

El clima familiar y el afrontamiento al estrés en adolescentes de un hospital general y sus asociaciones a la clínica de la insuficiencia renal crónica terminal

The family atmosphere and the coping to stress in adolescents of a general hospital and its associations to the clinic of end stage renal disease

María Elizabeth Chalco-Flores¹ y Jaime José Arias-Congrains²

Chalco-Flores ME, Arias-Congrains JJ. El clima familiar y el afrontamiento al estrés en adolescentes de un hospital general y sus asociaciones a la clínica de la insuficiencia renal crónica terminal. Rev Soc Peru Med Interna. 2018;31(2):86-91.

RESUMEN

OBJETIVO. Ponderar la asociación del clima familiar (CF) y el afrontamiento al estrés en adolescentes (AEA) en la clínica de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en una muestra de adolescentes de un hospital general.

MATERIAL Y MÉTODOS. Durante al año 2012 evaluamos a 36 adolescentes de ambos sexos con IRCT que se encontraban en tratamiento de diálisis peritoneal (DP), hemodiálisis (HD) y trasplante renal (TR). Se les aplicó la Escala de Clima social en la familia (ECSF) y la Escala de Afrontamiento al estrés en adolescentes (EAEA), además de registrar algunas variables sociodemográficas y clínicas. **RESULTADOS.** Al comparar los resultados obtenidos por los adolescentes con IRCT con los valores normales de las pruebas aplicadas, encontramos que el factor Conflicto de la ECSF fue el de mayor presencia y el factor Búsqueda de apoyo social de la EAE fue el menos empleado. Particularmente, los adolescentes en tratamiento de DP empleaban más la EAE de falta de afrontamiento. **CONCLUSIONES.** En el tratamiento de la IRCT debería propiciarse en sus familias un CF más funcional por ser ellas un factor de apoyo al mantenimiento de la terapia. Asimismo, deben adoptarse medidas para esclarecer y confrontar las adecuaciones de las EAE empleadas. La eficacia de estas intervenciones mejoraría el pronóstico a la IRCT.

PALABRAS CLAVES: clima familiar, afrontamiento al estrés, adolescencia, enfermedad renal crónica terminal

ABSTRACT

OBJECTIVE. To measure the association of Family Atmosphere (FA) and Stress Coping Strategies (SCS) in a sample of adolescents with end-stage renal disease (ESRD) of a general hospital. **MATERIAL AND METHODS.** During the year 2012, 36 teenagers of both genders with ESRD, under treatment with peritoneal dialysis (PD), hemodialysis (HD) and kidney transplant (KT), were evaluated with the Family Environment Scale (FES) and the Adolescent Coping Scale (ACSA), and also it was registered some sociodemographic and clinical variables. **RESULTS.** When comparing the results obtained by adolescents with ESRD with the normal values of the applied tests, we found that Conflict factor from the ECSF was the one with the greatest presence and the Search for Social Support of the SCS was the least employed. Particularly, adolescents in treatment with PD employed more the Lack of Coping of the EAE. **CONCLUSIONS.** In the treatment of the ESRD, it should be propitiated a more functional family atmosphere because the family is a support of the maintenance of the therapy.

Also, we must adopt measures to clarify and confront the adaptations of their SCS employed. The effectiveness of these interventions would provide a better prognosis of the ESRD.

KEY WORDS: Family atmosphere, coping stress, adolescence, end-stage renal disease

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una afección progresiva e irreversible de la capacidad de filtración glomerular y de la regulación de los electrolitos por la orina, entre otras funciones. En Lima se ha estimado que la tasa de casos por año de IRCT es de 22 por millón de habitantes (pmh) y en el rango de 10 y 19 años es de 45 pmh.¹

Los adolescentes con IRCT son derivados al departamento de Psicología (DP), para su evaluación y manejo, por lo cual se considera importante ahondar en el conocimiento de los factores psicológicos presentes en ellos.

1. Magister en Psicología. Departamento de Psicología, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Docente, Universidad César Vallejo.
2. Médico psiquiatra. Docente, Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La familia del paciente con IRCT contribuye significativamente en la terapia del paciente y es en ellos donde la adecuación de sus estrategias de afrontamiento al estrés (EAE) puede afectar la clínica de la IRCT. Esta es la razón por la cual se ha dirigido el trabajo a investigar estos factores.

Se mide con pruebas psicológicas la asociación que existiría entre el clima familiar (CF), las EAE y la clínica de la IRCT, y se comparan sus resultados con los baremos (tablas de valores ajustados) de estas pruebas.

