónica, autoinmune, caracterizada por autoanticuerpos. Su población objeto es aquella entre los 20 y 40 años con predominio del sexo femenino. En cuanto a la Nefritis Lúpica (NL), Leonardo Curbelo en su estudio caracterizó a los pacientes con NL pertenecientes a un hospital universitario en el periodo comprendido entre el 2012 y 2017. Reportaron que el 61,3% de los pacientes son femeninos y su edad promedio fue entre 30 y 44 años (edad media entre 37 y 42 años) [37]. En nuestra caracterización demográfica, el 93% (28 pacientes) fueron mujeres con una edad promedio de 31 años.

Por otra parte, Mariana Torres et al, en su estudio evaluó 14 pacientes con diagnóstico de NL donde el 85% fueron mujeres y su edad promedio oscilo en los 36 años [38]. En la presente investigación las pacientes también son caracterizadas como mujeres jóvenes teniendo en cuenta su edad promedio, el 36% son las más jóvenes (14-26 años) y el 60% pertenecen a la edad adulta (27-59 años). Esto es sugestivo, que cada vez la NL se desarrolla a una edad más corta, afectando así la calidad de vida de las pacientes en forma negativa.

Respecto a la calidad de vida de estos pacientes, para muchos de ellos el padecimiento de una enfermedad crónica a temprana edad es devastador y esto hace que la adherencia al tratamiento no sea tan efectiva, por lo que contar con ayuda de especialistas y manejo integral médico es de gran ayuda y sea posible que desarrollen estrategias para afrontar la enfermedad que se les ha diagnosticado, en especial cuando se hace presente una complicación de esta como lo es la nefritis lúpica. Algunos pacientes, toman estrategias de forma activa y otros de forma pasiva.

En nuestro estudio, se examinó la frecuencia con la que los pacientes se adaptaban a estrategias de afrontamiento pasivas y activas, es decir lo que probablemente los pacientes diagnosticados con nefritis lúpica hacen respecto a las reacciones negativas de otros hacia la enfermedad. Encontramos que las principales estrategias de afrontamiento activas fueron la resolución de problemas (14,4%), seguido del apoyo social (14%) y la reestructuración cognitiva (13,5%). De igual manera, Gladys Gaviria reportó en su estudio presentado en el año 2015 afirma que la teoría cognitiva, la cual se basa en principios de aprendizaje que subyacen a modelos conductuales que además incluyen pensamientos automáticos, creencias irracionales acerca de la enfermedad aportan técnicas como la reestructuración cognitiva destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de la persona utilizando la práctica de hábitos cognitivos nuevos [39].

Conforme a las estrategias de afrontamiento pasivas, se encuentran la autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y alejamiento social. Nuestro estudio, mostro que el pensamiento desiderativo fue la estrategia pasiva mayor utilizada por los pacientes (12,9%). Desde una perspectiva psicoanalítica, el pensamiento desiderativo actúa como una realidad donde los deseos tienen un gran peso, cuando se desea tanto una situación, se envía una señal al cerebro indicando que hace falta algo. Ana pascual, afirma que el uso de este tipo de estrategia supone el esfuerzo por parte del paciente por tratar de llevar una vida activa y continuar con sus actividades diarias a pesar de la enfermedad [40].

Dicho todo lo anterior, la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas a temprana edad es desafortunadamente baja, trayendo consigo multitud de complicaciones para el paciente como lo es la falta de adherencia al tratamiento, conductas agresivas o depresivas, entre otras. La escala GENCAT de calidad de vida, es un cuestionario compuesto por 69 ítems relacionados con la calidad de vida individual, los cuales son repartidos en 8 subescalas (bienestar físico, bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal,

bienestar material, autodeterminación y derechos.) correspondientes a cada dimensión del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo [41].

Los resultados de este estudio demostraron que la calidad de vida de estos pacientes esta por debajo del 59%, distribuidos de la siguiente manera: bienestar emocional 26,7%, relaciones interpersonales 31,8%, bienestar material 25%, desarrollo personal 25,6%, bienestar físico 25,7%, autodeterminación 31,1%, inclusión social 25,8%, derechos 34,2%. Lo que quiere decir que, los pacientes tenían percepción mas fuerte sobre los derechos y las relaciones interpersonales. La menor percepción lo tuvieron el bienestar material, desarrollo personal y bienestar físico.

Finalmente, en el presente estudio se llevó a cabo una correlación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con nefritis lúpica. Demostrando que la relación entre ellas es dinámica además de existir un agrupamiento evidenciable entre subgrupos de aspectos de la primera y los subgrupos de la segunda. Kristel Hilasaca, realizó una investigación acerca de la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica. Describiendo que si existe una correlación directa entre estas con resultados significativos, lo que en otras palabras podría afirmar que las enfermedades crónicas tienen un gran impacto a nivel psicológico desencadenando mecanismos de defensa para afrontar y tratar la enfermedad [42].

