



**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA**  
**AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON**  
**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN**  
**PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL**  
**NACIONAL GUILLERMO ALMENARA**  
**IRIGOYEN – 2013**

Tesis para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Enfermería

Chuquihuaccha Huamaní, Carolina Sthefanie.

Soto Trillo, Yanina Lizbeth.

LIMA-PERU

2014

Chuquihuaccha Huamaní, Carolina Sthefanie

Soto Trillo, Yanina Lizbeth

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON  
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN  
PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL  
NACIONAL GUILLERMO ALMENARA  
IRIGOYEN – 2013**

Asesora: Lic. Kadi Ureta Soto

Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma.

LIMA-PERU

2014

A Dios por darnos vida y amor, a nuestros  
padres por el gran esfuerzo y por darnos  
amor incondicional, así mismo a  
nuestros profesores por los  
conocimientos y tiempo.

## AGRADECIMIENTO

A nuestro Dios, por habernos brindado fortaleza, cualidades como perseverancia y paciencia, y sobre todo por haber llenado de amor nuestros corazones.

A María, por la paz presente en nuestros espíritus.

A nuestros fabulosos padres, por brindarnos lo mejor que nos pueden dejar en la vida, nuestra educación con valores y principios, y por ser indispensables para nuestra profesión.

A la prestigiosa Universidad Ricardo Palma, especialmente a nuestra alma mater, la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza por todo el camino en nuestra formación universitaria.

A autoridades y personal que nos ayudó a poder realizar nuestro Trabajo de Investigación en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

A nuestra Asesora, la Licenciada Kadi Ureta Soto por la motivación que nos brindó, así como por sus conocimientos compartidos y ahora también plasmados en esta investigación.

## INDICE

RESUMEN .....	9
SUMMARY .....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO 1: PROBLEMA .....	15
1.1 Planteamiento del Problema.....	15
1.2 Formulación del problema .....	5
1.3 Objetivos.....	5
1.4 Justificación .....	7
1.5 Limitación.....	9
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Antecedentes Internacionales.....	10
2.2 Antecedentes Nacionales .....	11
2.3 Base teórica.....	13
2.4 Definición de términos.....	32
2.5 Operacionalización de variables .....	32
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	33
3.1 Tipo de investigación:.....	33
3.2 Diseño de investigación: .....	33
3.3 Lugar de ejecución del Proyecto:.....	34
3.4 Universo de Estudio, Selección, muestra Y Unidad de análisis:.....	34
3.5 Criterios de Inclusión y de Exclusión .....	35
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:.....	35
3.7 Procedimiento de recolección de datos.....	37
3.8 Aspectos Éticos.....	37
3.9 Análisis de Datos.....	38
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
4.1. Resultados.....	41
4.2. Discusión .....	48
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	57
5.1 Conclusiones.....	57
5.2 Recomendaciones .....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS .....	68

## ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1: Datos generales de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– 2013.....	41
2. Tabla 2: Estilos de Afrontamiento de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013.....	43
3. Tabla 3: Estrategias de Estilo de Afrontamiento Activo de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013. ....	45
4. Tabla 4: Estrategias de Estilo de Afrontamiento Pasivo de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013.....	47

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Gráfico 1: Estilos de Afrontamiento de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013..... 42
  
2. Gráfico 2: Estrategias de Estilo de Afrontamiento Activo de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013..... 44
  
3. Gráfico 3: Estrategias de Estilo de Afrontamiento Pasivo de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013..... 46

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo I	Operacionalización de variables..... 69
Anexo II	Instrumento de estilos de afrontamiento..... 71
Anexo III	Validez del instrumento..... 73
Anexo IV	Prueba de confiabilidad..... 74
Anexo V	Diseño muestral ..... 75
Anexo VI	Consentimiento informado..... 76
Anexo VI	Carta de Autorización al Hospital Guillermo Almenara..... 78
Anexo VII	Carta de Aprobación del Comité de Capacitación, Investigación y Docencia del Hospital Guillermo Almenara..... 79
Anexo VIII	Tríptico..... 80



## RESUMEN

La Enfermedad Renal Crónica es un problema de salud pública en países desarrollados y en vías de desarrollo. Los pacientes refieren que sienten pérdida del control interno, son personas pasivas, dependen de una máquina y del personal, pueden emplear un estilo de afrontamiento positivo o negativo para afianzarse al tratamiento. Objetivo: Identificar los estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en el programa de hemodiálisis Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen -2013. De tipo cuantitativo, diseño descriptivo y corte transversal prospectivo. Población de 73 pacientes hemodializados de ambos sexos y distintas edades para recolectar datos se usó la encuesta como método y como técnica el cuestionario COPE modificado, el cual estuvo constituido por 28 ítems, sometido a juicio de expertos, la confiabilidad alfa de Cronbach fue 0,855 y la validez prueba binomial **0.0195** . Los datos fueron recolectados luego de la autorización del HNGAI y previo consentimiento informado del paciente, el tiempo para la realización del instrumento fue de 20 minutos. Posteriormente se realizó el análisis de datos utilizando Microsoft Excel versión 2010 y el programa SPSS v. 20, estadística descriptiva (media aritmética y mediana), finalmente tabulados en tablas en a base a las estrategias de afrontamiento. Se tuvo en cuenta durante todo el proceso de la investigación los Criterios éticos