Los hallazgos del presente estudio permitirían comprender mejor la asociación de estos factores con la IRCT y así propiciar un tratamiento integral con la finalidad de favorecer un mejor pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluó a 36 adolescentes con IRCT, con rango etario de 10 a 19 años de edad que eran atendidos en el departamento de Psicología del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima durante el año 2012. Se aplicaron pruebas psicológicas para medir su CF y sus EAE.

El CF se midió con la adaptación peruana de la Escala de Clima social en la familia (ECSF) de Moos B y Moos R (FES),^{2,3} la cual consta de 10 subescalas que miden los aspectos socioambientales, interpersonales, de desarrollo, la estructura básica y normativas familiares. Cuentan con una escala dicotómica de verdadero o falso. Las puntuaciones directas del CF van de 0 a 9, y 2 es la mínima diferencia con relevancia psicométrica. Las calificaciones del CF respecto al promedio son: de 0 a 4 Por debajo, de 5 a 7 Dentro y de 8 a 9 Por encima. Los rangos de las puntuaciones normalizadas de las subescalas van de 21 a 77 y 63 es el punto de corte de mayor al promedio.

Las EAE se midieron con la adaptación peruana de la Escala de Afrontamiento al Estrés para Adolescentes (EAEA) de Frydenberg y Lewis (ACS).^{4,5} Esta consta de 18 estrategias medidas con escalas tipo Likert de cinco intervalos: nunca, raras veces, algunas veces, a menudo y con mucha frecuencia, las mismas que se califican de 1 a 5. Las puntuaciones normalizadas tienen un promedio de 50 y DE de 10, donde 20 es la diferencia con relevancia psicométrica de las mismas.

Se registraron las variables sociodemográficas de edad, sexo, años de estudios y la distancia a la que vivían de Lima, y las variables clínicas de tratamiento y porcentaje de años de su vida con diagnóstico de IRCT.

Los resultados fueron analizados con el programa SPSS 15, se estimó las estadísticas descriptivas y los contrastes bivariados: la prueba t de Student (para las medias) y el ji cuadrado (para las proporciones).⁶ La significación estadística fue para una $p \leq 0,05$. El programa SPAD 5.6 se empleó para el análisis de correspondencia y fueron consideradas las variables con la mayor contribución a los factores.⁷

RESULTADOS

La edad promedio fue de 15 años (DE 2,5, rango 10 a 19). El 47,2 % fue del sexo masculino. El 25 % tenía menos de seis años de estudio y el 22,2 %, más de diez años. El 33,5 % vivía el Lima y el 38,9 %, a una distancia mayor de 500 km.

El porcentaje de años de su vida diagnosticados con IRCT menor de 14 % fue 38,9 % y mayor de 21 %, 36,1 %. El 33,3 % estaba con diálisis peritoneal (DP); el 44,4 %, con hemodiálisis (HD) y el 22,2 %, con trasplante renal (TR).

En la Tabla 1 mostramos las puntuaciones directas de las subescalas de CF de las familias de los pacientes con IRCT, donde se consideran más frecuentes: organización, conflicto, actuación y cohesión.

En la Tabla 2 se muestran las puntuaciones normalizadas de las EAE de los pacientes con IRCT. Las más usadas son preocuparse, buscar diversiones relajantes, esforzarse tener éxito y concentrarse en resolver el problema.

Tabla 1, Comparación de los promedios de las puntuaciones directas del clima familiar de adolescentes con la insuficiencia renal crónica (IRCT) y las puntuaciones de los baremos normales de la prueba

	IRCT (n =36)		Baremo normal		DM
	Media	DE	Media	DE	
• Organización	6,72	1,39	6,07	1,82	0,65
• Conflicto	6,44	1,73	2,88	1,78	3,56*
• Actuación	6,06	1,37	5,20	1,62	0,86
• Cohesión	5,81	1,31	6,86	2,00	,1,05
• Expresividad	5,72	1,37	4,83	0,68	0,89
• Autonomía	5,69	1,37	4,52	1,62	1,17
• Control	5,61	1,95	5,32	1,58	0,29
• Social, recreativo	5,25	1,42	4,07	1,43	1,18
• Moral, religiosidad	5,19	1,65	5,76	1,73	,0,57
• Intelectual, cultural	4,97	1,75	5,42	1,86	,0,45



No se encontró asociaciones significativas entre las EAE y el CF con las variables sociodemográficas ni con las clínicas: tiempo de diagnóstico y porcentaje de sus años de vida con IRCT.

