



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en
pacientes con enfermedad renal crónica en
tratamiento de hemodiálisis en Clínica HZ Puente
Piedra – Lima – 2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Cynthia Milagros Gonzales Carbajal

ASESOR:

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osoreo

SECCIÓN:

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los servicios de la salud

PERU-2018

Página del jurado

Dr. Luis Alberto Nuñez Lira

Presidente

Mg. Janet Cenayra Josco Mendoza

Secretaria

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores

Vocal

Dedicatoria

A Dios, quien me acompaña en todo momento, quien es mi guía y a quien le debo la razón de mi existencia e inspiró mi espíritu de sabiduría para la conclusión de esta tesis. A Alejandra, mi madre, a quien amo mucho, quien ha sido impulso para alcanzar mis metas y la inspiración en mis estudios, a la cual estaré eternamente agradecida. A Américo, mi padre, por todo su apoyo incondicional. A mis hermanos, que son fuente de inspiración, con los que comparto la vocación de servicio. A todos los que forman parte de mi familia como mis sobrinos y cuñados.

Agradecimientos

Primordialmente agradezco a Dios que ha permitido la culminación de mi maestría. A la Universidad César Vallejo porque en sus aulas recibí el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes. A mis tutores porque me guiaron durante todo el trayecto su experiencia y consejos fueron determinantes. A los directivos la Clínica de Hemodiálisis HZ S.A. por brindarme la oportunidad de realizar mi trabajo de tesis.

Resolución de Vicerrectorado Académico N.º 00011-2016-UCV-VA**Lima, 31 de marzo de 2018****Declaración de Autoría**

Yo **Cynthia Milagros Gonzales Carbajal**, estudiante del Programa de Maestría en gestión de los Servicios de la Salud, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César, sede/filial Lima Norte; declaro que el trabajo académico titulado “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida y en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Clínica HZ Puente Piedra – Lima – 2018” presentada, en 90 folios para la obtención del grado académico de Magister en Gestión de Servicios de Salud, es de mi autoría. Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo estipulado por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Lima, 31 de marzo del 2018

.....

Br. Cynthia Milagros Gonzales Carbajal

DNI 41577311

Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se presenta la tesis “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Clínica HZ Puente Piedra – Lima – 2018”, que tuvo como objetivo: Determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

El presente informe ha sido estructurado en siete capítulos, de acuerdo con el formato proporcionado por la Escuela de Posgrado. En el capítulo I se presentan los antecedentes y fundamentos teóricos, la justificación, el problema, las hipótesis, y los objetivos de la investigación. En el capítulo II, se describen los criterios metodológicos empleados en la investigación y en el capítulo III, los resultados tanto descriptivos como inferenciales. El capítulo IV contiene la discusión de los resultados, el V las conclusiones y el VI las recomendaciones respectivas. Finalmente se presentan las referencias y los apéndices que respaldan la investigación.

La conclusión de la investigación fue que, respecto a la hipótesis general, demuestra que las estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018.; siendo que el coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.776, demostró una alta asociación entre las variables.

La autora

Índice

Página del jurado	li
Dedicatoria	lii
Agradecimiento	lv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xii
I. INTRODUCCIÓN	14
1.1. Realidad Problemática	15
1.2. Trabajos previos	19
1.3. Teorías relacionadas al tema	27
1.4. Formulación del problema	56
1.5. Justificación del estudio	57
1.6. Hipótesis	59
1.7. Objetivos	60
II. MÉTODO	61
2.1. Diseño de Investigación	62
2.2. Variables, operacionalización	63
2.3. Población y muestra	66
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	67

2.5	Métodos de análisis de datos	71
2.6	Aspectos éticos	72
III.	RESULTADOS	76
3.1	Descripción de resultados	77
3.2	Contrastación de hipótesis	81
IV.	DISCUSIÓN	85
V.	CONCLUSIONES	89
VI.	RECOMENDACIONES	91
VII.	REFERENCIAS	92
	Anexos	97
	Artículo científico	
	Matriz de consistencia	
	Matriz operacional de variables	
	Instrumentos	
	Matriz de datos	

Lista de tablas

		Pág.
Tabla 1	Operacionalización de la variable estrategias de afrontamiento	63
Tabla 2	Operacionalización de la variable calidad de vida	63
Tabla 3	Confiabilidad cuestionario de Estrategias de Afrontamiento	65
Tabla 4	Confiabilidad cuestionario de Calidad de Vida	66
Tabla 5	Estrategias de Afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018.	66
Tabla 6	Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018.	66
Tabla 7	Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018.	67
Tabla 8	Las Estrategias de Afrontamiento Activo y Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018.	68
Tabla 9	Estrategias de Afrontamiento Pasiva y Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018	68
Tabla 10	Correlación Estrategias de Afrontamiento Activo y Calidad de Vida	68
Tabla 11	Correlación Estrategias de Afrontamiento Pasiva y Calidad de Vida	68

Índice de figuras

	Pág.	
Figura 1	Diagrama de frecuencias de las Estrategias de Afrontamiento	73
Figura 2	Diagrama de frecuencias de la Calidad de Vida	74
Figura 3	Diagrama de barras agrupadas de las Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida	75
Figura 4	Diagrama de barras agrupadas de las Estrategias de Afrontamiento Activo y Calidad de Vida	76
Figura 5	Diagrama de barras agrupadas de las Estrategias de Afrontamiento Pasivo y Calidad de Vida	77

Resumen

La enfermedad renal crónica es la pérdida de la capacidad funcional de los riñones y tiene como tratamiento la hemodiálisis, la cual conlleva a cambios en la calidad de vida del paciente debido al impacto que ocasiona la enfermedad generando una situación estresante, que le pone en la necesidad de afrontarla para conseguir adaptarse a ella, a través de acciones que se conocen como estrategias de afronte. Por tanto, se planteó el estudio: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ de Puente Piedra – Lima – 2018”; que tuvo como objetivo, determinar la relación que existe entre las variables descritas. El diseño fue descriptivo-correlacional y transversal, la técnica de muestreo fue probabilístico, con una muestra de 50 pacientes. Se aplicó dos cuestionarios los cuales se encuentran validados internacionalmente. Se llegó a la siguiente conclusión: las estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima - 2018.; siendo que el coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.776, demostró una alta asociación entre las variables.

Palabras Claves: Estrategias de Afrontamiento, Calidad de Vida, Enfermedad Renal Crónica y Hemodiálisis.

Abstract

Chronic kidney disease is the loss of functional capacity of the kidneys and has hemodialysis treatment, which leads to changes in the quality of life of the patient due to the impact caused by the disease generating a stressful situation, which puts him in the need to face it in order to adapt to it, through actions that are known as coping strategies. Therefore, the study was proposed: "Coping strategies and quality of life in patients with chronic kidney disease on hemodialysis treatment at HZ Clinic Puente Piedra - Lima - 2018"; whose objective was to determine the relationship between the variables described. The design was descriptive-correlational and transversal, the sampling technique was probabilistic, with a sample of 50 patients. Two questionnaires were applied, which are validated internationally. The following conclusion was reached: coping strategies are significantly related to quality of life in patients with chronic kidney disease on hemodialysis treatment at HZ Puente Piedra Lima Clinic - 2018; being that the Rho correlation coefficient of Spearman of 0.776, showed a high association between the variables.

Key words: Coping Strategies, Quality of Life, Chronic Kidney Disease and Hemodialysis.

I. Introducción

1.1. Realidad Problemática:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) en la actualidad es un problema de salud pública a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) el número de personas que se ve afectado por esta patología corresponde a más de 500 millones, por lo que es considerada por la (OMS, 2012) como una epidemia por el alto impacto sanitario. Según Alarcón (2009) en el mundo, por cada millón de habitantes existe 3500 a 4000 personas que padecen Enfermedad Renal Crónica.

En el Perú según la Sociedad Peruana de Nefrología existen 3 millones de enfermos renales, que equivalen a un tercio de la población peruana, de los cuales 30 mil tienen Enfermedad Renal Crónica, la cual es considerada como un proceso fisiopatológico que ocasiona la destrucción irreversible de la masa de nefronas y conduce a la incapacidad de los riñones para mantener la homeostasis interna del organismo, conllevando a una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que incluyen la modificación de los estilos de vida de la persona afectada. (Gil-Roales, 2004, p.50)

La enfermedad renal crónica (ERC) se define también como el daño renal o disminución de la Filtración Glomerular a menos de <60 ml/min/1.73 m² por un período de por lo menos 3 meses, por lo que la califica como una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un período de meses o años. (Pérez, Llamas, y Legido, 2005, p. 30)

Según Perilla y Fernández (2007) encontraron que esta es una de las enfermedades crónicas con mayor incidencia en la actualidad;

por lo cual Perú invierte aproximadamente unos 86 millones de soles al año en el tratamiento integral para la contratación de servicios de hemodiálisis en EsSalud, por lo que es una de las enfermedades más costosas, en comparación con otras enfermedades crónicas, debido a que requiere en sus tratamientos el uso de máquinas especiales y/o medicamentos de alto costo. (p. 32)

Dentro de los tratamientos médicos de la enfermedad renal crónica se encuentra la terapia de reemplazo renal, siendo la más empleada la hemodiálisis, que tiene como objetivo filtrar el exceso de líquidos y las sustancias tóxicas del organismo, sin embargo, a pesar de los avances tecnológicos y perfeccionamiento de este método, el tratamiento conlleva a una serie de complicaciones dialíticas, las cuales pueden ocurrir durante o inmediatamente después de las sesiones como hipertensión, calambres musculares, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, dolor de huesos, y el riesgo de infecciones de acceso vascular. Otros problemas a largo plazo pueden ser la anemia, desnutrición y las enfermedades cardiovasculares, osteoporosis principalmente. (Chávez, 2013, p.30)

En este sentido el tratamiento de hemodiálisis puede convertirse para el paciente en una experiencia altamente estresante sino tiene los recursos necesarios y no aplica los mecanismos de afrontamiento que se necesita para superar las limitaciones y/o crisis situacional que se presenta en el paciente, lo que altera de manera notable su calidad de vida. (Calvanese, Feldman y Weisinger, 2004, p.60)

Investigaciones realizadas han demostrado que tanto la ERC como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida global (Cidoncha *et al.*, 2003 p.50). Además, un mismo paciente puede recibir diferentes tipos de terapia en el curso de su enfermedad, lo

cual afecta su calidad de vida de diferentes maneras, ya que son muchos los factores estresantes a los que se enfrentan estos pacientes, tensiones matrimoniales y familiares, dependencia forzada del personal y del sistema hospitalario (Anderson y Levine, 1985), restricciones alimentarias, limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionados con la muerte. (Kimmel, 2001, p. 32)

La calidad de vida incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona (aspecto objetivo), como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (aspecto subjetivo). Esta satisfacción depende, en gran parte, de la escala de valores, las aspiraciones y las expectativas personales de cada uno (Badia y Lizán, 2003, p.54). En el caso de los pacientes con enfermedad renal, el eje de la calidad de vida que se ve afectado de manera más evidente es el de la salud física, que, al estar en continua interacción con los ejes de trabajo, intelecto, espiritualidad, recreación, sexualidad y afectividad, los modifica necesariamente, unos más que a otros y de manera diferente en cada sujeto, dependiendo de las particularidades de cada paciente. (Alarcón, 2004, p.240)

En lo que respecta a la Calidad de Vida (CV) la OMS la define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en la que vive y en relación con sus expectativas, normas, e inquietudes. Otro aspecto es su multidimensionalidad ya que abarca la evaluación del área física, psicológica y social. Por otro lado, autores como Urzua M, Fernández y Hernández; emplean el concepto de Calidad de Vida relacionado a la Salud (CVRS), con la mirada de que el bienestar de

los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como es el sustento de su vida. Por lo que esta es entendida como la valoración que la persona tiene del impacto que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre sus sentimientos de bienestar; las cuales estas son analizadas tanto en su dimensión física, psicológica y social. (p. 50)

Precisamente, dado el valor que la salud tiene como componente de la calidad de vida, su pérdida o ausencia a causa de la enfermedad, provoca una ruptura del comportamiento y el modo de vida habitual del paciente, generando una situación estresante, que le pone en la necesidad de afrontarla para conseguir reducirla o adaptarse a ella, a través de esfuerzos, acciones o mecanismos de frente.

Al respecto diversas investigaciones han identificado que las personas que padecen ERC presentan una elevada tasa de comorbilidad psiquiátrica, destacándose los desórdenes depresivos como los de mayor impacto negativo en la calidad de vida de estos pacientes y dificultades elevadas que son acontecidas por el estrés que ocasiona esta enfermedad.

En este sentido Solís y Vidal (2006) definen a estrategias de afrontamiento como “el esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar o tolerar las demandas externas e internas generadoras de estrés”. Importante es este tipo de pacientes por los cambios permanentes que padecen a causa del tratamiento y la propia enfermedad como se ha mencionado anteriormente.

En cuanto a las manifestaciones psicológicas que tienen mayor efecto sobre la calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis, se encuentran la depresión y la ansiedad (Valderrabano, Jofre y López-Gómez, 2001; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, y Matad, 2003, p. 63) y

existe evidencia de que estos estados emocionales afectan de manera notable el bienestar de los pacientes, por tanto, estos repercuten en las tasas de mortalidad en esta población (Gil *et al.*, 2003, p. 41). Otras reacciones frecuentes en los pacientes renales son la hostilidad y la ira dirigidas al personal asistencial y al régimen terapéutico como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento. (HershRifkin y Stoner, 2005, p. 52)

Conscientes de la magnitud que conlleva la ERC y el tratamiento de la hemodiálisis en la economía de la salud, el coste económico desempeña un papel relevante. Este aspecto tiene especial importancia en las enfermedades crónicas, como son la enfermedad renal crónica, dado el envejecimiento de la población y el progresivo número de pacientes expuestos. Por lo tanto, los elevados costes sociales y económicos de la diálisis deben ser objeto de una atención prioritaria. Sin embargo, la información disponible del coste del tratamiento, tanto a nivel nacional como regional, es escasa.

En base a todo lo mencionado se propone investigar sobre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis.

1.2. Trabajos Previos:

En relación con el tema en estudio, se revisó la literatura a nivel internacional, nacional y local donde se encontró estudios sobre la calidad de vida, las estrategias de afrontamiento y la adhesión al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis similares y los demás guardan relación, que sirven de soporte al presente trabajo de investigación; entre las cuales tenemos:

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Díaz, Présiga y Zapata (2017) realizaron el siguiente estudio en Colombia: *Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia de abril a junio de 2017*, cuyo objetivo fue analizar la relación entre los factores de la calidad de vida relacionada con la salud y la adherencia al tratamiento en pacientes con ERC en terapia de reemplazo renal. Fue un estudio analítico, de corte transversal prospectivo; la muestra fue de 75 pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal. Concluyeron mediante los análisis estadísticos que realizaron mediante SPSS versión 23 que el 68% de los pacientes con enfermedad renal crónica de la unidad renal en Antioquia son adherentes al tratamiento; de los pacientes no adherentes el 70.8% están en terapia de reemplazo renal de hemodiálisis; en cuanto a variables clínicas se encontró que el 16.7% de los pacientes no adherentes son casos de ansiedad y el 33.3% casos de depresión.

Guamán y Yuqui (2017) realizaron el siguiente estudio en Ecuador: *Estilos de vida y nivel de adherencia a hemodiálisis en los pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten al hospital José Carrasco Arteaga Cuenca 2017*, cuyo objetivo fue determinar los estilos de vida y nivel de adherencia a hemodiálisis en los pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten al hospital antes mencionado. Fue un estudio descriptivo y transversal con un universo de 1253 pacientes, la muestra de 267, la técnica de investigación utilizada fue la encuesta para valorar los estilos de vida a partir del cuestionario (KDQOL-36) y para medir adherencia terapéutica el cuestionario (DDFQ), instrumentos validados en otras investigaciones. Se concluyó que el 77 % de pacientes con insuficiencia renal crónica son de género masculino, 23 % femenino, la incidencia es mayor en hombres. El 93% de pacientes tienen malos estilos de vida, el nivel de adherencia a hemodiálisis es inadecuado está relacionado con dieta, ejercicios, actividad laboral en el 19,8 % de pacientes.

Perales, Duschek y Reyes (2015) realizaron el siguiente estudio en España: *Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática de febrero a diciembre de 2015*, cuyo objetivo fue comparar la capacidad predictiva de los síntomas somáticos informados y el estado anímico (depresión y ansiedad) sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con enfermedad renal crónica. Fue un estudio de tipo cuantitativo correlacional donde se evaluó a 52 pacientes en tratamiento de hemodiálisis mediante: la escala de funcionamiento y calidad de vida (SF-36), la escala de síntomas somáticos-revisada (ESS-R) y la escala de ansiedad y depresión en hospital (HAD). Los datos fueron analizados mediante análisis de regresión múltiple. Donde se concluye que los pacientes mostraron niveles de CVRS inferiores a los valores normativos del instrumento, así como un 36,5% de prevalencia de ansiedad y un 27% de depresión.