7. Conclusiones

Descritos los resultados del presente trabajo, es posible llegar a las siguientes conclusiones:

- Actualmente las complicaciones del LES, más específicamente la NL han tenido mayor cabida en pacientes jóvenes (14 a 26 años), sin embargo, su pico máximo se encuentra en la edad adulta (27 a 59 años)
- Las estrategias de afrontamiento principalmente utilizadas son la resolución de problemas, el apoyo social y la reestructuración cognitiva.
- Pacientes con NL exteriorizan una baja calidad de vida (<59%)
- Las estrategias de afrontamiento si tienen una influencia significativa sobre la calidad de vida en pacientes con nefritis lúpica

8. Referencias Bibliográficas

- 1 Coronado-Alvarado CD, Gámez-Saiz IL, Sotelo-Cruz N. Clinical features and comorbidities of systemic lupus, differences between children and adults. *Acta Pediatr Mex* 2018;**39**.
- 2 Silva Fernández L, Sánchez JLA, Ginzler EM. Tratamiento de la nefritis lúpica. *Reumatol. Clin.* 2008;**4**:140–51. doi:10.1016/S1699-258X(08)71823-0
- 3 Gladys Gaviria-García, Gustavo Aroca-Martínez, Gloria Lastre-Amell CS-L. Interdisciplinary care for adequate adherence to treatment in patients with lupus nephritis. *Rev Duazary* 2016;**13**:10.
- 4 Aroca Martínez G, López Eiroa P, Martínez Bayona Á, *et al.* Calidad de vida como factor determinante a la respuesta al tratamiento en Nefritis Lúpica. *Rev Latinoam Hipertens* 2017;**12**:161–6.
- 5 Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez A, Gonzáles-Sotomayor R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal Anxiety and depression on therapeutic adherence in patients with kidney disease. *Rev Psicol* 2017;**26**:1–13. doi:10.5354/0719-0581.2017.46859
- 6 Sierra Llamas CA, Donado Castillo RE, Aroca G, *et al.* Anxiety and Depression in Patients Hospitalized With Chronic Kidney Disease in Barranquilla Clinics, Colombia. *Glob J Health Sci* 2018;**10**:144. doi:10.5539/gjhs.v10n11p144
- 7 Macías MA, Orozco CM, Valle M. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicol desde el Caribe* 2013;**30**:123–45.
- 8 Contreras F, Espinosa JC, A. Esguerra G. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicol y salud* 2008;**18**:165–79.
- 9 Nava-Quiroz C, Vega-Valero CZ, Trujano RS. Escala de modos de afrontamiento: Consideraciones teóricas y metodológicas. *Univ Psychol* 2010;**9**:139–47.
- 10 Paola Andrea a, Leidy Carolina C, Cesar Armando R. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Rev Colomb Psicol* 2008;**9**:9–26.
- 11 Vinaccia S, Orozco LM. La Calidad De Vida De Personas Con Enfermedades Crónicas. *Perspect en Psicol* 2005;**1**:125–37.

- 12 Ariza K, Isaza P, Gaviria AM, *et al.* Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico - LES. *Ter Psicol* 2010;**28**:27–36. doi:10.4067/S0718-48082010000100003
- 13 Danchenko N, Satia JA, Anthony MS. Epidemiology of systemic lupus erythematosus: A comparison of worldwide disease burden. *Lupus* 2006;**15**:308–18. doi:10.1191/0961203306lu2305xx
- 14 Ordi Ros J. Reflexiones sobre el lupus eritematoso sistémico. *Semin la Fund Esp Reumatol* 2010;**11**:125–7. doi:10.1016/j.semreu.2010.04.001
- 15 González Naranjo LA, Vásquez Duque GM, Uribe Uribe O, *et al.* Nefropatía lúpica. Presentación clínica, clasificación y tratamiento. *Rev Colomb Reumatol* 2006;**13**:307–33.
- 16 Valencia P, Mora C, Rossinni Y, *et al.* Análisis de grupos focales en pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico: Una mirada cualitativa a las representaciones de la enfermedad. *Rev Colomb Reumatol* 2017;**24**:11–7. doi:10.1016/j.rcreu.2016.11.001
- 17 González-Rodríguez V, Peralta-Ramírez MI, Navarrete-Navarrete N, *et al.* Adaptación y validación de la versión española de una medida específica de la calidad de vida en los pacientes con lupus eritematoso sistémico: el Lupus Quality of Life. *Med Clin (Barc)* 2010;**134**:13–6. doi:10.1016/j.medcli.2009.04.045
- 18 Vázquez C, Crespo M, Ring JM. Estrategias de Afrontamiento. 1998;:425–36.
- 19 Asano NMJ, Coriolano M das GW de S, Asano BJ, *et al.* Comorbidades psiquiátricas em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico: Uma revisão sistemática dos últimos 10 anos. *Rev Bras Reumatol* 2013;**53**:431–7. doi:10.1590/S0482-50042013000500010
- 20 Batalla A, García-Doval I, Peón G, *et al.* Estudio de calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso cutáneo. 2013;**104**:800–6. doi:10.1016/j.ad.2013.04.005
- 21 Velásquez Franco CJ, Yepes Núñez JJ, Ariza Mendoza KL, *et al.* Estimación de la calidad de vida relacionada con la salud y medidas de utilidad en una población de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico. *Rev Colomb Reumatol* 2013;**20**:183–94. doi:10.1016/S0121-8123(13)70132-4
- 22 Valencia-Toro PA, Claudia Mora K, Ana Milena Arbeláez S, *et al.* ¿Cuál es la percepción de enfermedad de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico? Aplicación del Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-R). *Rev Colomb Reumatol* 2014;**21**:4–9. doi:10.1016/S0121-8123(14)70141-0
- 23 Figueroa MI, Contini N, Lacunza AB, *et al.* Las estrategias de afrontamiento