En la Tabla 1 se muestra, además, el contraste de las puntuaciones directas de las subescalas de CF de las familias de nuestros pacientes con los baremos normales de la prueba de EAE.⁴ Las familias de aquellos con IRCT mostraron una presencia significativamente mayor de la subescala de Conflicto (expresión libre y abierta de la cólera, agresividad y conflicto), y esta fue la única cuya diferencia tuvo relevancia psicométrica.

Asimismo, en la Tabla 2 se muestra el contraste de las puntuaciones normalizadas de las EAE de los pacientes con los baremos normales de la prueba.² La estrategia de “buscar apoyo social” (compartir el problema con otros y buscar apoyo para su resolución), fue la menos

Tabla 2, Comparación de los promedios de las puntuaciones normalizadas de las estrategias de afrontamiento al estrés de adolescentes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), contra una muestra de adolescentes sanos

	IRCT (n = 36)		Baremo normal		DM
	Media	DE	Media	DE	
• Preocuparse	82	7,62	75,81	13,89	6,19
• Buscar diversiones relajantes	81,86	11,81	75,43	16,52	6,43
• Esforzarse y tener éxito	74,31	9,55	69,1	12,53	5,21
• Concentrarse en resolver el problema	72,11	10,28	68,98	14,85	3,13
• Fijarse en lo positivo-paredes	68,14	11,19	63,82	15,04	4,32
• Buscar pertenencia	66,67	6,34	65,81	13,79	0,86
• Buscar apoyo espiritual- paredes	61,22	10,78	55,46	15,04	5,76
• Hacerse ilusiones	60,89	7,66	59,25	13,22	1,64
• Invertir en amigos íntimos	59,14	12,01	65,04	14,22	-5,9
• Distracción física	58,72	23,32	61,51	102,72	-2,79
• Reservarlo para sí	55,42	7,87	55,87	17,15	-0,45
• Buscar ayuda profesional	50,83	18,84	46,51	17,57	4,32
• Autoinculparse	50,36	10,22	55,72	16,26	-5,36
• Acción social	49,81	10,35	40,17	13,73	9,64
• Buscar apoyo social	39,56	7,81	60,43	16,51	-20,87*
• Ignorar el problema	33,75	5,26	41,31	16,45	-7,56
• Falta de afrontamiento o no afrontamiento	33,56	6,22	41,3	14,67	-7,74
• Reducción de la tensión	28,67	5,91	39,11	12,31	-10,44

* Diferencia de las medias con relevancia psicométrica. DE: desviación estándar; DM: diferencia de medias.

Tabla 3, Proporciones las calificaciones del CF empleadas con una frecuencia mayor al promedio en función al tratamiento

	Diálisis peritoneal (n = 8)	Hemodiálisis (n = 12)	Trasplante renal (n = 16)
• Cohesión	,15	,46	,39
• Expresividad	,40	,40	,20
• Conflicto	,38	,25	,38
• Autonomía	,44	,33	,22
• Actuación	,50	,42	,08
• Intelectual-cultural	,17	,50	,33
• Social-recreativo	,38	,25	,38
• Moral-religiosidad	,14	,57	,29
• Organización	,39	,50	,11
• Control	,43	,29	,29

empleada por los adolescentes con IRCT y la única cuya diferencia tuvo relevancia psicométrica.

En la Tablas 3 y 4, se contrasta el tratamiento de la IRCT con las frecuencias del CF (mayor al promedio) y las EAE (mayor a algunas veces), respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 4, Proporciones de las EAE de adolescentes con IRCT empleadas con frecuencia mayor a algunas veces en función al tratamiento

	Diálisis peritoneal (n = 12)	Hemo-diálisis (n = 16)	Trasplante renal (n = 8)
• Concentrarse resolver el problema	,32	,43	,25
• Esforzarse y tener éxito	,34	,41	,25
• Invertir en amigos íntimos	,35	,35	,29
• Buscar pertenencia	,32	,43	,25
• Fijarse en lo positivo	,36	,39	,24
• Buscar diversiones relajantes	,34	,44	,22
• Distracción física	,41	,41	,18
• Preocuparse	,36	,42	,23
• Hacerse ilusiones	,32	,42	,26
• Falta de afrontamiento	,46	,46	,09
• Reducción de la tensión	,14	,57	,29
• Ignorar el problema	,44	,44	,13
• Autoinculparse	,26	,47	,26
• Reservarlo para sí	,24	,55	,21
• Buscar apoyo social	,41	,33	,26
• Acción social	,33	,33	,33
• Buscar apoyo espiritual	,38	,41	,22
• Buscar apoyo profesional	,37	,43	,20