Gallardo y Franco (2014) realizaron el siguiente estudio en México: *Calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis*, cuyo objetivo fue analizar la calidad de vida y adherencia terapéutica de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo no experimental. Se concluyó que la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el hospital regional león ISSSTE es muy buena si se tiene adherencia terapéutica, se rechazó la hipótesis ya que los pacientes si presentan conductas adherentes en cuanto a consultas, análisis periódicos e ingesta de medicamentos, pero en ejercicio y dieta es deficiente la adherencia lo que hace creer que este factor influya en que los pacientes presenten una calidad de vida regular.

Viana et al. (2014) realizaron el siguiente estudio en Colombia: *Calidad de vida relacionada con la salud e independencia funcional en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis que asisten a una Clínica Privada del distrito de Barranquilla Colombia*, cuyo objetivo fue medir el impacto que tiene el tratamiento de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica, en su ámbito

personal y su calidad de vida. Fue un estudio descriptivo transversal conformado por una muestra de 18 pacientes, 8 mujeres y 10 hombres, con edades entre los 20 y 71 años, a los cuales se les aplicó el test KDQOL-SF36. Se concluyó que el mayor impacto que la enfermedad renal crónica genera en la calidad de vida se da al nivel de la dimensión de carga de la enfermedad y el rol físico y las dimensiones que más apuntan de manera positiva hacia una buena calidad de vida son las que hacen parte del componente de salud mental, por lo cual se puede inferir que los factores asociados a la carga de la enfermedad y la salud general influyen de manera importante en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben tratamiento de diálisis.

Martínez (2012) realizó un estudio en México: *Calidad de vida de pacientes en programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria Veracruz*, cuyo objetivo del estudio fue conocer la Calidad de Vida (CV) en pacientes de insuficiencia renal crónica en programas de hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal continua Ambulatoria (DPCA), el diseño fue descriptivo trasversal, comparativo, la muestra fue de 29 pacientes de cada programa, el muestreo fue no probabilístico, el instrumento utilizado fue el SF-12 (2005). Concluyó que el sexo que predominó fue el masculino con 82% en HD y 52% en DPCA, la media de edad fue de 53.3 en HD y 60.2 en DPCA. La CV en HD fue de 65% es regular y en DPCA 45%, que la función fue mala en 44% y regular en un 44% en DPCA.

Varela y Rodríguez (2013) realizaron el siguiente estudio en Colombia: *Factores asociados a calidad de vida en pacientes de hemodiálisis incidentes y prevalentes*, cuyo objetivo fue comparar la calidad de vida por medio del SF-36 en 154 pacientes con IRC estadio terminal en manejo con hemodiálisis, 77 pacientes incidentes y 77 pacientes prevalentes. Se concluyó que existe una disminución de la calidad de vida en los componentes físicos (PCS) y mentales (MCS) de los pacientes de hemodiálisis en ambos grupos. Se utilizó una regresión logística, donde la calidad de vida de los pacientes de diálisis se encuentra afectada con mayor repercusión en el grupo de los pacientes incidentes, por lo cual se debe

mejorar los aspectos nutricionales, hematológicos y acceso vascular en este grupo.

Contreras, Espinosa y Esguerra (2008) realizaron el siguiente estudio en Colombia: *Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis de julio a diciembre de 2008 Bogotá*, cuyo objetivo del estudio fue identificar las variables psicológicas que median el comportamiento de adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a Hemodiálisis y la calidad de vida fue evaluada con el Cuestionario de Salud SF36, la autoeficacia con la Escala de Autoeficacia General, el afrontamiento con el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés y la adhesión al tratamiento mediante una ficha de registro de indicadores bioquímicos y el criterio médico. Fue un estudio de tipo descriptivo correlacional. Se concluyó que tienen implicaciones en las estrategias de intervención para la conducta de adhesión al tratamiento.

Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2008) realizaron el siguiente estudio en Colombia: *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis*, cuyo objetivo fue observar si los estilos de afrontamiento asumidos por un grupo de 41 pacientes con IRC guardan relación con su calidad de vida. Para ello, se utilizaron los instrumentos SF-36 y CAE. Se observó un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes; no obstante, su funcionamiento social se encontró preservado. Se concluyó que el afrontamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas. La evitación y la religiosidad, como estilos de afrontamiento, presentaron resultados distintos a los hallados por otros autores.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Calongos (2017) realizó el siguiente estudio en Perú: *Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el Centro de*

Hemodiálisis Equilux de abril a setiembre del 2016, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el centro antes mencionado. Fue un estudio cuantitativo, transversal de tipo descriptivo, observacional y se encuestó a 84 pacientes cuyo instrumento fue un cuestionario de 36 preguntas que miden 8 dimensiones que se agrupan en dos componentes, salud física y salud mental. Se estimó como calidad de vida no saludable un puntaje menor de 50, y calidad de vida saludable mayor o igual a 50 puntos. Concluyó que la calidad de vida percibida por los pacientes fue una calidad de vida no saludable con una mediana de 48,23 puntos.

De los Santos (2016) realizó el siguiente estudio en Perú: *Calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento de los Pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Dos de Mayo - 2017*; tuvo como objetivo determinar la calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis. Fue un estudio descriptivo-correlacional, nivel aplicativo de corte transversal prospectivo, tuvo un tamaño muestral de 33 pacientes y se aplicó dos cuestionarios para medir calidad de vida y las estrategias de afrontamiento las cuales fueron sometidos a juicio de expertos y prueba estadísticos para darle validez y confiabilidad. Concluyó que no se encontró relación significativa entre calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis, sin embargo se encontró relación significativa entre calidad de vida con estrategias de afrontamiento activo, en la que se observó que a una regular a buena de calidad de vida encontramos de nivel medio a alto la aplicación de estrategias de afrontamiento, y en el caso de una mala calidad de vida hay una baja aplicación de estrategias de afrontamiento.

Ramírez (2014) realizó el siguiente estudio en Perú: *Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con E.R.C.T. sometidos a hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal SJM. 2014*, cuyo objetivo fue determinar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con E.R.C.T sometidos a hemodiálisis que asisten al

centro de diálisis. Fue un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 23 pacientes y la técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. Concluyó que los factores que intervienen en la adherencia en mayor porcentaje son los factores relacionados con la terapia de hemodiálisis los cuales están dados por que el paciente observa durante su sesión que las máquinas de hemodiálisis no fallan y no sienten que les falta el aire o mucho dolor en la espalda. Con igual porcentaje se encuentran los factores relacionados con la enfermedad, referidos a que el paciente sometido a hemodiálisis no ha presentado una ganancia adecuada de peso entre terapia de diálisis.

Carrasco (2015) realizó el siguiente estudio en Perú: *Calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo*, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis. Fue un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Se concluyó que la calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, la mayoría expresa que es poco saludable a no saludable, referido al impacto de la enfermedad en su salud física y en el estado psicológico, la cual afectan la percepción de su bienestar en su calidad de vida.

Cossio y Tanchiva (2015) realizaron el siguiente estudio en Perú: *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del servicio de nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza*, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Fue un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal cuya población estuvo conformada por 30 pacientes con IRC que no asisten al tratamiento de hemodiálisis. Se concluyó que los factores condicionantes a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en

pacientes con insuficiencia renal crónica en el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; están presentes en las dimensiones personales, familiares, terapéuticos e institucionales.

Arque y Olazabal (2014) realizaron el siguiente estudio en Perú: *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica, unidad de hemodiálisis hospital nacional CASE – ESSALUD, Arequipa – 2014*, cuyo objetivo fue determinar la relación entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida en personas con insuficiencia renal Crónica, durante el mes de agosto del 2014. Fue una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo, con diseño correlacional y de corte transversal, la población quedó conformada por 93 personas. Para la recolección de datos se utilizó como método la encuesta, como técnicas la entrevista y el cuestionario. Se concluyó que la población en estudio estuvo conformada en su mayoría por personas cuya edad es de 60 años a más, sexo masculino, casados, grado de instrucción secundaria, que tienen como ocupación actual su casa, sometidos a hemodiálisis en un tiempo de 3 meses a menos de 1 año y tienen como patología asociada hipertensión arterial. El estilo de afrontamiento más utilizado es el enfocado al problema en un 47.3%. El 50,5% de la población en estudio percibe tener una regular calidad de vida y solo el 19,4% tiene mala calidad de vida. Se encontró relación altamente significativa ($P < 0.01$) entre el afrontamiento activo y la salud general; interpretación positiva y función física, vitalidad y salud general; la estrategia aceptación y función física, función social, vitalidad, salud mental y salud general; el desentendimiento conductual y la función física, función social, vitalidad, salud mental y salud general; así mismo entre la estrategia de entendimiento emocional y la salud general. De la misma manera se comprobó la hipótesis, encontrando relación estadística significativa entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida.

Acosta, Chaparro y Rey (2013) realizaron el siguiente estudio en Colombia: *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal*, cuyo objetivo del estudio fue comparar la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en 120 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a

hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, teniendo en cuenta la edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación. Los instrumentos utilizados fueron una ficha sociodemográfica, la prueba de calidad de vida WHOQOL -100 (Organización Mundial de la Salud, 1998) y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1985). Concluyeron que los pacientes en tratamiento de trasplante reportaban mayor calidad de vida y mejores estrategias de afrontamiento en comparación con los otros tratamientos, siendo mayores las puntuaciones en personas con edad de transición entre adultez media y tardía, mujeres, con estudios universitarios, casados y empleados.

Chávez (2013) realizó el siguiente estudio en Perú: *Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza 2013*, cuyo objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 50, la técnica fue la entrevista y el instrumento una escala tipo Likert aplicado previo consentimiento informado. Se concluyó que la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis en su mayoría es de regular a deficiente referido a que a pesar de los esfuerzos realizados se cansan al caminar, al subir varios pisos, agacharse o arrodillarse, tiene que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a las actividades cotidianas, en las últimas semanas el dolor corporal le ha dificultado realizar su trabajo o han tenido que reducir el trabajo, creen que su salud va a empeorar, se han sentido desanimados y deprimidos, estuvieron muy nerviosos y nada le sube de ánimo.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Bases teóricas de la enfermedad renal crónica

Definición:

De acuerdo a los diferentes estudios la enfermedad renal crónica (ERC) se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible, de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo

variable, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. También se puede definir según la National Kidney Foundation

de Estados Unidos como la presencia de daño renal con una mayor duración o igual de tres meses; secundario a la reducción lenta, e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas. (Brooks, 2009, p. 7)

Etiología:

Las causas de ERC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticial y uropatías obstructivas. Actualmente en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal (USRDS), seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa ERC. (Brooks, 2009, p. 10)

Fisiopatología:

Un indicador muy importante del funcionamiento del Riñón es la Tasa de Filtración Glomerular (TFG), que puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función. (Brooks, 2009, p. 15)

La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que empiezan a trabajar al máximo para adaptarse al

aumento de las necesidades de filtración de solutos y de esta manera, mantener la TFG.

Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, pro-inflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo. En las etapas iniciales de la ERC esta compensación mantiene una TFG aumentada; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin TRR. (Brooks, 2009, p.18)

Estadios

La ERC se divide en cinco estadios según la TFG y la evidencia de daño renal.

El estadio 1

Se caracteriza por la presencia de daño renal con TFG normal o aumentada, es decir mayor o igual a 90ml/min/1.73m². Por lo general la enfermedad es asintomática. (Brooks, 2009, p. 20)

El estadio 2

Se establece por la presencia de daño renal asociada con una ligera disminución de la TFG entre 89 y 60 ml/min/1.73m².

Usualmente el paciente no presenta síntomas y el diagnóstico se realiza de manera incidental. (Brooks, 2009, p. 21)

El estadio 3

Es una disminución moderada de la TFG entre 30 y 59 ml/min/1.73m². Se ha dividido el estadio 3 en dos etapas. La etapa temprana, pacientes con TFG entre 59 y 45 ml/min/1.73m² y la etapa tardía con TFG entre 44 y 30 ml/min/1.73m². Al disminuir la función renal, se acumulan sustancias tóxicas en el torrente

sanguíneo que ocasionan uremia. Los pacientes comúnmente presentan síntomas y complicaciones típicas de la ERC, como hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo. Algunos de los síntomas incluyen fatiga relacionada con la anemia, edema por retención de agua corporal, dificultad para conciliar el sueño debido a prurito y calambres musculares, cambios en la frecuencia urinaria, espuma cuando hay proteinuria y coloración oscura que refleja hematuria. Se aumentan los riesgos de enfermedad cardiovascular. (Brooks, 2009, p. 23)

El estadio 4

Se refiere a daño renal avanzado con una disminución grave de la TFG entre 15 y 30 ml/min/1.73m². Los pacientes tienen un alto riesgo de progresión al estadio 5 y de complicaciones cardiovasculares. A los síntomas iniciales del estadio anterior se agregan náusea, sabor metálico, aliento urémico, anorexia, dificultad para concentrarse y alteraciones nerviosas como entumecimiento u hormigueo de las extremidades. (Brooks, 2009, p. 23)

El estadio 5 o insuficiencia renal crónica terminal

La TFG cae por debajo de 15 ml/min/1.73m². En este estadio el tratamiento sustitutivo es requerido. (Brooks, 2009, p. 23)

Manifestaciones Clínicas

Aparecen debido a la presencia de sustancias retenidas como urea, creatinina, fenoles, hormonas, electrolitos, agua y muchas otras. La uremia es el síndrome que comprende todos los síntomas y signos observados en los distintos órganos y sistemas del organismo. Son muy variados dependiendo de la persona y la causa de la enfermedad renal. (Brooks, 2009, p.30)

Los primeros síntomas aparecen debido a la disminución en un 25-30% del filtrado glomerular, lo que produce un aumento de la urea y la creatinina en el plasma. Encontramos síntomas en los siguientes sistemas:

Sistema urinario

En la primera etapa de la enfermedad se produce poliuria, debido a la incapacidad de los riñones de concentrar la orina.

Sobre todo, ocurre durante la noche por lo que el paciente se debe levantar varias veces. A medida que la enfermedad empeora aparece oliguria y al final anuria. También puede haber proteinuria, cilindruria, piuria y hematuria.

Alteraciones digestivas

Debido a que se disminuye la velocidad de filtración glomerular, aumenta el BUN y los valores séricos de creatinina. Esto produce una presencia de productos residuales en el SNC y en tracto gastrointestinal que produce inflamación, por lo que el paciente presenta: náuseas, vómitos, letargia, fatiga, estomatitis, gingivitis, hemorragias gastrointestinales, trastorno de la capacidad para pensar y cefalea. Un elemento característico de niveles de urea elevados es la sensación de un sabor desagradable en la boca y una halitosis característica (foetorurérico). (Brooks, 2009, p. 31)

Trastornos de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico

Hiperpotasemia, debida a la disminución de la excreción renal de potasio, pudiendo aparecer arritmias cardíacas de evolución incluso letal. El trastorno de la excreción del sodio, hace que se retenga tanto sodio como agua, dando lugar a una hiponatremia dilucional, pudiendo aparecer edema, hipertensión e insuficiencia cardíaca congestiva. Se produce una acidosis metabólica, debido a un trastorno en la capacidad renal de excretar la carga ácida, y también debido al trastorno de la reabsorción y regeneración del bicarbonato,

aunque el bicarbonato plasmático suele disminuir para alcanzar una concentración que devuelva el equilibrio. También se producen alteración en el calcio, fosfato y magnesio. (Brooks, 2009, p. 32)

Alteraciones hematológicas

La disminución de la producción renal de eritropoyetina que ocasiona una reducción de hematíes en la médula ósea, eritropoyesis, da lugar a anemia. También existe mayor riesgo de sufrir hemorragia causada por trastornos de la agregación plaquetaria y liberación del factor plaquetario. En estos pacientes hay alteraciones en el sistema de coagulación con aumento de las concentraciones de factor VIII y de fibrinógeno. Pueden aparecer infecciones, causadas por trastornos de la función plaquetaria y alteraciones funcionales de los leucocitos. (Brooks, 2009, p. 33)

Alteraciones cardiovasculares

Como ya hemos comentado anteriormente, se puede producir: hipertensión arterial, arritmia e insuficiencia cardíaca congestiva que puede causar edema agudo de pulmón. El edema ocasionado por la retención de líquidos produce, en el sistema respiratorio, una disnea llamada respiración de Kussmaul que deriva en edema pulmonar, pleuritis urémica, derrame pleural, e infecciones respiratorias. (Brooks, 2009, p. 33)

Alteraciones neurológicas

Como letargia, apatía, trastornos de la capacidad de concentración, fatiga, irritabilidad y alteración de la capacidad mental debido a los productos residuales nitrogenada, trastornos electrolíticos y acidosis metabólica.

Alteraciones dermatológicas

La piel puede presentar un descoloramiento amarillo verdoso debido a la absorción y retención de uro cromo (pigmentos de la orina).