- y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *An Psicol* 2005;**21**:66–72.
- 24 Capote E, Casamayor Z, Castañer J. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Rev Cuba Med Mil* 2012;**41**:237–47.
 - 25 Mera S. Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006. *Univ Austral Chile* 2007.
 - 26 Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: Assessment and treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2000;**15**:1911–3. doi:10.1093/ndt/15.12.1911
 - 27 Nava Quiroz C, Méndez PO, Zaira C, *et al.* Inventory of Strategies of Coping: A replication. *Psicol y Salud* 2010;**20**:213–20.
 - 28 Verdugo Alonso MÁ, Arias Martínez B, Gómez Sánchez LE, *et al.* *Manual de aplicación de la Escala de GENCAT de calidad de vida*. Catalunya, España: : Institut Català d'Assistència i Serveis Socials 2009.
 - 29 Iraj Salehi-Abari. 2015 ACR / SLICC Revised Criteria for Diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus. *Autoimmune Dis Ther Approaches* 2015;**2**:1–5. doi:10.14437/ADTAOA-2-114
 - 30 Nefroed.
 - 31 Ruiz-Irastorza G, Espinosa G, Frutos MA, *et al.* Diagnosis and treatment of Lupus nephritis: Consensus document from the systemic auto-immune disease group (GEAS) of the Spanish society of internal medicine (SEMI) and the Spanish society of nephrology (S.E.N.). *Nefrología* 2012;**32**:1–45. doi:10.3265/Nefrologia.pre2011.Dec.11298
 - 32 Lazarus R, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: : Springer Publishing Compnay 1984.
 - 33 Elena Felipe B, León del Barco. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Int J Psychol Psychol Ther* 2010;**10**:245–57.
 - 34 Verdugo Alonso MA, Arias Martínez B, Gómez Sánchez LE, *et al.* Development of an objective instrument to assess quality of life in social services. *Int J Clin Heal Psychol* 2010;**10**:105–23.
 - 35 Carbó-Carreté M, Guàrdia-Olmos J, Giné C. Psychometric properties of the Spanish version of the Personal Outcomes Scale. *Int J Clin Heal Psychol* 2015;**15**:236–52. doi:10.1016/j.ijchp.2015.04.002
 - 36 R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. 2015.

- 37 Alberto L, Rodríguez C, Danay ID, *et al.* Características clínico patológicas de la nefritis lúpica Clinical pathological characteristics of the lupus nephritis. 2019;**23**.
- 38 Torres-bustamante M, Suárez DP-, Celis AM, *et al.* Caracterización clínica de pacientes con nefropatía lúpica en Santander, la importancia de la biopsia renal Clinical and epidemiological characterization of patients with lupus nephropathy in Santander, Colombia: the importance of the renal biopsy. 2019;**6**:122–9.
- 39 Gladys Gaviria-García, Gustavo Aroca-Martínez, Gloria Lastre-Amell CS-L. Interdisciplinary care for adequate adherence to treatment in patients with lupus nephritis. *Rev Duazary* 2016;**13**:10.
- 40 Sánchez AP, Caballo Escribano C. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: Poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enferm Glob* 2017;**16**:281–94.
doi:10.6018/eglobal.16.2.243031
- 41 Benito E, Alsinet C, Maciá A. Midiendo la calidad de vida en las personas sin hogar. *Educ Soc Rev d'intervenció socioeducativa* 2017;**66**:123–38.<https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/321365/420590>
- 42 Hilasaca Mamani KR, Sucasaca Belizario N, Aquize Anco EW. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal del hospital III base Puno – EsSalud 2019. 2019;:1–93.