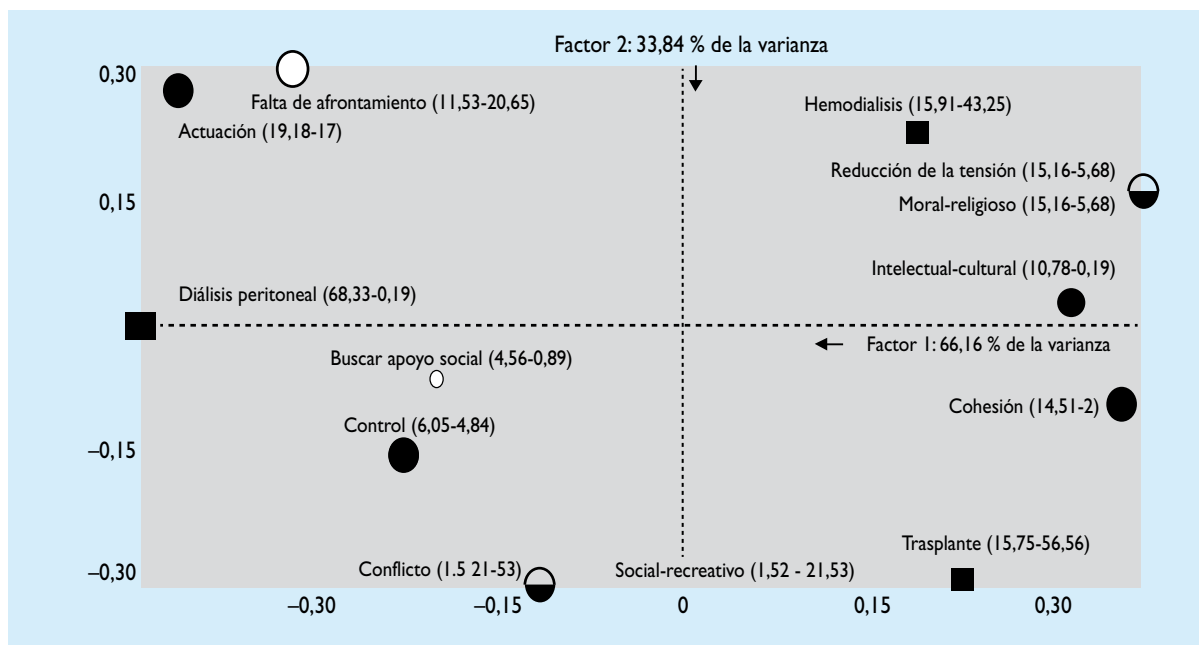


Figura 1. Análisis de correspondencia de los factores asociados al tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal.

■: tratamiento de la IRCT; ●: clima familiar; ○: estilos de afrontamiento al estrés. El tamaño de los íconos es proporcional a la contribución del factor al modelo. En paréntesis, la contribución de la variable al factor 1 y al factor 2, respectivamente.

En la Figura 1, se muestra el análisis de correspondencia de las terapias de la IRCT respecto al CF y las EAE, según las frecuencias mostradas en las Tablas 3 y 4. Se aprecia que el factor 1 (eje vertical) explica el 66,16 % de la varianza de los datos y el factor 2 (eje horizontal) el 33,84 % de la varianza restante. La DP tiene su mayor contribución al factor 1, la HD al factor 2 y el TR un poco más al factor 1 que al 2.

Las asociaciones más fuertes fueron las siguientes: DP con las EAE de Falta de afrontamiento y Buscar apoyo social y las subescalas de CF de Actuación, y Control; HD con la EAE de Reducción de la tensión y las subescala de CF de Moral-religiosidad e Intelectual cultural; y, finalmente, el TR con el CF de Cohesión, pero compartido con la DP el Social-recreativo y el CF de conflicto.

DISCUSIÓN

En una investigación⁸ donde se evaluó la calidad de vida de pacientes pediátricos con IRCT y a las de sus familias encontraron, al igual que nosotros, una mayor frecuencia de la EAE de Preocuparse. Hallazgo comprensible en consideración a la seria afectación que causa en el adolescente el diagnóstico de la IRCT y, además, esta es la estrategia que más emplean.