También tiene un aspecto pálido, seco y escamoso a causa de la anemia. Pueden aparecer petequias y equimosis por anomalías de las plaquetas. El pelo es seco, quebradizo y tiende a caer. Las uñas son delgadas, frágiles y arrugadas. Estos pacientes suelen padecer un prurito intenso, debido a las alteraciones del metabolismo fosfato cálcico. (Brooks, 2009, p.34)

Alteraciones del aparato locomotor

A causa de alteraciones del metabolismo el calcio y fosfato pueden aparecer alteraciones óseas como la osteodistrofia renal, dolores y deformidades. (Brooks, 2009, p.34)

Alteraciones en el sistema reproductor

Se puede observar infertilidad y disminución de la libido. En mujeres suele disminuir los estrógenos, progesterona y hormona luteinizante causando anovulación y alteraciones menstruales que reaparecen tras el inicio de la diálisis. En el hombre produce pérdida de la consistencia de los testículos, disminución de los valores de testosterona y recuentos bajos de espermatozoides. La función sexual puede mejorar con la diálisis de mantenimiento e incluso normalizarse después de un trasplante con éxito. (Brooks, 2009, p.34)

Alteraciones del sistema endocrino

Como hipotiroidismo y también se puede observar cambios de la personalidad y de la conducta como labilidad emocional, aislamiento y depresión. Al igual que alteración de la imagen corporal debido al edema, trastorno de la piel y mucosas, así como por la presencia de vías de acceso (fístula, catéter) que contribuyen a aumentar la ansiedad y depresión. (Brooks, 2009, p.36)

Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica:

El objetivo del tratamiento en la ERC consiste en retener la función renal, mantener la homeostasia lo máximo posible, tratar las manifestaciones clínicas y prevenir las complicaciones. Para ello, tenemos diferentes tipos de tratamiento, la cuales presentaremos a continuación:

Trasplante Renal

Es un procedimiento quirúrgico para implantar un riñón sano en un paciente con insuficiencia renal. El trasplante renal es una práctica de uso corriente y no experimental en el mundo y en nuestro país, existiendo aun la falta de cultura de donación de órganos.

Diálisis

Es el procedimiento por el cual se reemplaza la función de los dos riñones dañados por un filtro que purifica la sangre. Hay dos formas de diálisis:

Diálisis Peritoneal

Cuando el tratamiento se hace a través del abdomen.

Hemodiálisis

Se emplea la máquina de hemodiálisis denominada también Riñón Artificial, este tratamiento es más utilizado en la actualidad; por lo cual ampliamos esta información con fines de investigación. (Brooks, 2009, p.38)

Hemodiálisis

Definición

La hemodiálisis es un procedimiento extracorpóreo que consiste en la eliminación de toxinas y exceso de fluidos de la sangre, haciendo

circular de forma continua la sangre a través de un filtro. El filtro, conocido como dializador o riñón artificial, se utiliza con una máquina que hace las funciones del riñón. El dializador tiene dos compartimentos separados por una membrana que es semipermeable. Una solución llamada dializante circula, por un lado, de la membrana y la sangre fluye por el otro lado. (Brooks, 2009, p.38)

El tiempo normal de cada sesión es de cuatro horas, y cada sesión se realiza tres veces por semana y, en los períodos inter diálisis, se le dan recomendaciones al paciente para que controle la ingesta de líquidos y de ciertos alimentos. La hemodiálisis se realiza normalmente en centros hospitalarios para lo cual obligan al paciente a desplazarse los días que les corresponda efectuar dicho tratamiento.

Beneficios de la hemodiálisis

Es una técnica continua que permite su utilización ininterrumpida durante días. Así mismo no produce desequilibrios hidroelectrolíticos bruscos ni inestabilidad hemodinámica como los otros métodos de diálisis convencionales.

Puede utilizarse en pacientes de bajo peso, incluso en neonatos.

La repercusión hemodinámica es menor ya que el balance negativo se hace de manera continua durante todo el tiempo que permanece el filtro.

Mayor tolerancia por el paciente crítico ya que el impulso de la sangre por el circuito depende de la presión arterial del paciente.

El riesgo de sangrado es menor por precisar menos dosis de heparina.

La pérdida de sangre es mínima, tanto de leucocitos y la de plaquetas.

Permite una adecuada nutrición parenteral y o enteral, el aporte de líquidos es controlado. (Brooks, 2009, p.38)

Complicaciones o riesgos de la hemodiálisis

Las posibles complicaciones más frecuentes de la hemodiálisis son aquellas enfermedades o síntomas que pueden presentarse durante la sesión de hemodiálisis.

Cambios rápidos en la presión arterial

La velocidad a la que se elimina el agua de la sangre durante la hemodiálisis puede provocar una caída repentina en la presión arterial. Esto hace que algunos pacientes se sientan indispuestos, durante o después de la sesión de tratamiento. Pueden presentarse desvanecimiento, vómito, calambres, pérdida temporal de la visión, dolor en el pecho, irritabilidad y fatiga. (Brooks, 2009, p.40)

Sobrecarga de líquidos

Los pacientes en hemodiálisis muchas veces presentan un estado denominado sobrecarga de líquidos entre las sesiones de diálisis. El agua en exceso se recolecta bajo la piel en los tobillos y en alguna otra parte del cuerpo, incluidos los pulmones. Para evitar sobrecarga de líquidos, los pacientes en hemodiálisis deben limitar la cantidad de líquidos que consumen, esto ayuda a evitar los problemas causados por los cambios físicos rápidos durante la hemodiálisis. (Brooks, 2009, p.40)

Hipercalemia

La Hipercalemia es causada por demasiado potasio en la sangre y puede interferir con el ritmo cardíaco. La hipercalemia grave puede hacer que el corazón se pare. A la mayoría de los pacientes en hemodiálisis se les pide limitar su ingestión de alimentos que contienen mucho potasio. (Brooks, 2009, p.40)

Pérdida de la independencia

Aunque los pacientes en hemodiálisis tienen "días libres", algunos sienten que es una carga tener que acudir a la unidad renal o a la unidad de autocuidados varias veces por semana o cada semana. Los pacientes con hemodiálisis y con diálisis peritoneal en casa no tienen esta carga porque son tratados en el hogar. (Brooks, 2009, p.40)

Transmisión de virus

Algunos pacientes se preocupan de contraer virus transmitidos en la sangre, como hepatitis B o C, o VIH. Todas las unidades renales toman medidas para proteger a los pacientes contra este riesgo. Si usted está preocupado, debe comentarlo con el equipo médico. (Brooks, 2009, p.42)

Efectos de la hemodiálisis en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica

Los efectos que puede producir el tratamiento de hemodiálisis en los pacientes con Insuficiencia renal a continuación son mencionados:

Repercusiones biológicas

Aunque el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos fisiológico adversos que tienen serias implicaciones en la vida del paciente y a menudo se debe a la implica de la eliminación de líquido (a través de ultrafiltración) y acceso vascular.

La extracción de un exceso de líquidos o la eliminación de líquidos con demasiada rapidez conlleva a presentar hipotensión, fatiga, calambres en las piernas y dolores de cabeza lo cual ocasiona que presenten dificultad para caminar y/o para agacharse. Estos

síntomas pueden ocurrir durante el tratamiento y pueden persistir después del tratamiento.

Respecto a la implicancia que puede ocasionar el acceso vascular son la infección, bloqueo por coagulación y mala circulación, por la cual el cuidado del mismo imposibilita cargar objetos pesados, y limitación en la movilización del brazo para realizar sus actividades normalmente. (Brooks, 2009, p.44)

Repercusiones psicológicas

Aunque la insuficiencia renal crónica es un trastorno orgánico, encontrarse en un programa de diálisis, especialmente en el caso de la hemodiálisis, afecta en mayor medida al ámbito psicológico como la aparición de ansiedad, debido a la presencia constante al hospital para realizar su terapia, así mismo les quita tiempo para dedicarse a otras actividades antes realizadas, conllevando disminución de la autoestima y la satisfacción que tiene de la vida que lleva. (Brooks, 2009, p.45)

Repercusiones sociales

En esta área, lo característico de los pacientes en hemodiálisis, son los problemas que se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos por su negativa a expresar sus sentimientos y la poca participación a eventos sociales, ya que las relaciones sociales se basan en la comunicación. También empieza a percibir que no puede realizar sus proyectos, que no puede trabajar debido al agotamiento físico y emocional. (Brooks, 2009, p.46)

Cuidado de Enfermería a pacientes con Hemodiálisis

Para el enfermero(a), es clave identificar el rol que juega el paciente en el manejo de su estado de salud; por lo que el profesional de enfermería debe proporcionar educación, asesoramiento respecto al cuidado de la fistula arterio-venoso, el tipo de alimentación y apoyo a los cuidadores principales.

Así mismo los cuidados que brinda el profesional de enfermería durante el tratamiento de la hemodiálisis es conectar al paciente con el dializador con técnicas asépticas, previo a valoración del sitio de inserción. A continuación, se explicará de forma más detallada:

Antes de la Hemodiálisis

Inspeccionar el equipo y el material

Equipo requerido para el tratamiento prescrito.

Integridad de la membrana del dializador y de las líneas de sangre.

Líquido de diálisis prescrito.

Ausencia de aire en el circuito sanguíneo y en el dializador.

Ausencia de aire en el circuito hidráulico del monitor.

Cierre de la bomba de sangre.

Adecuado funcionamiento del sistema de alarmas.

Preparar el acceso vascular según el protocolo de cada unidad.

Administrar la anticoagulación según el tratamiento prescrito.

Administrar o desechar el volumen de cebado según prescripción.

Durante la hemodiálisis

Monitorizar signos vitales.

Verificar el funcionamiento del acceso vascular.

Activar todas las alarmas y establecer sus límites.

Garantizar la seguridad del usuario.

Programar la máquina para hemodiálisis.

Iniciar ultrafiltración y depuración para conseguir el objetivo requerido por el usuario.

Estrategias de afrontamiento del paciente con Enfermedad renal crónica en tratamiento de Hemodiálisis:

Definición de Estrategias de Afrontamiento

El afrontamiento se ha definido como un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlado) aquellas demandas internas y ambientales (Fernández, 2001 p. 15). Dicha definición implica los recursos personales que tenga el paciente para manejar adecuadamente el evento estresante y la habilidad que tiene para usarlos antes las diferentes demandas del ambiente que su condición.

En este sentido, Lazarus y Folkman definen estrategias de afrontamiento como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas”.

(Lazarus, 1966, p. 20) realizó una distinción entre aquellas respuestas de afrontamiento dirigidas a modificar la situación estresante, es decir, una respuesta activa, y aquellas otras respuestas que simplemente implican aceptar la situación y tratar de adaptarse a ella con el menor sentimiento de estrés posible, es decir, una respuesta más pasiva o acomodaticia.

Posteriormente, Lazarus y Folkman (1986) plantearon la distinción entre el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional producto del problema y dirigido a manipular o alterar el problema.

Luego Carver (1989) nos muestra mucho más amplio en lo que se refiere a estrategias de afrontamiento, ya que plantea una serie de posibilidades para hacer frente a las diversas situaciones que

puedan generar en la persona un desequilibrio psicológico, físico y emocional.

Otra clasificación incluye a las estrategias de afrontamiento activos y pasivos. Los primeros se refieren a aquellos esfuerzos hechos por el paciente para continuar con sus vidas a pesar del dolor, relacionado con un mejor nivel de la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos. (Carrobbles, *et-al*, 2003, p.10). Los estilos pasivos, por su parte, implican una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de otros; éstos se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional (Nicassio, 1989, p. 13).

Estrategias de afrontamiento Activo

Se manifiesta cuando la persona ve al problema como una oportunidad para crecer, para aprender algo de la vida, esto implica: planificar, priorizar, buscar soluciones, concentrar los esfuerzos en aplicar una solución, reinterpretarla positivamente, buscar apoyos.

En caso de tratarse de un problema de carácter irreversible, este tipo de estrategia se enfoca en aplicar la aceptación basada en el autocontrol, confrontación, y considerar que se tiene control sobre la situación para evitar complicaciones. Todo ello aumenta la confianza y eficacia en la persona, además implica una confrontación adecuada de las propias emociones del paciente, estas estrategias están relacionadas con un mejor bienestar, con estados afectivos positivos y por lo tanto con una mejor función inmune. La superación de estas situaciones da lugar al aumento de la capacidad de ajuste de la persona. El uso de estas estrategias se vincula con una mejor calidad de vida y una mejor salud mental.

Se manifiesta cuando el individuo busca modificar la situación existente, ya sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza, tratará de confrontarse directamente al problema que causa el estrés mediante una adecuada toma de decisiones, solución de problemas o la acción directa sobre la fuente de estrés, son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar. Las estrategias de afrontamiento dirigidos al problema tienen mayor probabilidad de aparecer cuando estas condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio. Estas son acciones dirigidas a manejar o alterar la situación que causa el malestar, incluyen respuestas de búsqueda de información y resolución de problemas y acciones para cambiar las circunstancias que crean el estrés (Lazarus, 1966, p. 20)

Se presenta cuando la persona busca cambiar la relación existente, ya sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza; predomina la acción que trata de manejar o controlar la fuente generadora de estrés.

Entre ellas tenemos:

Busca de apoyo social

El cual se centra en buscar en otras personas (familiares, amigos y profesional de salud) consejo, asistencia, orientación, soporte emocional y comprensión. La aceptación de la respuesta funcional de afrontamiento, ocurre cuando en la primera aproximación, la persona tiende a aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación (Lazarus, 1966, p. 25)

Finalmente, el apoyo social consiste en la obtención por parte del paciente de recursos (materiales, cognitivos y afectivos) a partir de su interacción con las demás personas o fuentes de apoyo. Estos

recursos reducen la percepción de amenaza y permiten un afrontamiento más eficaz de las situaciones estresantes.

En enfermos renales se ha encontrado que el apoyo social influye en la supervivencia, la adherencia al tratamiento y la intensidad de los síntomas depresivos. Por lo cual según Lazarus y Folkman (1986) las personas que cuentan con apoyo social tienen mejor salud mental y afrontan adecuadamente los eventos estresantes (Lazarus, 1966, p. 28)

Religión

El apoyo en la religión, es visto como una estrategia al servir como apoyo emocional para muchas personas lo que facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento. La confianza y la fe en un ser supremo es fuente de esperanza ya que, partiendo de una doctrina basada en el amor, se cree fielmente en que nunca, a pesar de los hechos, estarán desprotegidos (Sacipa, 2003, p. 17).

Focalizado en la solución del problema

El aplicar la estrategia de afrontamiento enfocado en la solución del problema, implica pensar sobre el modo en que se debe afrontar al evento estresante, es decir en los pasos a seguir para afrontar exitosamente al problema que implica encarar al evento estresante a través de la ejecución de acciones directas que incrementen los esfuerzos con el fin de la supresión del evento estresante y/o la disminución de sus efectos. Este tipo de afrontamiento según Martin et al. (2002) sostienen están asociados a resultados psicológicos positivos, tales como una mejor adaptación a la nueva condición del paciente. Por la cual en pacientes con ERC favorecería a la

adherencia al tratamiento, a lograr un nivel de autocuidado que favorezca a tener mejor bienestar.

Reevaluación positiva

Llamada también estrategia de reinterpretación positiva, en la cual el individuo reconoce la realidad de la enfermedad y se centra en los aspectos positivos de la situación, permite predecir significativamente la calidad de vida (Gunzerath, Connelly, Albert y Knebel, 2001, p. 96).

Por lo cual es entendida como la reinterpretación positiva y crecimiento cuyo objetivo es manejar especialmente el estrés emocional en vez de tratar con el estresor; mediante esta interpretación se puede construir una transacción menos estresante en términos de que debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema.

Estrategias de afrontamiento Pasiva:

Las estrategias pasivas (evitación, expresión emocional abierta y auto focalización-negativa) dirige a disminuir o eliminar reacciones emocionales desencadenantes por la fuente estresante, ésta asume que la situación tiene una condición estresante que es inmodificable y por ello centra toda su atención en disminuir el malestar emocional que se va a generar. Por su parte, tratará de controlar la emoción causada por el estrés, así mismo suelen ser consideradas disfuncionales si se mantienen a largo plazo porque llevan a ignorar la realidad, aunque como primera reacción ante una crisis permiten minimizar la ansiedad y facilitar el afrontamiento. (Lazarus, 1966, p. 56)

También es necesario considerar el tipo de acontecimiento su impacto traumático, y el estadio vital de la persona, ya que todos estos factores inciden en la calificación de funcional o no de una estrategia.

Entre ellas tenemos:

Expresión emocional abierta

Se define como la expresión de las emociones de manera agresiva hacia los demás de manera indirecta y no asertiva. Aquí la agresión pasiva se entiende como mecanismo de defensa, ya que la agresividad se ha desvinculado de su motivo o de su objeto, pudiendo haber conciencia o no del sentimiento expresado. Así mismo se manifiesta a través de ser hostil con la persona, enojarse con facilidad.

Evitación

Consiste en apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que afecte emocionalmente (“Saco el problema de mi mente”), empleo de un pensamiento irreal (o mágico) improductivo (“Ojalá hubiese desaparecido esta situación”), o de un pensamiento desiderativo (deseo de que la realidad no fuera estresante, fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, realizar actividades como distracción (diversiones relajantes como ver televisión, oír música, leer un libro o salir de casa frecuentemente. (Lazarus, 1966, p. 86)

La retirada de la interacción con el mundo (retirada apática), en lugar de hacer frente a los problemas y retos con la adopción de acciones eficaces, es un componente clave de todas las adicciones.

Auto focalización negativa

Implica la reducción de los esfuerzos, la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema, debido a la percepción de falta de control sobre el mismo, o a considerarlo irresoluble, y la tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos, o reacciones depresivas: “No tengo forma de afrontar la situación”.

Estrategias de afrontamiento en el paciente con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis.

En la actualidad, la incidencia de las enfermedades crónicas no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal (autoimagen, autoconcepto, integridad corporal, funciones cognitivas, independencia, autonomía y equilibrio emocional), sino también como un desafío dada las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, las mismas que implican la introducción de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios, la modificación de actividades laborales y sociales y la alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos. (Lazarus, 1966, p. 53)

Rodríguez (1995, p. 23) agrega además que el carácter estresante de una enfermedad depende también de sus propias características, tales como duración, aparición, intensidad, gravedad y etapas; así como de su capacidad estigmatizante. Por tal motivo, aquellos que se ven afectados por una enfermedad necesitan integrar los nuevos desafíos que la enfermedad presenta en término de las limitaciones y los cambios en el estilo de vida que implica, ya que así se puede conseguir una adaptación positiva y constructiva a la enfermedad. El que este tipo de adaptación no se produzca permite que el estrés que proviene de la enfermedad, así como aquél que proviene de otros acontecimientos vitales incremente la probabilidad de

conductas mal adaptativas, tales como el incumplimiento del tratamiento y el despliegue de conductas de riesgo, lo que a su vez menoscaba aún más la salud de la persona enferma.

Si bien podría pensarse que las enfermedades crónicas se afrontan de la misma manera que se afronta cualquier otro evento severamente estresante, las características y el contexto en el que se desenvuelven originan exigencias de adaptación y ajuste que no pueden ser fácilmente satisfechas por el modo habitual de afrontar el estrés.

Un afrontamiento adecuado a una situación determinada conduce a un ajuste adecuado, y como evidencia de la adaptación encontramos el “bienestar, el funcionamiento social y la salud somática”. Las estrategias de afrontamiento que desarrollan los pacientes en el aspectos psicológicos y emocionales, determinan el afrontamiento a la enfermedad y que, de alguna u otra forma, van a servir para ser usadas en el momento del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (Lazarus, 1966, p. 97)

El afrontamiento enfocado en el problema presenta mayores resultados positivos cuando la enfermedad es percibida como un evento que puede ser controlado por quien la padece; en cambio el afrontamiento enfocado en la emoción presenta mayores resultados positivos cuando la enfermedad es percibida como incontrolable. Al respecto, Taylor (2003, p. 160) agrega que las personas afectadas por una enfermedad, al menos en sus primeros estadios, tienden a utilizar con mayor frecuencia el afrontamiento enfocado en la emoción, ya que la amenaza que la enfermedad representa para la salud es percibida como un evento que puede ser tolerado, pero que no es susceptible a la acción directa del paciente.

La efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se logra al aceptar las limitaciones y pérdidas que ésta impone y al mantener un balance entre sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo. Por otro lado, también señalan la necesidad de contar con un repertorio amplio de estrategias y estilos de afrontamiento que procuren una mejor adaptación y asimilación de la enfermedad crónica en la existencia personal, pues no todas son útiles en todo momento ni para todo tipo de enfermedad.

El afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1985, p. 56), se entiende como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164). El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos. Las emociones guardan estrecha relación con la expresión y la determinación de la calidad de vida (Rodríguez *et al.*, 1993). De manera general, en los rangos positivos de calidad de vida, predominan los estilos activos de afrontamiento (centrados en la solución del problema), o pasivos (centrados en el control de la emoción), que facilitan el control conductual y emocional provocando una adaptación (López, Martínez, 1998, p. 87). El afrontamiento puede estar dirigido al problema cuando está orientado a su modificación, a su cambio hacia otra cosa que no suponga amenaza para el sujeto. La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia y a claros sentimientos de gozo y alegría. El afrontamiento está dirigido a la emoción cuando el sujeto no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento. Presente en las patologías cuando el sujeto evita

afrontar la situación problema y busca un alejamiento, negación, o transferencia a otros de su responsabilidad en lo ocurrido (Lazarus & Folkman, 1985). Las estrategias dirigidas a la emoción pueden también ser un mecanismo sano de adaptación funcional, cuando desde una valoración racional y ajustada, se acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles. De esta manera, la predilección por el estilo enfocado en la emoción respondería a la percepción de menores niveles de control sobre la situación (como ocurre en muchas situaciones que son parte de la vivencia de la enfermedad crónica), dicho afronte llevaría a que la persona despliegue sus recursos hacia la regulación de sus sentimientos, de tal forma que este estilo mantendría la esperanza y sostendría la autoestima. Por ello, limitarse al uso de un estilo centrado en el problema no haría más que acumular sentimientos de frustración e impotencia en los pacientes mientras que el uso mixto (centrados en la emoción y luego en el problema) tendría mayores beneficios (Cassaretto, Chau, Oblitas, y Valdez, 2007, p. 34).

Cuando una persona enfrenta cualquier situación, realiza una evaluación tanto primaria como secundaria. La evaluación primaria es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, lo que significa de riesgo o de compromiso a su bienestar. La evaluación secundaria es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales y sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. El resultado de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como desafío, reto o amenaza. En el desafío o reto el sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Cuando la situación es valorada como amenaza, el sujeto considera que no posee recursos para hacer frente a la situación, se siente desbordado por ella, genera claras respuestas ansiosas, su actividad de afrontamiento se deteriora. Como consecuencia de lo anterior, la persona se torna poco eficaz,

oscilando desde una actividad caótica, frenética y poco organizada, a la simple inactividad (Casado, 2002, p. 23). Es además significativo el deterioro de las funciones de evaluación y la regresión hacia los patrones más primitivos y menos elaborados de conducta (Lazarus, 1999, p. 34).

Según Gil-Roales (2004, p. 58), se ha encontrado una etapa crítica de la enfermedad crónica y se identifican una serie de reacciones comunes en esta. En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social- familiar.

Definición de la Calidad de vida del paciente con ERC en tratamiento de hemodiálisis

Definición de Calidad de Vida

Desde hace dos décadas y producto de las características epidemiológicas y sociales de la enfermedad, donde las patologías crónicas son prevalentes y para lo cual no existe una curación total, cambia el objetivo de los tratamientos, para ser destinado a atenuarlo o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, utilizándose para ello un modelo alternativo en el cuidado del paciente llamado modelo biopsicosocial, el cual incorpora no sólo el concepto biológico de la enfermedad, sino que adiciona las dimensiones psicológicas y sociales que experimenta el paciente frente a la enfermedad, surgiendo de esta manera el paradigma de calidad de vida como una medida subjetiva de estos dominios (Boyle, 1997, p.23).

Según Schumaker Naughton (1996, p. 28) la calidad de vida se define como la evaluación subjetiva sobre la capacidad del individuo

para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado.

A su vez la OMS define calidad de vida, como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida dentro del contexto cultural y de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Esta definición ha evolucionado desde una perspectiva conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud del paciente (vitalidad, dolor, discapacidad, dependencia con familiares o terceras personas) y cómo la percepción de las mismas está influida por las experiencias y las expectativas del paciente. Se trata, por tanto, de un concepto que abarca aspectos objetivos y subjetivos que reflejan el grado de bienestar físico. Cabe mencionar que para ser más específicos respecto al impacto que ocasiona la enfermedad con la calidad de vida del individuo, diferentes autores (Alfonzo Urzua M. 2010; Fernández y Hernández) emplean el concepto de Calidad de Vida relacionado a la Salud (CVRS), con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como el sustento de su vida. Por el cual Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud CVRS son: el funcionamiento social, físico, y el bienestar emocional”.

Calidad de vida del paciente con ERC en tratamiento de hemodiálisis.

Precisamente, dado el valor que la salud tiene como componente de la calidad de vida, hoy en día es una cuestión de máxima importancia, sobre todo cuando se habla de enfermos crónicos para los cuales sólo existen medidas terapéuticas paliativas. En las investigaciones y en la práctica clínica es cada vez más frecuente encontrar trabajos que buscan definir y evaluar la Calidad de Vida de los pacientes con enfermedades crónicas. Concepto que servirá tanto para valorar las condiciones derivadas de una enfermedad o tratamiento como para tener presente la consideración que el enfermo hace de su situación vital, especialmente las consecuencias en su bienestar físico, emocional y social. Las enfermedades crónicas poseen características que le son propias, y su tratamiento puede ser más o menos desfavorable dependiendo del sistema que se haya visto afectado.

El caso de la ERC presenta unas características que la hacen sumamente adversa Mok y Tam (2001) señalan que estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales y a cambios potenciales en su estilo de vida. Además, sugieren que la enfermedad renal crónica produce problemas en los cuales la amenaza constante de muerte y el carácter restrictivo del tratamiento se hacen presentes; los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles dentro de la familia.

La evaluación de calidad de vida en un paciente con IRC, que tiene como tratamiento la hemodiálisis, representa el impacto que la enfermedad y consecuente su tratamiento sobre la percepción del paciente de su bienestar. La definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la

percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Las investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como su tratamiento de hemodiálisis afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, así como la salud física y psicológica, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida relacionada con la salud.

Dimensiones de la Calidad de vida del paciente con Enfermedad renal crónica en tratamiento de Hemodiálisis.

La calidad de vida es un constructo multidimensional que incluye la percepción del estado y funcionamiento a nivel físico, la enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento, la percepción del funcionamiento psicológico secundarios a la enfermedad como al tratamiento, el funcionamiento social (Bowling, 1994, p. 31).

Dimensión física

Es la percepción del estado físico, respecto a los síntomas como cansancio, sed, dolores osteoarticulares, insomnio, hipotensión, calambres y cefaleas, entre otros, que existe la probabilidad de presentarse en el paciente con ERC, y consecuentemente esto están asociado a una menor Calidad de Vida. Este hallazgo es importante, puesto que las personas que presentan síntomas físicos durante o después del procedimiento pasan las siguientes horas incapacitadas para realizar una actividad normal (Hurtado *et al.*,

2000; Rebollo *et al.*, 2000, p. 21), lo cual mencionaremos a continuación:

Actividades Cotidianas

La función física incluye la independencia, el autocuidado, la capacidad de participar en actividades del hogar. Por otra parte, también se incluyen en este aspecto las limitaciones o dificultades en la realización de actividades de la vida diaria, que requieren mucho o poco esfuerzo; la falta de energía, deterioro muscular y esquelético, sentido de desaliento y fatiga que se presenta en los pacientes con ERC, debido a los productos residuales nitrogenada, trastornos electrolíticos y acidosis metabólica a nivel del organismo, conlleva a que presenten dificultades en las actividades cotidianas y consecuentemente a cambios de su percepción en su calidad de vida (Bowling, 1994, p. 33).

Higiene y Vestimenta

La vestimenta e higiene es una suma de procesos que permite una mejor defensa de la piel para la proliferación de enfermedades con la infección. Para la cual se requiere que el individuo cuente con las habilidades para por realizar su autocuidado, en lo que respecta al paciente con IRC debe ajustar su autocuidado relacionado a cambios estructurales por la sobrecarga hídrica entre periodos intradialiticos, y el cuidado del acceso vascular (Bowling, 1994, p. 34).

Alimentación

Las pacientes que es encuentren en tratamiento de hemodiálisis a menudo tienen trastornos de la nutrición, pérdida de peso corporal, pérdida de masa muscular y disminución del tejido adiposo. Las

restricciones dietéticas, la pérdida de aminoácidos en la hemodiálisis, anorexia, son complicaciones infecciosas que favorecen anomalías nutricionales (Bowling, 1994, p. 34).

La desnutrición es uno de los principales riesgos de muerte entre los pacientes de hemodiálisis. Esto deja claro que el mantenimiento de una dieta específica acompañada de la limitación de agua es de suma importancia para la supervivencia de los individuos con esta condición crónica de salud, ya que tienen todos estos riesgos nutricionales (Bowling, 1994, p. 34).

Dimensión psicológica:

Entre las manifestaciones psicológicas que tienen mayor efecto sobre la calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis se encuentran la depresión y la ansiedad. Se ha demostrado en muchos estudios que la depresión es uno de los problemas psicológicos más comunes que sufren los pacientes en hemodiálisis. Existen evidencias de que estos estados emocionales afectan de manera notable al bienestar de los pacientes y repercuten en la tasa de mortalidad en esta población (Bowling, 1994, p. 31).

A continuación, se explicará respecto la dimensión psicológica algunos de los ámbitos que tienen mayor implicancia en los pacientes con ERC, el cual se presentan:

Expectativa de la Vida

Expectativa de Vida es un estado que tiene que ver con una perspectiva positiva relacionada al futuro, que impulsa al individuo a actuar y a moverse, y es necesario para lograr el bienestar espiritual. La experiencia de enfermarse, cuando es enfrentada con esperanza, hace que el individuo deposite su energía en la expectativa de restituir su salud y el bienestar. Así, el hecho de tener esperanza es

de extrema importancia en la vida de los pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis, ya que favorecerá el estado de ánimo del paciente, y permitirá el autocuidado con el fin de lograr su bienestar. (Bowling, 1994, p. 32).

Afectación Emocional:

En las alteraciones del estado emocional se agrupan la tristeza, el desánimo, la ansiedad y la depresión, principalmente. Siendo la depresión como el problema psicológico más frecuente en los pacientes que tienen como tratamiento la hemodiálisis.

Cuando se habla de depresión, no siempre se hace referencia a una depresión clínicamente entendida. De hecho, la mayoría de los problemas de desánimo que se ven en las unidades de diálisis son formas suaves o leves de depresión o la presencia de algunos de sus síntomas. Lo cual para el diagnóstico de la depresión se puede presentar síntomas como el aislamiento, el desgano y la discontinuidad del tratamiento conllevando a una alteración de su personalidad (Bowling, 1994, p. 35).

Satisfacción

La satisfacción con la vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuanto le gusta a una persona la vida que lleva.

Esta evaluación implica en el paciente: cómo se siente, si se cumplen sus expectativas. Hasta qué punto se considera deseable, etc. El objetivo de evaluación es la vida en conjunto, no el estado momentáneo. El afecto momentáneo puede influir en la percepción de experiencias vitales y en el juicio global sobre la vida, pero no es sinónimo de satisfacción con la vida (Bowling, 1994, p. 36).

Control de Emociones

El control emocional no debe entenderse en reprimir las emociones, sino regular, controlar o eventualmente modificar estados anímicos. Un aspecto importante del autocontrol lo constituye la habilidad de moderar la propia reacción emocional a una situación, ya sea esa reacción negativa o positiva.

Otras reacciones frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal en tratamiento son la hostilidad y la ira, dirigidas hacia el personal asistencial y el régimen terapéutico, como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento (Hersh-Rifkin y Stoner, 2005, p. 26).

Dimensión social

En esta dimensión, lo característico en estos pacientes son los problemas que se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos por su negativa a expresar sus sentimientos, ya que las relaciones sociales se basan en la comunicación. También son ámbitos en los que hay que resaltar el área psicosocial, el empleo del tiempo y los cambios a nivel laboral (Bowling, 1994, p. 41).

Relación con grupo social

Las relaciones sociales se fundamentan en la comunicación y ésta se ve muy determinada por la respuesta emocional. Por eso, muchos de las dificultades que aparecen en las relaciones están marcadas por la alteración emocional. Las dificultades en la convivencia, la tendencia al aislamiento o la evitación de las relaciones sociales son circunstancias que se observan con cierta asiduidad en las unidades de hemodiálisis.

En estos casos, la demanda suele venir por parte de la pareja o de la familia. Los cambios de humor o de carácter del paciente provocan deterioro de la convivencia y favorecen las relaciones conflictivas, provocando además respuestas emocionales negativas en el entorno familiar. También se pueden mencionar algunos comportamientos inadecuados, por su afectación en la convivencia. Nos referimos a la queja excesiva, la exigencia, la inhibición, etc.

Apoyo emocional recibido por parte de la familia

El aumento de la ERC, hace que exista la posibilidad de un crecimiento de la dependencia, fragilidad y necesidad de cuidados de larga duración, donde la familia juega un papel determinante, ya que es la encargada por excelencia de preservar y mantener la salud y la estabilidad emocional y afectiva del enfermo, aunque ello implique sacrificios y esfuerzos innumerables.

Tanto las características de la enfermedad como el tratamiento de hemodiálisis, provocan una serie de cambios que afectan de manera importante la vida del paciente y de todo el sistema familiar, donde se requiere de una reestructuración de los roles familiares ya que las tareas de cuidado se complejizan y demandan de más tiempo de dedicación, fundamentalmente por parte de la persona directamente encargada del cuidado del enfermo, es decir, el cuidador informal (Bowling, 1994, p. 31).

Actividad laboral

En la investigación de Oliveira (2012) se señala que los cambios físicos o psicológicos propios de la enfermedad y el tratamiento, en los pacientes con IRC en hemodiálisis experimentan otras fuentes de estrés, tales como dificultades profesionales que a menudo conducen a la pérdida de la actividad laboral. Esto se debe al hecho

de que el tratamiento de hemodiálisis requiere por lo menos tres días a la semana y también por todo el desgaste físico causado, esta situación da lugar a una disminución de los ingresos mensuales. Esta situación suele provocar baja autoestima de las personas que llegan a ser financieramente dependientes. Así, la responsabilidad de mantener a la familia termina siendo transferido a otra persona. (p. 12)

1.4. Formulación del problema

1.4.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018?