En una investigación en 40 adultos con IRCT, las EAE de Fijarse en lo positivo y Buscar apoyo espiritual

fueron igualmente encontradas, y, en particular, resaltan aquellas enfocadas en la emoción.⁹

La EAE de Buscar apoyo social fue la menos empleada. La diferencia parece sugerir cierta disfuncionalidad familiar, ya que se ha documentado que en pacientes en HD esta estrategia se asociaría a una baja búsqueda de apoyo social.¹⁰ Sin embargo, en la Figura 1, se aprecia que de los tres tratamientos aquellos que están con tratamiento de DP presentan una asociación positiva a esta estrategia. Explicable, en cuanto a que el inicio de la IRCT implicaría una necesidad de buscar apoyo para la misma.

En lo que respecta al CF, prácticamente las subescalas tuvieron una presencia similar; sin embargo, al compararlas con los baremos de la prueba, el CF de Conflicto –capacidad, las subescalas tuvieron un mayor nivel que ellos, debido a que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia. Esto es razonable si consideramos las implicancias emocionales de un diagnóstico de IRCT en un miembro de la familia. Si bien, la presencia de conflicto se encuentra en familias funcionales, se ha publicado que el exceso de conflicto sería una característica de familias disfuncionales.¹¹

Los contrastes bivariados de los tratamientos de la IRCT con el CF y las EAE mostradas en las Tablas 3 y 4, aunque no arrojaron resultados significativos, no nos



permite concluir que no estén asociadas a ella ya que no estamos ponderando el efecto simultáneo de ellas sobre la IRCT.

El análisis de correspondencia de la Figura 1 tiene la ventaja que permite visualizar en el espacio a las variables significativas así como el peso de su influencia en el modelo. Se aprecia, entonces, que los tratamientos de la IRCT cuando son contrastados con 3 EAE y 5 de las subescalas de CF, el 100 % de la varianza de los datos analizados pueden representarse en solo dos factores.

La DP se asocia a la EAE de Falta de afrontamiento, que sería una forma de evitar el estrés propio de la enfermedad, que aunque es un factor negativo hallado en otros adolescentes, en los pacientes del presente estudio puede afectar negativamente su pronóstico de la misma forma, tanto como por el exceso del CF de Conflicto al que también está asociado. Por el contrario, se valen asertivamente de las EAE de Buscar apoyo social y disponen de un CF de Actuación y Control.

La HD se asocia a la EAE de Reducción de la tensión y a los CF de Moral-religiosidad e Intelectual-cultural, ambos considerados factores positivos para la evolución clínica de la IRCT.

El TR se asocia a los CF de Cohesión y comparte el CF Social Recreativo con la DP, ambos son factores positivos para estos tratamientos. Comparte también con la DP el CF de Conflicto cuyo exceso sería un factor negativo.

Dentro de la literatura sobre los pacientes con IRCT nos parece valiosa la efectuada con una óptica fenomenológica,¹² donde, a pesar que la muestra fue pequeña (8 adolescentes bajo DP o HD), la penetración dentro de la dinámica interior de los pacientes ha revelado que experimentan pérdidas de su cotidianidad, de su independencia, de la imagen corporal previa y de la deseada. Adicionalmente, el aislamiento social que la terapia implica el deterioro de las relaciones con sus pares y el ensimismamiento, que percibe el TR como un camino para recuperar lo perdido. Estas pérdidas serían subyacentes a las inadecuaciones tanto en su CF como en sus EAE, razón por la cual en el tratamiento de la IRCT, para mejorar sus pronósticos, debe valerse además la confrontación y el esclarecimiento de sus pérdidas.

Es importante subrayar que la EAE de “No búsqueda de apoyo social” sugiere cierta disfuncionalidad en la

familia de los pacientes del presente estudio, motivo por el que se debe incorporar en su tratamiento consejería familiar. Existen reportes que los niños criados en familias disfuncionales presentan un sistema inmune más débil que aquellos criados en familias funcionales.^{13,14} Esta disfuncionalidad es documentada además por la mayor presencia del CF de Conflicto en la comparación con los baremos normales, lo que refleja niveles intensos de estrés. La falta de afrontamiento en sus EAE también se encuentra en los que están en DP. Es importante subrayar que los dos factores lo afectan: no afrontar las situaciones de estrés o que ellas sean intensas y generen un CF con un Conflicto importante.¹⁵

Se considera como limitaciones de la presente investigación que el estudio no tuvo un diseño aleatorio, y, por tanto, no es posible generalizar los resultados, y que se realizó con una muestra relativamente pequeña. Esto último, además, no ha permitido ponderar la influencia simultánea que los factores sociodemográficos tendrían sobre las variables investigadas.