1.4.2. Problemas Específicos

Problema Específico1

¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento activo y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018?

Problema Específico2

¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento pasiva y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018?

1.4.2. Justificación

Justificación Teórica

Dentro de las estrategias planteadas por el plan decenal de salud pública 2012-2021 incorpora la enfermedad renal crónica dentro del grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles y señala la importancia que representa en cuanto a carga de enfermedad para el paciente en etapa de diálisis, por lo que se busca mitigar el impacto que esta enfermedad genera sobre la condición de salud del paciente y el contexto en que se desenvuelve a través del desarrollo y fortalecimiento de un sistema de planificación territorial que fomente la actividad física como herramienta fundamental que encamine a la población al mejoramiento de su condición física saludable (hábitos saludables y factores de riesgo) y la calidad de vida que contribuyen a disminuir la morbilidad y mortalidad de la enfermedad renal.

Actualmente existe una gran incidencia y prevalencia de pacientes con Enfermedad Renal Crónica a nivel mundial. En el Perú la Asociación Peruana de Nefrología, manifiesta que un tercio de la población de peruanos tiene ERC, lo cual hace cada vez la necesidad de recurrir a procedimientos como la hemodiálisis.

La que traen como consecuencias una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que conllevara a la necesidad de la aplicación de estrategias de afrontamiento, para poder regular su adaptación al tratamiento conllevando a un mejor bienestar y por ende una mejor calidad de vida.

Por el cual la presente investigación se justifica porque quiere en los pacientes que tengan ERC y se encuentran recibiendo el tratamiento de hemodiálisis, no sea en gran medida el impacto que ocasiona en su bienestar la enfermedad y el tratamiento y logren adaptarse a través del uso de recursos y la aplicación de las estrategias de afrontamiento, a través de aquellas estrategias

que permiten tener una mejor calidad de vida en este proceso de enfermedad y puedan aplicarlo para lograr un mejor bienestar, por lo cual el profesional de la salud en el marco de la prevención y promoción de la salud, promueva la elaboración de guías de procedimientos y/o modelos de atención enfocadas a promover aquellas estrategias de afrontamiento que contribuyan al mejoramiento del bienestar del paciente con enfermedad renal crónica, lo cual contribuirá al éxito de un cuidado humanizado e íntegro a fin de mejorar la calidad de vida de todos los pacientes que se encuentran en el programa de hemodiálisis.

Justificación Social

Todos los cambios que se presentan en la fase dialítica tienen serias implicaciones en la vida del paciente dado que el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida; autores sostienen que las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud y este último es un aspecto importante que ha adquirido un interés relevante para ser estudiado, debido a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades de este tipo.

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que incorpora a la ciencia la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados de salud, es por eso que el objetivo fundamental en el tratamiento de los pacientes sometidos a diálisis debe ir orientado a conseguir una calidad de vida óptima y no solo a conseguir una estabilidad en los criterios clínicos. La calidad de vida relacionada con la salud asume una importancia creciente como marcador de la calidad del tratamiento en muchas enfermedades crónicas, su evaluación permite la cuantificación de las consecuencias de enfermedades de acuerdo a la percepción subjetiva del paciente y permite el ajuste de las decisiones médicas a sus necesidades físicas, emocionales y sociales; También

mejora la adherencia al plan terapéutico, la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada y la supervivencia del paciente. Las múltiples limitaciones y complicaciones de los pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad renal crónica o bajo tratamiento de sustitución renal pueden contribuir al deterioro de la calidad de vida. La escasa literatura científica que aborde la Calidad de Vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis justifica el desarrollo de esta investigación y podría allanar el camino para la consideración de la calidad de vida en la supervivencia de la enfermedad renal crónica.

Así mismo el estudio está orientado a proporcionar evidencia científica de referencia a la institución para la implementación o fortalecimiento de programas educativos que tomen en cuenta las diferentes estrategias de afrontamiento que mantenga y fortalezcan la calidad de vida del paciente.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

Las estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

1.5.2. Hipótesis Específicas

Hipótesis Específica 1

Las estrategias de afrontamiento activo se relacionan significativamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

Hipótesis Específica 2

Las estrategias de afrontamiento pasiva se relacionan significativamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

1.6.2. Objetivos Específicos

Objetivo Específico 1

Determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento activo y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

Objetivo Específica 2

Determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento pasiva y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

II. Método

2.1. Diseño de estudio

Es una investigación de tipo no experimental. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2016, p. 103-105). Según su finalidad es una investigación aplicada porque se dará soluciones prácticas al problema de investigación; así como las aportaciones respectivas para el conocimiento científico y estudios posteriores. (Landeau, 2007, p. 55)

Metodología:

Según su naturaleza es una investigación cuantitativa porque se orienta al estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social. (Landeau, 2007, p. 57)

El cuestionario de estrategias de afrontamiento estuvo compuesto de 40 preguntas con respuestas de escala de Likert como Nunca, Casi Nunca, A veces, Casi siempre y Siempre de igual forma el cuestionario de calidad de vida estuvo compuesto de 30 preguntas con la misma escala de respuestas de tipo Likert.

Tipo de Investigación:

Según su carácter es una investigación descriptiva porque describe las tendencias de un grupo o población en análisis de investigación. Además de especificar las propiedades, características y rasgos importantes de los fenómenos que se analice.

Es también Correlacional porque nos permite conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en estudio en un contexto en particular. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2016, p. 103-105)

Según el alcance temporal es una investigación transversal por que el estudio se hace en un momento determinado. (Landeau, 2007, p.60)

2.2. Variables, Operacionalización

En la investigación se establecieron como variables de estudio las Estrategias de afrontamiento y la calidad de vida. Estas variables fueron de naturaleza cualitativa y de escala ordinal, por lo tanto, se pudieron establecer relaciones de orden entre las categorías.

2.2.1. Definición conceptual de las variables

Estrategias de afrontamiento

Es la respuesta expresada, que emite el paciente con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis, sobre la adaptación respecto al impacto de la enfermedad y tratamiento.

Calidad de vida

Es la respuesta expresada, que emite el paciente con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis, sobre la valoración que realiza de su bienestar con respecto al impacto de la enfermedad y tratamiento en los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

2.2.2. Definición operacional de las variables

Tabla 1

Matriz operacional de estrategias de afrontamiento

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Estrategia de Afrontamiento Activo.	Analizar las causas del problema.	6,13, 20,27 34,3	Adecuada (148-200)
	Seguir unos pasos concretos.	10,17 24,31	Regular (94-147)
	Establecer un plan de acción.	38,7 14,21	No Adecuada (40-93)
	Hablar con las personas implicadas.	28,35 1,8	
	Poner en acción soluciones concretas	15,22 29,36	
	Pensar detenidamente los pasos a seguir.		
	Contar con los sentimientos a familiares o amigos.		
	Pedir consejo a parientes o amigos.		
	Pedir información a parientes o amigos.		
	Hablar con amigos o parientes para ser tranquilizado.		
	Pedir orientación sobre camino a seguir.		
	Expresar los sentimientos a familiares o amigos.		
	Asistir a la iglesia.		
	Pedir ayuda espiritual.		
	Acudir a la iglesia para rogar se solucione el problema		
	Confiar en que Dios remediase el problema.		

	Rezar Acudir a la iglesia para poner velas o rezar.		
Estrategia de Afrontamiento pasivo.	Concentrarse en otras cosas.	4,11 18,25	Adecuada (148-200)
	Volcarse en el trabajo u otras actividades.	32,39 5,12	Regular (94-147)
	“Salir” para olvidarse del problema.	19,26 33,40	No Adecuada (40-93)
	No pensar en el problema.	2,9 16,23	
	Practicar deporte para olvidar.	30,37	
	Tratar de olvidarse de todo.		
	Auto convencerse negativamente		
	No hacer nada ya que las cosas suelen ser malas.		
	Auto culpación.		
	Sentir indefensión respecto al problema.		
	Asumir la propia incapacidad para resolver la situación.		
	Resignarse.		
	Descargar el mal humor con los demás.		
	Insultar a otras personas.		
	Comportarse hostilmente.		
	Agredir a alguien.		
	Irritarse con la gente.		
	Luchar y desahogarte Emocionalmente.		

Tabla 2

Matriz operacional de calidad de vida

Dimensiones	Indicadores	Ítem	Rangos
Física	Actividades Cotidianas	1,2,3,5	Alta
	Higiene y Vestimenta	4,6,7,8	(112-150)
	Alimentación	9)	Media (71-111) Baja (30-70)
Psicológica	Afectación emocional	10,11,12	Alta
	Expectativa de la vida	13,14,15	(112-150)
	Estado emocional	16,17,18	Media
	Satisfacción	19,20	(71-111) Baja (30-70)
Social	Control de Emociones	21,22,23	Alta
	Relación con grupo	24,25,26	(112-150)
	Social	27,28,29	Media
	Discriminación	30	(71-111)
	Apoyo emocional recibido por parte de la familia		Baja (30-70)
	Actividad laboral		

2.3. Población, muestra y muestreo**2.3.1 Población**

La población son todos los pacientes que asisten frecuentemente a la Clínica HZ Puente Piedra, Lima - 2018, siendo un aproximado de 90 pacientes.

Muestra

La muestra fue seleccionada mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional o deliberado, 50 pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Criterios de Inclusión

Pacientes con enfermedad renal crónica, y que estén inscritos y atendidos en a la Clínica HZ Puente Piedra, Lima - 2018.

Que tengan tiempo de tratamiento mayor a 2 años y menor a 5 años.

Que acepten participar en el estudio

Que sepan leer

Que hablen castellano

Que tengan como diagnostico medico solo enfermedad renal crónica

Pacientes que tengan como acceso fistula arteriovenoso o cvc

Criterios de Exclusión

Que tengan limitación para comunicarse.

Pacientes con enfermedad psiquiátrica.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.4.1. Técnica de recolección de datos.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista encuesta y los instrumentos fueron, un cuestionario tipo Likert modificada (Anexos) tomando como referencia la Escala de Estrategias de Afrontamiento Revisada (EEC-R) que fue desarrollada por Chorot y Sandín (1999), analizado bajo el Coeficiente de Cronbach (>0.85 , niveles altos de confiabilidad), bajo los criterios de Lazarus y Folkman (1984) que ha sido utilizado en varias investigaciones realizadas en Colombia, principalmente enfocadas a enfermedades crónicas como la IRC con el objetivo para determinar las Estrategias de Afrontamientos que realizan los pacientes frente al impacto de la enfermedad en su vida.

El segundo instrumento es un cuestionario tipo Likert modificado (Anexos), basado en el cuestionario SF 36 (una versión reducida del medical Outcomesurvey), con el objetivo de conocer la perspectiva que tiene el paciente sobre su calidad de vida frente a los cambios que conlleva la ERC.

Los cuáles fueron aplicados a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra a través de la técnica de la encuesta, con el objetivo de obtener información acerca de las estrategias de afrontamiento y su relación con la calidad de vida que tiene el paciente con ERC que reciben tratamiento de hemodiálisis.

Cada instrumento constó de cuatro partes que son: Introducción, instrucciones, datos generales, datos médicos y datos específicos que consta cada una en entre 28 a 40 preguntas aproximadamente.

2.4.2. Instrumentos de recolección de datos

Ficha técnica del instrumento para medir estrategias de afrontamiento

Nombre : Cuestionario para estrategias de afrontamiento

Autor : Adaptado Chorot y Sandín

Año : 1999

Objetivo : Determinar las estrategias de afrontamiento de los pacientes con ERC

Lugar de aplicación: Clínica HZ Puente Piedra Lima

Forma de aplicación: Directa

Duración de la Aplicación: 10min.

Descripción del instrumento: Esta dividido en dos dimensiones: estrategias de afrontamiento activo y pasivo las cuales constan de 40 preguntas y con opciones de respuesta: Escala de Likert Nunca, A veces, Casi Nunca, Casi siempre, Siempre

Procedimiento de puntuación:

Adecuada (148-200) – Regular (94-147) - No Adecuada (40-93)

Ficha técnica del instrumento para medir calidad de vida

Nombre : Cuestionario para calidad de vida

SF 36 (una versión reducida del medical Outcomesurvey),

Autor :

Año : 1999

Objetivo : Determinar las estrategias de afrontamiento de los pacientes con ERC

Lugar de aplicación: Clínica HZ Puente Piedra Lima

Forma de aplicación: Directa

Duración de la Aplicación: 10min.

Descripción del instrumento: Esta dividido en tres dimensiones: Física, Psicológica y social las cuales constan de 30 preguntas y con opciones de respuesta: Escala de Likert Nunca, A veces, Casi Nunca, Casi siempre, Siempre

Procedimiento de puntuación:

Alta (112-150) – Media (71-111) – Baja (30-70)

2.5. Validación y confiabilidad de los instrumentos

2.5.1. Validación de los instrumentos

La validación de un instrumento, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.56).

Para determinar la validez del instrumento, no se sometió a consideraciones de juicio de expertos, debido a que los instrumentos se encuentran validados internacionalmente.

2.5.2. Confiabilidad de los instrumentos

Los instrumentos de recolección de datos que presentaron ítems con opciones politómicas, fueron evaluados a través del coeficiente alfa de Cronbach con el fin de determinar su consistencia interna, analizando la correlación media de cada ítem con todas las demás que integran dicho instrumento. Se aplicó la prueba piloto y después de analizó mediante el Alfa de Cronbach con la ayuda del software estadístico Spss versión 21.

Tabla 3

*Confiabilidad cuestionario de Estrategias de Afrontamiento***Resumen del procesamiento de los casos**

		N	%
Casos	Válidos	30	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,976	40

Fuente: Elaboración Propia (2018)

Interpretación:

Considerando la siguiente escala (De Vellis, 2006, p.8)

Por debajo de .60 es inaceptable

De .60 a .65 es indeseable.

Entre .65 y .70 es mínimamente aceptable.

De .70 a .80 es respetable.

De .80 a .90 es buena

De .90 a 1.00 Muy buena

Siendo el coeficiente de Alfa de Cronbach superior a 0.9 indicaría que el grado de confiabilidad del instrumento es muy buena.

Tabla 4

*Confiabilidad cuestionario de Calidad de Vida***Resumen del procesamiento de los casos**

		N	%
Casos	Válidos	30	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,966	30

Interpretación:

Considerando la siguiente escala (De Vellis, 2006, p.8)

- Por debajo de .60 es inaceptable
- De .60 a .65 es indeseable.
- Entre .65 y .70 es mínimamente aceptable.
- De .70 a .80 es respetable.
- De .80 a .90 es buena
- De .90 a 1.00 Muy buena

Siendo el coeficiente de Alfa de Cronbach superior a 0.9 indicaría que el grado de confiabilidad del instrumento es muy buena.

2.6. Métodos de análisis de datos

Para la recolección de datos se realizó los tramites mediante oficios dirigido al director de la Clínica HZ Puente Piedra, y la presentación del proyecto de investigación para su evaluación por parte del comité de ética de investigación.

Posteriormente se desarrolló coordinaciones con el jefe del servicio de hemodiálisis y la jefa de enfermeras del servicio de hemodiálisis para la accesibilidad a las historias de los pacientes y facilidad en la recolección de los datos.

La recolección de datos se desarrolló por las mañanas, tardes y noches, según la programación que tienen los cuatro grupos de pacientes en el día para su hemodiálisis, durante el mes de febrero, en total cinco días. Al realizar la entrevista se explicó de manera clara y sencilla lo que se pretende recolectar en

esta investigación y así mismo se solicitó su participación mediante el consentimiento informado de la presente investigación. (Anexos).

Previo a la recolección de datos se procedió a realizar la tabla de códigos, mediante valores asignados en la medición de las variables.

Una vez terminado los valores de las respuestas de la variable se realizó el procesamiento de datos de la Matriz Tripartita. Mediante Escala de Vellis para obtener los intervalos o parámetros del valor final para cada dimensión respectiva.

Procesamiento de Datos:

Los datos para su procesamiento seguirán el siguiente orden.

Se ordenó cada instrumento del N° 1 al N° 50 (cantidad de entrevistados)

Se vaciaron los datos obtenidos en cada instrumento a una tabla maestra.

Se construyó las frecuencias de cada variable, teniendo en cuenta los resultados de cada categoría.

2.7. Aspectos éticos

El estudio se realizó con la finalidad de beneficiar a la comunidad en general y los autores, no obedecen a intereses de particulares; se realiza como trabajo académico con la vigilancia estricta de asesores y grupos de ética.

Autonomía: porque se dejó que cada uno responda las preguntas sin ninguna influencia externa ni la de sus compañeros de al lado tanto el paciente como el personal de enfermería.

Reciprocidad: se informó a los estudiantes que este estudio serviría para identificar los factores de riesgo de infección asociada a catéter de hemodiálisis y mediante esta identificación se podrá proponer alternativas de solución y esto beneficiara a la sociedad en la cual se desenvuelven.

No maleficencia: no se hizo ninguna pregunta que pudiera causar daño o que pueda atentar contra el pudor o la intimidad de los estudiantes, lo cual se les informo previamente y además se les dijo que podían abandonar el cuestionario, en caso atente contra su idiosincrasia, en caso ellos así lo sientan.

Confidencialidad: los daos que se obtendrán a través de la encuesta realizada, es decir, del instrumento solo fue y será conocido por el investigador y dichos datos solo serán usados para la investigación programada y deseada, de tal forma que nadie más sabrá o conocerá su respuesta de manera personal.

Beneficencia: La información que se obtendrá solo se utilizará con el fin determinar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis de Clínica HZ Puente Piedra, Lima y poner en evidencia con este estudio.

Justicia y Equidad: Se consideró a todos los pacientes de la clínica por igual y se les dio el mismo trato a todos.

Veracidad: el investigador se comprometió bajo criterios de honestidad y honradez intelectual a no alterar y/o manipular los resultados obtenidos en el estudio, primero estos datos se mostrarán a la clínica HZ de hemodiálisis y luego a la comunidad científica sin alterar los datos obtenidos tal cual haya salido el resultado.

III. Resultados

3.1. Resultados descriptivos

3.1.1. Descripción de la variable estrategias de afrontamiento

Tabla 5

Estrategias de Afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
No Adecuada	7	14,0
Regular	21	42,0
Adecuada	22	44,0
Total	50	100,0

Nota: Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento

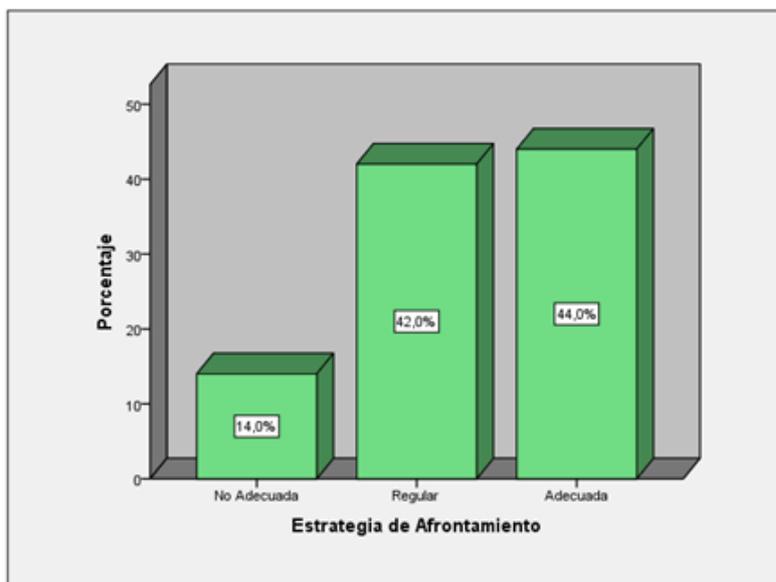


Figura 1. Diagrama de frecuencias de las Estrategias de Afrontamiento

Interpretación:

Como se observa en la tabla 6 y figura 1; las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en un nivel de no adecuada representan un 14%, regular un 42% y adecuada un 44%.

3.1.2. Descripción de la variable calidad de vida

Tabla 6

Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	8	16,0
Media	23	46,0
Alta	19	38,0
Total	50	100,0

Nota: Cuestionario de Calidad de Vida

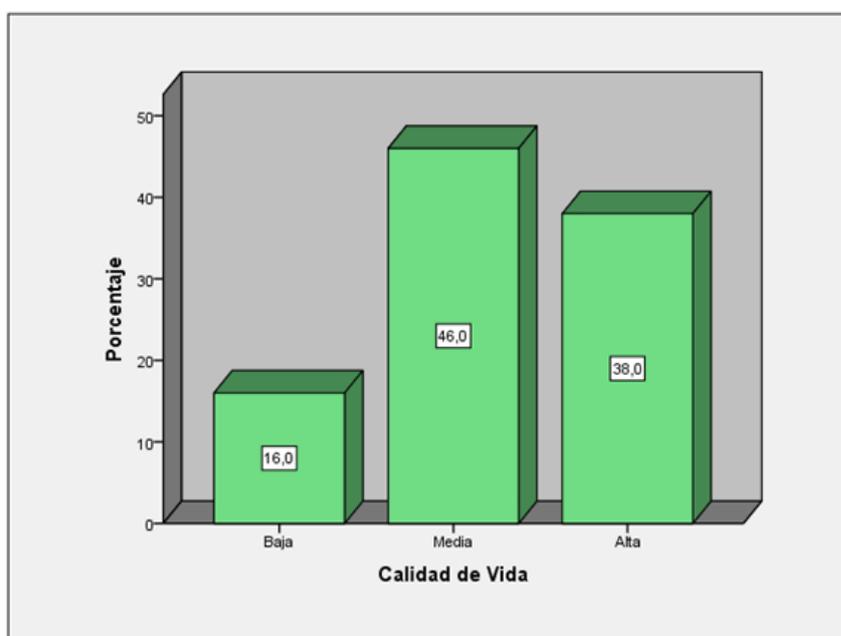


Figura 2. Diagrama de frecuencias de la Calidad de Vida

Interpretación:

Como se observa en la tabla 7 y figura 2; la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en un nivel bajo representa un 16%, media un 46% y alta un 38%.

3.1.3. Descripción de las variables estrategias de afrontamiento y calidad de vida

Tabla 7

Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

		Calidad de Vida			Total
		Baja	Media	Alta	
Estrategia de Afrontamiento	No Adecuada	7 14,0%	0 0,0%	0 0,0%	7 14,0%
	Regular	0 0,0%	19 38,0%	2 4,0%	21 42,0%
	Adecuada	1 2,0%	4 8,0%	17 34,0%	22 44,0%
Total		8 16,0%	23 46,0%	19 38,0%	50 100,0%

Nota: Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida

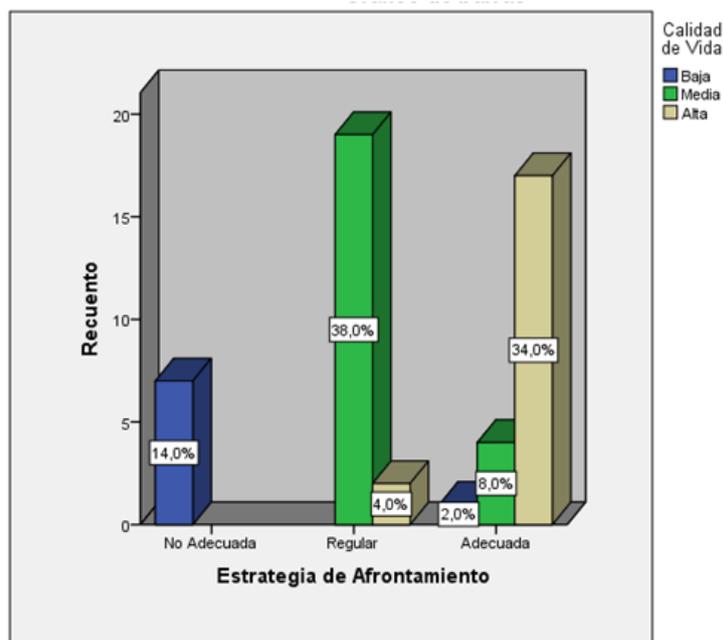


Figura 3. Diagrama de barras agrupadas de las Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida

Interpretación:

Como se observa en la tabla 8 y figura 3; las estrategias de afrontamiento en un nivel no adecuada el 14% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel bajo en su calidad de vida, por otro lado, las estrategias de afrontamiento en un nivel regular el 38% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un

nivel medio en su calidad de vida. Así mismo, las estrategias de afrontamiento en un nivel adecuada el 34% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel alto en la calidad de vida.

3.1.4. Descripción de las variables estrategias de afrontamiento activo y calidad de vida

Tabla 8

Las Estrategias de Afrontamiento Activo y Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

		Calidad de Vida			Total
		Baja	Media	Alta	
Estrategia de Afrontamiento Activo	No Adecuada	7 14,0%	1 2,0%	0 0,0%	8 16,0%
	Regular	0 0,0%	18 36,0%	0 0,0%	18 36,0%
	Adecuada	1 2,0%	4 8,0%	19 38,0%	24 48,0%
Total		8 16,0%	23 46,0%	19 38,0%	50 100,0%

Nota: Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida

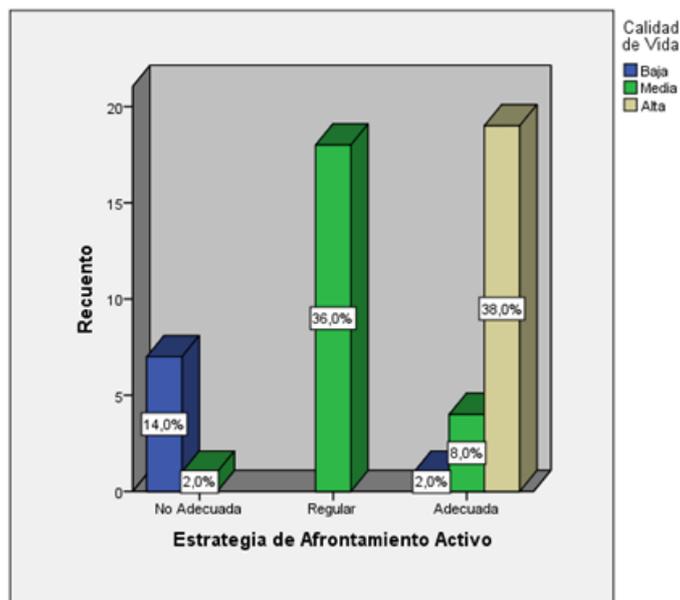


Figura 4. Diagrama de barras agrupadas de las Estrategias de Afrontamiento Activo y Calidad de Vida

Interpretación:

Como se observa en la tabla 9 y figura 4; las estrategias de afrontamiento activo en un nivel no adecuada el 14% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel bajo en su calidad de vida, por otro lado, las estrategias de afrontamiento activo en un nivel regular el 36% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel medio en su calidad de vida. Así mismo, las estrategias de afrontamiento activo en un nivel adecuada el 38% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel alto en la calidad de vida.

Tabla 9

Estrategias de Afrontamiento Pasiva y Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

		Calidad de Vida			Total
		Baja	Media	Alta	
Estrategia de Afrontamiento Pasiva	No Adecuada	6 12,0%	0 0,0%	0 0,0%	6 12,0%
	Regular	1 2,0%	12 24,0%	0 0,0%	13 26,0%
	Adecuada	1 2,0%	11 22,0%	19 38,0%	31 62,0%
Total		8 16,0%	23 46,0%	19 38,0%	50 100,0%

Nota: Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida

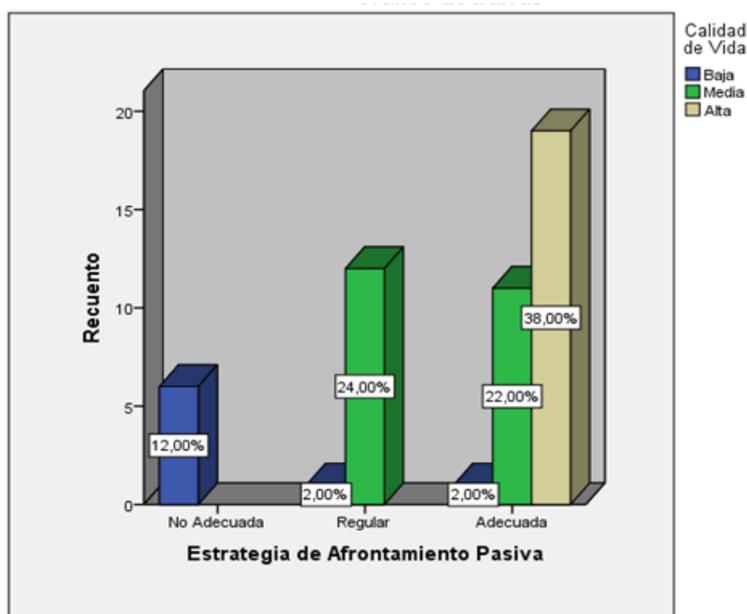


Figura 5. Diagrama de barras agrupadas de las Estrategias de Afrontamiento Pasivo y Calidad de Vida

Interpretación:

Como se observa en la tabla y figura; las estrategias de afrontamiento pasiva en un nivel no adecuada el 12% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel bajo en su calidad de vida, por otro lado, las estrategias de afrontamiento pasiva en un nivel regular el 24% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel medio en su calidad de vida. Así mismo, las estrategias de

afrontamiento pasiva en un nivel adecuada el 38% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel alto en la calidad de vida.

3.2. Análisis inferencial

Hipótesis General

Ho: Las Estrategias de Afrontamiento no se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

Ha: Las Estrategias de Afrontamiento se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

Tabla 10

Correlación Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida

		Calidad de Vida	Estrategia de Afrontamiento	
Rho de Spearman	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	1,000	
		Sig. (bilateral)	,776**	
	Estrategia de Afrontamiento	N	.	,000
		Coeficiente de correlación	50	50
		Sig. (bilateral)	,776**	1,000
		N	,000	.
		50	50	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.776 indica que existe relación positiva entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación alta. Por tanto: Se concluye que: Las Estrategias de Afrontamiento se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

Hipótesis específica 1

Ho: Las Estrategias de Afrontamiento Activo no se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

Ha: Las Estrategias de Afrontamiento Activo se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

Tabla 11

Correlación Estrategias de Afrontamiento Activo y Calidad de Vida

		Calidad de Vida	Estrategia de Afrontamiento Activo
Rho de Spearman	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,829**
		N	,000
Estrategia de Afrontamiento Activo		Coeficiente de correlación	50
		Sig. (bilateral)	,829**
		N	,000
			50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.829 indica que existe relación positiva entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación alta. Por tanto: se concluye que: Las Estrategias de Afrontamiento Activo se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

Hipótesis específica 2

Ho: Las Estrategias de Afrontamiento Pasiva no se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

Ha: Las Estrategias de Afrontamiento Pasiva se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

Tabla 12

Correlación Estrategias de Afrontamiento Pasiva y Calidad de Vida

			Calidad de Vida	Estrategia de Afrontamiento Pasiva
Rho de Spearman	Calidad de Vida	Coefficiente de correlación	1,000	,714**
		Sig. (bilateral)	.	,000
	Estrategia de Afrontamiento Pasiva	N	50	50
		Coefficiente de correlación	,714**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	50	50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.714 indica que existe relación positiva entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación alta. Por tanto: Se concluye que: Las Estrategias de Afrontamiento Pasiva se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

IV. Discusión

Con respecto a la hipótesis general se ha evidenciado en el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.776, donde indica que existe relación positiva entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación alta. Por tanto: Se concluye que: Las Estrategias de Afrontamiento se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

Igualmente de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados la presente investigación corrobora lo planteado por Diaz, Présiga y Zapata (2017) y Guamán y Yuqui (2017), puesto que coincide en afirmar que las estrategias de afrontamiento se asocian positivamente con la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica ello guarda relación los resultados descriptivos encontrados en los estudios presentados siendo que las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en un nivel de no adecuada representa un 14%, regular un 42% y adecuada un 44%; igualmente la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en un nivel baja representa un 16%, media un 46% y alta un 38%.

De los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto a la hipótesis específica 1, el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.829 indicó la existencia de relación positiva entre las variables además se encontró en el nivel de correlación alta y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.01$ (altamente significativo), se concluyó que: Las Estrategias de Afrontamiento Activo se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018; esto es, las estrategias de afrontamiento activo en un nivel no adecuada el 14% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel bajo en su calidad de vida, por otro lado, las estrategias de afrontamiento activo en un nivel regular el 36% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel media en su calidad de vida. Así mismo, las estrategias de afrontamiento activo en un nivel adecuada el

38% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel alto en su calidad de vida.

Igualmente de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto a la hipótesis específica 2, el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.714 indicó la existencia de relación positiva entre las variables además se encontró en el nivel de correlación alta y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.01$ (altamente significativo), se concluyó que: Las Estrategias de Afrontamiento Pasiva se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018; esto es, las estrategias de afrontamiento pasiva en un nivel no adecuada el 12% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel bajo en su calidad de vida, por otro lado, las estrategias de afrontamiento pasiva en un nivel regular el 24% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel media en su calidad de vida. Así mismo, las estrategias de afrontamiento pasiva en un nivel adecuada el 38% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel alto en su calidad de vida.

Así mismo de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto a la hipótesis general, el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.776 indicó la existencia de relación positiva entre las variables además se encontró en el nivel de correlación alta y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.01$ (altamente significativo), se concluyó que: Las Estrategias de Afrontamiento se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018; esto es, las estrategias de afrontamiento en un nivel no adecuada el 14% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel bajo en su calidad de vida, por otro lado, las estrategias de afrontamiento en un nivel regular el 38% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel media en su calidad de vida. Así mismo, las estrategias de afrontamiento en un nivel adecuada el 34% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel alto en su calidad de vida.