Han transcurrido más de seis años de la evaluación de estos pacientes y se ha considerado pertinente hacer una réplica de esta investigación para esclarecer, en lo posible, el escenario de la evolución de estos factores dentro de su tratamiento, en cuanto el mismo se habría modificado.

El presente estudio permite concluir que durante el tratamiento de la IRCT debería propiciarse en la familia del paciente un CF más funcional por tratarse de un factor de apoyo al mantenimiento y cumplimiento de la terapia; y que deben adoptarse medidas para esclarecer y confrontar las adecuaciones de las EAE empleadas. Se considera que la eficacia de estas intervenciones favorecería el mejor pronóstico del paciente con la IRCT.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cieza J, Huamán C, Álvarez C, Gómez J, Castillo W. Prevalencia de insuficiencia renal crónica en la ciudad de Lima-Perú, enero 1990. *Rev Peru Epidemiol.* 1992;5(1):22-27. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v05_n1/prevalencia.htm (Fecha de consulta 7-9-2015).
2. Guerra E. Clima social familiar en adolescentes y su influencia en el rendimiento académico. Tesis de Licenciatura. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1993. p. 234.
3. Moos B, Moos R H. Family Environment Scale. Disponible en: <http://www.mindgarden.com/96-family-environment-scale> (Fecha de consulta 7-9-2015)
4. Canessa B. Adaptación de la prueba escalas de afrontamiento para adolescentes, en escola-res entre 14 y 17 años de edad de diferente sexo y nivel socioeconómico. Tesis de Licenciatura. Lima, Perú: Universidad de Lima. 2000. p. 257.

5. Frydenberg E, Lewis R. Coping with stresses and concerns during adolescence: a longitudinal study. 1997. Disponible en: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED407647.pdf> 4 (Fecha de consulta 7-9-2015).
6. Marija N. SPSS/PC for IBM and IBM compatible computers. U.S. SPSS Inc. 1990.
7. Becue M. Manual de introducción a los métodos factoriales y clasificación con SPAD. España: Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: <http://sct.uab.cat/estadistica/sites/sct.uab.cat/estadistica/files/manualSPAD.pdf> (Fecha de consulta: 25-8-2015).
8. López A, Carillo M, Fernández A, Angustias K. Calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica y repercusión psicológica en sus padres. Tesis Doctoral en Medicina. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid; 2005. 179 pp.
9. Paredes R. Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica. Lima Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2005. pp. 142.
10. Valdés I. El apoyo social percibido por los pacientes en hemodiálisis. Tesis Instituto Superior de Ciencias Médicas. Cuba 2003; citado en: Reyes A y Castañeda V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_04_06/san05406.pdf (Fecha de consulta: 7-9-2015).
11. Flores S, Salum G, Manfro G. Dysfunctional family environments and childhood psy-chopathology: the role of psychiatric comorbidity. Trends in Psychiatry and Psychotherapy. 2014;36:147-151.
12. Morales C, Castillo E. Vivencias de los adolescentes en diálisis: Una vida con múltiples pérdidas pero con esperanza. Colomb Med. 2007;38 (Supl 2):44-53.
13. Thivierge R. Broadening our perspective on healing for adult children of dysfunctional families. Canada. URL disponible en: <http://indigosoulwork.com/broadening-our-perspective-on-healing-for-adult-children-of-dysfunctional-families/> (Fecha de consulta: 2-9-2015).
14. Miles L. Adult children of dysfunctional families. Psych Central. 2013. Disponible en: <http://psychcentral.com/lib/adult-children-of-dysfunctional-families/> (Fecha de consulta: 2-9-2015).
15. Ewen BS. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181832/pdf/DialoguesClinNeurosci-8-367.pdf (Fecha de consulta 7-9-2015).

CORRESPONDENCIA: Dr. Jaime Arias Congrains.
jaime.arias@upch.pe

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS: ninguno según los autores; sin embargo, dejan constancia de que algunos datos empleados en este trabajo proceden de la tesis de María Chalco: Afrontamiento y clima familiar en adolescentes con insuficiencia renal crónica terminal de un hospital nacional. Tesis de Maestría. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2015. 132 pp.
FINANCIAMIENTO: realizado con recursos propios de los autores.

FECHA DE RECEPCIÓN: 16 de agosto de 2018.
FECHA DE ACEPTACIÓN: 13 de agosto de 2018.