Así mismo de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados la presente investigación corrobora lo planteado por Perales, Duschek y Reyes (2015) y Gallardo y Franco (2014) puesto que se coincide en que existe una relación estadística entre las variables de salud involucradas en el estudio Estrategias de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica; siendo que el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.776 indica que existe relación positiva entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación alta y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.01$ (altamente significativo), se concluye que: Las Estrategias de Afrontamiento se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, lo que coincide igualmente con lo encontrado por Calongos (2017) y Santos (2016), quienes demostraron igualmente la correlación estadística entre ambas variables.

Igualmente de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados la presente investigación corrobora lo planteado por Viana et al. (2014) y Martínez (2012) y Varela y Rodríguez (2013), puesto que existe una disminución de la calidad de vida en los componentes físicos y mentales de los pacientes de hemodiálisis estos se corrobora en las correlaciones encontradas siendo que el coeficiente de correlación Rho Spearman de entre las Estrategias de Afrontamiento Activa y la Calidad de Vida de $r=0.714$ demostró una menor asociación que las Estrategias de Afrontamiento Pasiva y la Calidad de Vida de $r=0.829$; coincidiendo igualmente con lo planteado por Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2008) y Ramírez (2014); puesto que las estrategias de afrontamiento son una necesidad en el tratamiento médico en los pacientes con enfermedad renal crónica.

Así mismo de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados la presente investigación corrobora lo planteado por Carrasco (2015) y Cossio y Tanchiva (2015), puesto que coincide en afirmar que las estrategias de afrontamiento activas y pasivas tienen una alta asociación positiva con la variable calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica, sin embargo mayor

importancia debiera dársele a las estrategias activas como lo plantea igualmente Arque y Olazabal (2014), Acosta, Chaparro, Rey (2013) y Chávez (2013) siendo que el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.776 indica que existe relación positiva entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación alta y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.01$ (altamente significativo), se concluye que: Las Estrategias de Afrontamiento se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

V. Conclusiones

Primera

La presente investigación respecto a la hipótesis general, demuestra que Las Estrategias de Afrontamiento se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018.; siendo que el coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.776, demostró una alta asociación entre las variables.

Segunda

La presente investigación respecto a la hipótesis específica 1, demuestra que las Estrategias de Afrontamiento Activo se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018.; siendo que el coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.829, demostró una alta asociación entre las variables.

Tercera

La presente investigación respecto a la hipótesis específica 2, demuestra que Las Estrategias de Afrontamiento Pasiva se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018; siendo que el coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.714, demostró una alta asociación entre las variables.

VI. Recomendaciones

Primera

Que en los centros y servicios de hemodiálisis se promuevan programas de educación para la salud con técnicas participativas que promuevan las estrategias de afrontamiento activas enfocadas principalmente a la solución del problema orientadas a contribuir para la adopción de conductas saludables destinada a mejorar la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis y disminuir el riesgo a complicaciones.

Segunda

Que exista mayor coordinación y trabajo coordinado con el equipo interdisciplinario que labora en los centros y servicios de hemodiálisis, para que no solo de prioridad a las necesidades fisiológicas del paciente, sino que vean de manera integrada los aspectos biopsicosociales del paciente y puedan generar plan de acciones al respecto.

Tercera

Realizar campañas promocionales o estrategias educativas para los pacientes a fin de fortalecer los mecanismos de afronte y desarrollar sus habilidades para mejorar su calidad de vida y aumentar la resistencia de las alteraciones psicológicas asociadas a los cambios de la apariencia física productos de la enfermedad renal crónica.

Cuarta

Realizar estudios de investigación donde se relacionen calidad de vida y estrategias de afrontamiento, que busquen validar instrumentos de acuerdo a las características de los pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis, así mismo realizar estudios con enfoque cualitativo que permita profundizar en el tema.

VII. Referencias

Acevedo, J. y Avellaneda, L. (2005). *Relación entre las estrategias de afrontamiento*

utilizadas por las personas discapacitadas físicas al adquirir su limitación y los factores de personalidad en las ciudades de Duitama y Sogamoso. (Tesis de grado no publicada), Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja.

Alarcón, A. (2004). *La personalidad del paciente y el apoyo psicosocial.* En A. Alarcón (Ed.), *Aspectos psicosociales del paciente renal* (pp. 31-46). Bogotá: Clínica Marly.

Alarcón, I., Farías, D. y Barrios, S. (2009). *Factores que influyen en la percepción de calidad de vida de personas adultas bajo terapias de sustitución renal.* Santiago, Chile. Recuperado de http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/201/factores_que_influyen_en_la_percepcion.pdf

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

Álvarez, F. (2011). *Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica.* *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, España. Recuperado de http://revistaseden.org/files/art134_1.pdf

Anderson, J. & Levine, J. (1985). *Identificación y Prevención de Problemas Psicosociales en el Enfermo Renal.* En D. Levine, *Manual de Cuidados del Paciente Renal.* Madrid: Emalsa.

Apostolou, T. & Gokal, R. (2000). *Quality of Life after Peritoneal Dialysis.* En R. Kahna & R. Krediet (Eds.), *Nolp and Gokal's Textbook of Peritoneal Dialysis*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, The Netherlands.

Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J., Amoedo, M., Gil, M., & Sirvent,

E. (2004). *Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis*. *Nefrología*, 24, 470-479.

Asociación Americana de Pacientes Renales. (2005). *Conozca Sus Opciones de Hemodiálisis*. Recuperado de file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/understanding%20your%20hemodialysis%20options%20spanish%20(1).pdf

Badia, X. y Lizán, L. (2003). *Estudios de calidad de vida*. En A. Martín y J. Cano (Eds.), *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica* (pp. 250-261). Madrid: Elsevier.

Bravo, R. (2013). *Factores psicológicos que afectan a pacientes en hemodiálisis en el servicio de Nefrología en el Hospital "Julio Criollo Rivas"* (Tesis de pregrado), Universidad de Bolivia, Bolivia. Recuperado de http://www.academia.edu/7768159/TESIS_HEMODIALISIS_octubre_2013

Brook, N. & Nicholson, M. (2003). *Kidney transplantation from non heart-beating donors*. *Surgeon*, 1, 311-322.

Brown, G. K. y Nicassio, P.M. (1987). *Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients*. *Pain* 31, 53-64.

Brown, G. K., Nicassio, P. M. & Woolston, K. A. (1989). *Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 652-657.

- Cameron J., Whiteside, D., Katz J., y Devins, G. (2000). *Differences in Quality of Life Across Renal Replacement Therapies: a meta-analytic Comparison*. American Journal of Kidney Diseases, 35, 629-637.
- Carmichael, P., Cois, y Popoola, J., (2000). *Assessment of Quality of Life in a Single Center Dialysis Population using the KDQOL-SF Questionnaire*. Quality of Life Research, 9, 195-205.
- Casado, F. D. (2002). *Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas*. Apuntes de Psicología, 20, 403-414.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., y Valdez, N. (2007). *Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica*. Estrés y afrontamiento, 1, 87-98.
- Chan C., McFarlane P., & Pierratos A. (2005). *Quotidian dialysis-update*. Current Opinion in Nephrology and Hypertension, 5, 56-68.
- Chávez, J. (2013). *Calidad de vida del paciente renal en el servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza* (Tesis de pregrado), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4320/1/Chavez_Dextre_Jessica_Isabel_2014.pdf
- Cidoncha, M., Estévez, I., Marín, J., Anduela, M., Subyaga, G., y Diez de Baldeón, S. (2003). *Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis*. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
- Cuñado, R. (2014). *Repercusiones de la enfermedad Renal y de los tratamientos*

sustitutivos en el los pacientes renales crónicos. (Tesis de pregrado), Universidad de Valladolid. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11803/1/TFGH186.pdf>

Fernández, S., Martín, A., Barbas, M., González, M., Alonso, M., y Ortega, M. (2005). *Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal.* *Nefrología*, 57, 185-198.

Figueroa, R. (2010). *Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal, utilizando el cuestionario KDQOL-36; Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud: mayo 2010* (Tesis de post-grado), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3661/1/Figueroa_Diaz_Rocio_Aida_2010.pdf

Gamboa, C. (2014). *Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo ii sobre su calidad de vida. Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo* (Tesis de pregrado), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3625/Gamboa_cc.pdf?sequence=1

Gil-Roales, J. (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica conceptual y aplicaciones.* Madrid: Pirámide.

Gómez-Vela M. y Sabeth, E. (2002). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica.* Recuperado el 14 de febrero, 2007, de <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>

Gonzales, M. (2014). *Insuficiencia Renal Crónica. España.* Recuperado de <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion9/capitulo144/capitulo144.htm>

Gudiño, A. (2009). *Calidad de Vida de los pacientes trasplantados Renales.*

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Recuperado de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gudino_ana_beatriz.pdf

- Hernández, G. (1995). *Algunas reflexiones sobre la insuficiencia renal crónica terminal en México*. Gaceta Médica México, 4, 59-63.
- Hyde, J. S. (1995). *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- Hersh-Rifkin, M. y Stoner, M. H. (2005). *Psychosocial aspects of dialysis therapy*. En J. Kallenbach, C. Gutch, M. Stoner & A. Corea. (Eds.) *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. St Louis, MO: Mosby Inc.
- Kidney Failure. (2010). *Insuficiencia Renal: Cómo escoger el mejor tratamiento para usted*. Rev. National Institutes of Health. Recuperado de file:///C:/Users/JoseAntonio/Downloads/KFS-Hemodialysis_SP_508.pdf
- Kimmel, P. (2001). *Psychosocial Factors in Dialysis Patients*. *Kidney International*, 59, 1599-1613.
- Kutner, N., Zhang, R. & McClellan, W. (2000). *Patient-Reported Quality of Life Early in Dialysis Treatment: Effects Associated with usual Exercise Activity*. *Nephrology Nursing Journal*, 27, 34-42.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1985). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 164.
- Lazarus, R. S. (1999). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- López Martínez, A. E. (1998). *El constructo de calidad de vida*. Impreso del curso del doctorado: *Ocio y calidad de vida*. Universidad de Málaga. España.

- Manzan, B. (2014). *Calidad de vida de portadores de insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemo dialítico* (Tesis de pregrado), Universidad de São Paulo, Brasil). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/929/92935317011>
- Martínez, I. (2012). *Calidad de Vida de pacientes en Programas de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria* (Tesis de pregrado), Universidad Veracruzana, México. Recuperado de http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtet_riz/31.pdf
- Mera, M. (2007). *Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006* (Tesis de pregrado), Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>
- National Institutes Of Health. (2012). *Métodos de Tratamiento para la Insuficiencia Renal Crónica*, E.E.U.U. Recuperado de <https://www.niddk.nih.gov/healthinformation/informaciondelasalud/enfermedadde%20los%20rinones/%20hemodialysis/Pages/M%C3%A9todos-de-tratamiento-para-la%20insuficiencia-renalHemodi%C3%A1lisis.aspx>
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Manual de Aplicación e Interpretación del WHOQOL100*. Recuperado enero 10, 2008, disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf.
- OMS. (2012). *División de Salud grupo WHOQOL Brasil*. Recuperado de <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>
- Páez, A., Jofré, M. & Azpiroz, C. (2009). *Ansiedad y depresión en pacientes con*

Insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis (Tesis de Pregrado), Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a9.pdf>

Pedregal, Á. (2011). *Calidad de vida en pacientes con IRC*. Revista Med. Medicina Interna de México, México. Recuperado de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/Calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20con%20trasplante%20renal%20del%20Hospital%20%C3%81ngeles.pdf>

Pérez, C. (2009). *Efectos De La Hemodiálisis En La Calidad De Vida De Los Usuarios*. Recuperado de http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/20-1/efectos_de_la_hemodialisis_en_la_calidad.pdf

Pérez, J., Llamas, F., y Legido, A. (2005). *Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador*. Archivos de Medicina, 1, 1-10.

Perilla, S. y Fernández C. (2007). *Tratamiento de Enfermedad Renal Crónica es de*

alto costo. Recuperado el 20 de enero, 2007, de <http://www.eltiempo.com/salud> Quitian, O. (2003). *Calidad de vida y religión*. (Tesis de grado no publicada), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Rodríguez, J., Pastor, S. y López-Roig, S. (1993). *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad*. Psicothema, 5, 349-372.

Rodríguez, M., Castro, M. & Merino, J. (2005). *Calidad de vida en pacientes renales hemodializados*. Revista Ciencia y Enfermería XI, Chile. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007

- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Rev. Ciencia y enfermería, 921. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
- Tolkoff, R. (2007). *Tratamiento de la Insuficiencia Renal Irreversible* (p.133). Filadelfia: Editorial Elsevier.
- Uwmedicina. (2011). *Programa de Educación Temprana del paciente en Hemodiálisis*. *American Nephrology*. University of Washington. Recuperado de https://healthonline.washington.edu/document/health_online/pdf/
- Valderrabano F., Jofre, R. y López-Gómez, J. (2001). *Quality of life in end-stage renal disease patients*. *American Journal of Kidney Diseases*, 38, 443-464.
- Venado, A., Moreno, J., Rodríguez, M. y López, M. (2009). *Insuficiencia Renal Crónica* (Unidad De Proyectos Especiales, Universidad Nacional Autónoma de México, México). Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf

Anexos

TÍTULO: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN CLÍNICA HZ PUENTE PIEDRA – LIMA – 2018.						
AUTOR: BR. CYNTHIA MILAGROS GONZALES CARBAJAL						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	Variable 1: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y rangos
¿Qué relación existe entre las Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018?	Determinar la relación que existe entre las Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima, 2018.	Las Estrategias de Afrontamiento se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.	Estrategia de Afrontamiento Activo.	Analizar las causas del problema. Seguir unos pasos concretos. Establecer un plan de acción. Hablar con las personas implicadas. Poner en acción soluciones concretas Pensar detenidamente los pasos a seguir. Contar con los sentimientos a familiares o amigos. Pedir consejo a parientes o amigos. Pedir información a parientes o amigos. Hablar con amigos o parientes para ser tranquilizado. Pedir orientación sobre camino a seguir. Expresar los sentimientos a familiares o amigos. Asistir a la iglesia. Pedir ayuda espiritual. Acudir a la iglesia para rogar se solucione el problema Confiar en que Dios remediase el problema. Rezar Acudir a la iglesia para poner velas o rezar.	6,13, 20,27 34,3 10,17 24,31 38,7 14,21 28,35 1,8 15,22 29,36	Adecuada (148-200) Regular (94-147) No Adecuada (40-93)
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS				
¿Qué relación existe entre las Estrategias de Afrontamiento Activo y la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018?	Determinar la relación que existe entre las Estrategias de Afrontamiento Activo y la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima, 2018.	Las Estrategias de Afrontamiento Activo se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima año 2018.				
¿Qué relación existe entre las Estrategias de Afrontamiento Pasiva y la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima, 2018?	Determinar la relación que existe entre las Estrategias de Afrontamiento Pasiva y la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.	Las Estrategias de Afrontamiento Pasiva se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.				

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADISTICA DESCRIPTIVA E INFERENCIAL
<p>TIPO: BÁSICO</p> <p>Esta investigación es básica, según Zorrilla (1993, p. 43) este tipo de investigaciones se denomina también pura o fundamental, busca el progreso científico, acrecentar los conocimientos teóricos, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es más formal y persigue las generalizaciones con vistas al desarrollo de una teoría basada en principios y leyes.</p> <p>DISEÑO: No experimental</p> <p>Según Hernández (2010), el diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información deseada. La investigación se realizó bajo el diseño no experimental, descriptivo correlacional, Mertens (2005) citado en Hernández (2010) señala que la investigación no experimental es apropiada para variables que no pueden o deben ser manipuladas o resulta complicado hacerlo, por lo tanto, una vez recopilada la data se determinó la relación que existió entre ambas.</p>	<p>POBLACIÓN:</p> <p>La población o universo de interés en esta investigación, está conformada por 90 pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018.</p> <p>TAMAÑO DE LA MUESTRA: 50</p>	<p>VARIABLE: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</p> <p>TÉCNICAS: ENTREVISTA Y CUESTIONARIO</p> <p>AUTORES: Escala de Estrategias de Afrontamiento Revisada (EEC-R) que fue desarrollada por Chorot y Sandín (1999), analizado bajo el Coeficiente de Cronbach (>0.85, niveles altos de confiabilidad), bajo los criterios de Lazarus y Folkman (1984)</p> <p>MONITOREO: OCTUBRE 2017 - MARZO 2018.</p> <p>ÁMBITO DE APLICACIÓN: Clínica HZ Puente Piedra Lima</p> <p>FORMA DE ADMINISTRACIÓN: DIRECTA</p> <p>VARIABLE: CALIDAD DE VIDA</p> <p>INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SF 36 (una versión reducida del medical Outcomesurvey),</p> <p>TÉCNICAS: CUESTIONARIO.</p> <p>MONITOREO: OCTUBRE 2017 - MARZO 2018.</p> <p>ÁMBITO DE APLICACIÓN: Clínica HZ Puente Piedra Lima</p> <p>FORMA DE ADMINISTRACIÓN: DIRECTA</p>	<p>DESCRIPTIVA:</p> <p>Tablas de contingencia, Figuras</p> <p>DE PRUEBA:</p> <p>Coeficiente Rho Spearman</p>

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

PRESENTACIÓN

Estimado paciente, mi nombre es Cynthia Gonzales Carbajal en esta oportunidad me encuentro realizando un estudio de investigación con el objetivo de conocer sobre las Estrategias de Afrontamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica a hora que se encuentran en tratamiento de Hemodiálisis, por lo que solicito su participación.

Es de carácter anónimo y confidencial, esto es que no necesita poner su nombre. Agradezco anticipadamente su participación.

INSTRUCCIONES:

A continuación, escriba o marque con (X) las siguientes respuestas.

(Solo una respuesta por cada pregunta):

Datos Generales:

Edad: ____ años Sexo: F (), M ()

Enunciados	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-Traté de analizar las causas de la enfermedad para poder hacerle frente.					
-Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal.					

-Intenté centrarme en los aspectos positivos de mi estado de salud actual.					
-Cuando me venía a la cabeza mi enfermedad, trataba de concentrarme en otras cosas.					
- Le conté a familiares o amigos como me sentía.					
-Asistí a la iglesia o algún centro religioso para que mi salud mejore.					
-Trate de mejorar mi estado de salud siguiendo unos pasos bien pensados.					
-No hice algo concreto puesto que las cosas suelen ser malas.					
-Intenté sacar algo positivo de lo que estoy pasando respecto a mi enfermedad, como más unión familiar.					
-Insulte a ciertas personas.					
-Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de mi enfermedad.					
-Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor mi estado de salud.					
-Pedí ayuda espiritual a algún religioso. (sacerdote, etc.).					
-Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo para mejorar mi salud.					
-Comprendí que yo fui el principal causante de lo que me viene pasando respecto a mi estado de salud actual.					
-Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.					

-Me comporte de forma hostil con los demás.					
-Salí al parque, a caminar, a “dar vuelta”, para olvidarme de mi enfermedad.					
-Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca mi estado de salud.					
- Acudí a la Iglesia para rogar que se mejore mi estado de salud.					
-Hable con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.					
-Me sentí indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar mi estado de salud actual.					
-Comprendí que otras cosas, diferentes a mí enfermedad, eran más importantes.					
-Agredió algunas personas.					
-Procuré no pensar en mi estado de salud.					
-Hable con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.					
-Tuve fe en que Dios remediará mi estado de salud.					
-Hice frente a mí enfermedad poniendo en marcha varias soluciones concretas.					
-Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para mejorar mi estado de salud.					

-Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”.					
-Me irrite con alguna persona fácilmente.					
-Practiqué algún deporte para olvidarme de mi enfermedad.					
-Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.					
-Recé para que mejore mi salud.					
-Pensé detenidamente en las cosas que tengo que hacer respecto al cuidado de mi salud.					
-Me resigné a aceptar las cosas como eran.					
-Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.					
-Luche y me desahogué de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.					
-Intenté olvidarme de todo.					
-Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos.					

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

CALIDAD DE VIDA

PRESENTACIÓN

Estimado paciente, mi nombre es Cynthia Milagros Gonzales Carbajal en esta oportunidad me encuentro realizando un estudio de investigación con el objetivo de conocer sobre la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica a hora que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis, por lo que solicito su participación.

Es de carácter anónimo y confidencial, esto es que no necesita poner su nombre. Agradezco anticipadamente su participación.

INSTRUCCIONES:

A continuación, escriba o marque con (X) las siguientes respuestas. (Solo una respuesta por cada pregunta):

Datos Generales:

Edad: ____ años Sexo: F (), M ()

Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

Datos Médicos:

¿Hace cuánto tiempo recibe el tratamiento en hemodiálisis?:

¿Tiene usted alguna otra enfermedad aparte de la enfermedad renal crónica? Sí () No ()

Si es así señale que enfermedad:

1. Hipertensión () 2. Diabetes ()

3. Anemia () 4. Hepatitis C ()

Qué tipo de acceso vascular tiene (Escriba): _____

Datos Específicos:**1.-Con qué frecuencia la Enfermedad Renal Crónica le limita realizar las siguientes actividades:**

Actividades	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
Considera que al agacharse o arrodillarse presenta limitación a causa de su enfermedad.					
Considera que su enfermedad actual le genera dificultad para caminar.					
Debido a su enfermedad no puede practicar ejercicios como antes.					
Necesita la ayuda de alguien para vestirse.					
Presenta dificultad para cargar las bolsas de compras.					
Puede bañarse por sí solo.					

2.-En relación a su alimentación responda los siguientes enunciados:

Alimentación	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
Se siente bien con el tipo de alimentación que debe consumir actualmente.					
Le incomoda tener que ingerir pocos líquidos debido a su enfermedad.					
Considera que ha logrado adaptarse al cambio de dieta que debe consumir actualmente.					

3.- Sobre su estado emocional en relación con la enfermedad que padece responda los siguientes enunciados:

Estado Emocional	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-Se siente preocupado con mayor frecuencia por su futuro a causa de su enfermedad.					
-Se siente agotado debido a su estado de salud.					
-Le es difícil controlar sus emociones a raíz de su enfermedad.					
-Considera que ha logrado adaptarse al cambio de dieta que debe consumir actualmente.					
- Se siente feliz porque a pesar de la enfermedad puede continuar con su actividad.					
-Se siente ansioso por los cambios a causa de su enfermedad					
- La enfermedad le ha generado miedo.					
-Le fastidia tener que acudir al hospital para realizar la hemodiálisis.					

4.- En relación a la satisfacción y expectativa de la vida que Ud. Tiene responda:

Satisfacción y Expectativa de Vida	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-Sus deseos de vivir se ha visto disminuido a causa de su salud actual.					

-Considera que el tratamiento que recibe es favorable para mejorar su salud.					
- Considera que a pesar de la enfermedad puede lograr sus metas en la vida.					
Se siente satisfecho con la vida que tiene a pesar de su enfermedad.					

5.- Sobre su actual vida social, responda:

Relación con grupo social	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
Siente que las relaciones con sus amigos(as) han variado (ya no es como antes).					
Considera que es mejor no asistir a reuniones sociales por temor al rechazo a causa de su enfermedad.					
Siente que el estado de su salud le limita mantener relaciones sociales con facilidad.					

6.- Respecto a su relación familiar marque los siguientes enunciados:

Vinculo y Relación Familiar	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-Se siente una carga para su familia a causa de su estado de salud					

-El apoyo de su familia es importante para que cumpla con el tratamiento.					
-Su rol se ha visto afectado dentro de su familia a causa de su enfermedad.					
-Se siente querido(a) y acompañado(a) por su familiares.					

7.-Señale si presenta dificultad sobre su actividad laboral

Actividad Laboral	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo a causa de su enfermedad.					
-Su estado de salud actual le es un impedimento para trabajar normalmente.					
-Se siente motivado para trabajar a pesar de la enfermedad.					

Gracias por su colaboración

N°	CLAIDAD DE VIDA																														
	1	2	3	5	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	4	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	
2	4	4	4	3	3	1	4	4	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	
3	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	
4	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	
5	3	4	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	
6	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
7	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	5	5	5	
8	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	3	4
9	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3
10	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3
11	3	4	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
13	4	3	4	4	3	4	3	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
14	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	4	3	3
15	4	3	4	3	4	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3
16	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	4
17	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
18	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
19	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3
20	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3
21	3	4	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
23	3	4	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
24	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
25	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
26	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
27	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
28	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
29	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3
30	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3
31	3	4	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	3	4	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
33	3	4	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1
34	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
35	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
36	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	5	5	5	
37	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
38	3	4	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
39	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3
40	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3
41	3	4	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
42	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
43	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
44	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4
45	3	4	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
46	3	4	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	4	3
47	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3
48	4	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3
49	3	4	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
50	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO																																										
N. o	Estrategia de Afrontamiento Activo																Estrategia de Afrontamiento Pasiva																									
	6	13	20	27	34	3	10	17	24	31	38	7	14	21	28	35	1	8	15	22	29	36	4	11	18	25	32	39	5	12	19	26	33	40	2	9	16	23	30	7		
1	1	1	4	3	3	2	2	3	1	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	
2	2	2	2	3	2	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2
3	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	4	3	3	2	2	3	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3
4	4	4	3	4	4	5	5	1	4	4	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	4	3	3	2	2	3	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	
5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
6	1	4	3	3	2	2	3	1	3	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
7	1	4	3	3	2	2	3	1	3	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	3	4	4	5	5	1	4	4	5	1	4	4	5	1	4	4	5	5	5
8	2	2	3	2	2	2	1	1	1	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
9	4	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	4	3	3	2	2	3	1	3	1	3	1	1	1	3	3	3	3	3	
10	4	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	4	3	3	2	2	3	1	3	1	3	1	1	1	3	3	3	3	3		
11	1	1	1	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
13	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
14	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3	
15	4	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	4	2	2	3	4	4	2	3	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3
16	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	
17	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	
18	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	5	5	
19	4	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	4	3	3	2	2	3	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	3
20	4	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	4	3	3	2	2	3	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	3
21	1	1	1	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
22	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
23	4	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	4	3	3	2	2	1	3	3	2	1	3	3	2	2	3	4	4	4	4	
24	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
25	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
26	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
27	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	1	1	1	5	1	1	1	5	1	1	5	5	5	
28	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	
29	4	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	4	3	3	2	2	3	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	
30	4	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	4	3	3	2	2	3	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	

ARTICULO CIENTIFICO

1. TITULO

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Clínica HZ Puente Piedra – Lima – 2018

2. AUTOR.

Cynthia Milagros Gonzales Carbajal

cyndymil1282@hotmail.com

Estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud

3. RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo de determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

El diseño fue descriptivo-correlacional y transversal, la técnica de muestreo fue probabilístico, con una muestra de 50 pacientes. Se aplicó dos cuestionarios los cuales se encuentran validados internacionalmente.

La investigación concluye: Los resultados muestran que las estrategias de afrontamiento en un nivel no adecuada el 14% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel bajo en su calidad de vida, por otro lado, las estrategias de afrontamiento en un nivel regular el 38% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel medio en su calidad de vida. Así mismo, las estrategias de afrontamiento en un nivel adecuada el 34% de pacientes con enfermedad renal crónica presenta un nivel alto en la calidad de vida.

Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima - 2018.; siendo que el

coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.776, demostró una alta asociación entre las variables.

4. PALABRAS CLAVES

Estrategias de Afrontamiento, Calidad de Vida, Enfermedad Renal Crónica y Hemodiálisis.

5. ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between coping strategies and quality of life in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis at the HZ Clinic Puente Piedra, Lima, 2018.

The design was descriptive-correlational and transversal, the sampling technique was probabilistic, with a sample of 50 patients. Two questionnaires were applied, which are validated internationally.

The research concludes: The results show that coping strategies at an inadequate level 14% of patients with chronic kidney disease have a low level of quality of life, on the other hand, coping strategies at a regular level 38 % of patients with chronic kidney disease have a medium level of quality of life. Likewise, coping strategies at an adequate level 34% of patients with chronic kidney disease have a high level of quality of life. Therefore, coping strategies are significantly related to quality of life in patients with chronic kidney disease on hemodialysis treatment at HZ Puente Piedra Lima Clinic - 2018; being that the Rho correlation coefficient of Spearman of 0.776, showed a high association between the variables.

6. INTRODUCCION

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) en la actualidad es un problema de salud pública a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) el número de personas que se ve afectado por esta patología corresponde a más de 500 millones, por lo que es considerada por la (OMS, 2012) como una epidemia por el alto impacto sanitario. Según Alarcón (2004) en el mundo, por cada millón

de habitantes existe 3500 a 4000 personas que padecen Enfermedad Renal Crónica (ERC) (p.240).

7. METODOLOGIA

El diseño fue descriptivo-correlacional y transversal, la técnica de muestreo fue probabilístico, con una muestra de 50 pacientes. Se aplicó dos cuestionarios los cuales se encuentran validados internacionalmente. El cuestionario de estrategias de afrontamiento estuvo compuesto de 40 preguntas con respuestas de escala de Likert como Nunca, Casi Nunca, A veces, Casi siempre y Siempre de igual forma el cuestionario de calidad de vida estuvo compuesto de 30 preguntas con la misma escala de respuestas de tipo Likert.

8. RESULTADOS

Tabla 5

Estrategias de Afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
	a	e
No Adecuada	7	14,0
Regular Adecuada	21	42,0
Adecuada	22	44,0
Total	50	100,0

Tabla 6

Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	8	16,0
Media	23	46,0
Alta	19	38,0
Total	50	100,0

Tabla 7

Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018.

		Calidad de Vida			Total
		Baja	Media	Alta	
Estrategia de Afrontamiento	No Adecuada	7 14,0%	0 0,0%	0 0,0%	7 14,0%
	Regular	0 0,0%	19 38,0%	2 4,0%	21 42,0%
	Adecuada	1 2,0%	4 8,0%	17 34,0%	22 44,0%
Total		8 16,0%	23 46,0%	19 38,0%	50 100,0%

9. CONCLUSIONES

La presente investigación respecto a la hipótesis general, demuestra que Las Estrategias de Afrontamiento se relacionan significativamente con la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ Puente Piedra Lima año 2018.; siendo que el coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.776, demostró una alta asociación entre las variables.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acevedo, J. y Avellaneda, L. (2005). *Relación entre las estrategias de afrontamiento*

utilizadas por las personas discapacitadas físicas al adquirir su limitación y los factores de personalidad en las ciudades de Duitama y Sogamoso. (Tesis de grado no publicada), Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja.

Alarcón, A. (2004). *La personalidad del paciente y el apoyo psicosocial.* En A.

Alarcón (Ed.), *Aspectos psicosociales del paciente renal* (pp. 31-46). Bogotá: Clínica Marly.

Alarcón, I., Farías, D. y Barrios, S. (2009). *Factores que influyen en la percepción de calidad de vida de personas adultas bajo terapias de sustitución renal*. Santiago, Chile. Recuperado de http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/201/factores_que_influyen_en_la_percepcion.pdf

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

Álvarez, F. (2011). *Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica*. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, España. Recuperado de http://revistaseden.org/files/art134_1.pdf



Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Clínica HZ Puente Piedra – Lima – 2018”; del estudiante **Cynthia Milagros Gonzales Carbajal**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 24% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 04 de abril de 2018

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores
DNI: 16735482

Feedback Studio - Mozilla Firefox
 https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?o=939118859&lang=es&e=1&rc=103&u=1049816754

Teles Maestría 1era entrega

feedback studio

Resumen de coincidencias 24 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias	
1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet 4 %
2	www.naya.com.ar Fuente de Internet 1 %
3	Entregado a Univ. de D... Trabajo del estudiante 1 %
4	fundapoyente.org Fuente de Internet 1 %
5	www.jourlib.org Fuente de Internet 1 %
6	nefrologiadigital.revist... Fuente de Internet 1 %
7	dialnet.unirioja.es Fuente de Internet 1 %
8	www.friat.es Fuente de Internet 1 %

24 /5

ESCUELA DE POSGRADO
 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Clínica HZ Puente Piedra – Lima – 2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
 Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:
 Br. Cynthia Milagros Gonzales Carbajal

ASESOR:

Página: 1 de 116 Número de palabras: 28618

10:30 a.m. 4/04/2018



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

GONZALES CARBAJAL CYNTHIA MILAGROS

D.N.I. : 4.157.7377

Domicilio : URB. EL ALAMO HUAL 21. 21 COMAS

Teléfono : Fijo : 658.6311 Móvil : 947.243369

E-mail : cyndy.mil1282@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Grado : Maestro

Mención : Gestión en Servicios de Salud

Doctorado

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

GONZALES CARBAJAL CYNTHIA MILAGROS

Título de la tesis:

Estrategia de Afrontamiento y calidad de vida en

pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de

Año de publicación : 2018 hemodialisis en Clínica H+
Puente Picchu - Lima - 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Fecha : 18/07/18

Joasun
Veris
798-18



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

[Handwritten signature]
06-07-2018
OK



FORMATO DE SOLICITUD

SOLICITA:

..... Visto Bueno para
..... Empezarlas
.....

ESCUELA DE POSGRADO

..... *Antón Milagros González Cerbejón* con DNI N° *4157734*
(Nombres y apellidos del solicitante) (Número de DNI)

domiciliado (a) en *Urb. El Placer 12 Ar 17-21 Ed. Etapa Carran*
(Calle / Lote / Mz. / Urb. / Distrito / Provincia / Región)

ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: del programa: *Maestría en Gestión*
(Promoción) (Nombre del programa)

de *Sección de Maestría* identificado con el código de matrícula N° *7001054744*
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

.....
.....
.....

Por lo expuesto, solicito a quien corresponde se me atienda mi petición por ser de justicia.



Lima, J.E. de *Mayo* de 2018

Hora: *10:00* Firma: *[Signature]*
(Firma del solicitante)

- Documentos que adjunto:
- a. *Certificado de Matrícula*
 - b. *Copias de Actas D.S.T.*
 - c. *Copias de Actas D.I.T.*
 - d. *Copias de Actas D.P.G.T.*

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:
Teléfonos: *947243369*
Email: *cyndy.mil.12.87@hotmail.com*