así como el consentimiento informado del paciente: No maleficencia, justicia, autonomía y Beneficencia. Resultados: se evidencia que no hay una diferencia significativa entre los pacientes que emplean el afrontamiento activo y afrontamiento pasivo, con una media de 31,54y 26,89 respectivamente. Conclusiones: los pacientes con un máximo de 6 meses de tratamiento en Hemodiálisis (HD) tiene un estilo de afrontamiento activo que difiere del pasivo debido a que están adaptando a su nuevo contexto no desistiendo y utilizando frecuentemente estrategias positivas como planificación, reinterpretación y la religión para la adaptación a las sesiones de HD y no desistir del tratamiento.

**Palabras Clave:** Estrategias, estilos, afrontamiento, enfermedades crónicas, hemodiálisi

## SUMMARY

Chronic kidney disease is a public health problem in developed and developing . Patients report they feel loss of internal control are passive, dependent on a machine and staff can use a style of positive or negative coping to hold treatment Objective: To identify coping styles in patients with end stage renal disease the hemodialysis Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital -2013 . Quantitative , descriptive and prospective cross-sectional design . Population of 73 hemodialysis patients of both sexes and various ages to collect data the survey as a method was used as technique modified COPE questionnaire, which consisted of 28 items , subject to expert judgment, the alpha reliability of Cronbach was 0.97 and 0.0001 binomial test validity . Data were collected after the release HNGAI and informed consent of the user, the time for completion of the instrument was 20 minutes. Later data analysis using Microsoft Excel version 2010 and SPSS v program was conducted. 20 , descriptive statistics (arithmetic mean and median) , finally tabulated in tables based coping strategies . Was taken into account throughout the research process and the ethical criteria the patient's informed consent : Non-maleficence , justice, autonomy and Welfare . Results: it is evident that there is no significant difference between patients who use active coping and passive coping , with a mean of 31.54 and 26,89respectively. Conclusions : Patients with a maximum of 6 months of treatment in hemodialysis (HD ) has an active coping style that no difference in liabilities because they are adapting to their new environment, but within each style if they use positive strategies such as planning , reinterpretation and religion to adapt to the HD sessions and not withdraw from treatment.

Keywords : strategies , styles , coping, chronic diseases, hemodialysis.

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad renal crónica es la pérdida progresiva e irreversible, de la filtración glomerular que se traduce en un conjunto de síntomas y signos denominado uremia y que en su estadio terminal es incompatible con la vida.

Actualmente se considera la insuficiencia renal crónica como un problema de salud pública a nivel mundial, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en desarrollo <sup>1</sup>. Como consecuencia cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis y/o trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención. Otra particularidad es que la edad de los pacientes que son admitidos a programa de hemodiálisis se va incrementando. Por ejemplo en Japón dos tercios del total de pacientes en diálisis están por encima de los 60 años y la mitad son mayores de 65 años <sup>2</sup>.

El afrontamiento ha sido definido como el repertorio de respuestas que las personas emplean cuando se enfrentan a problemas que amenazan con afectar su equilibrio físico o emocional <sup>3</sup>. El lado psicológico tanto del enfermo

como la familia se ve resquebrajado debido a que tiene que modificar ciertas actitudes con respecto a su enfermedad tratando así de usar todos los mecanismos posibles para poder lidiar con esta enfermedad crónica, por ello que los estilos de afrontamiento implican los recursos personales del individuo para manejar adecuadamente el evento estresante y la habilidad que tiene para usarlos ante las diferentes demandas del ambiente que su condición implica, mediante las estrategias de afrontamiento como estrategias dirigidas a la emoción también se encuentran dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional, debido a que los pacientes requieren que ello suceda para encaminarse a la acción; las reevaluaciones cognitivas modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente, permitiendo atenuar la amenaza al cambiar el significado de la situación.

Por último existen en este grupo estrategias que no cambian el significado del acontecimiento como las ya mencionadas anteriormente, evitación y atención selectiva, en las cuales el cambio de significado dependerá de lo que se tome en cuenta o de aquello que se desee evitar. Por otra parte, restablecer y mantener el bienestar psicológico y emocional de estos pacientes puede incidir en la adaptación de comportamientos más funcionales, que repercutan en su estado de salud, entre ellos, tener una mejor adhesión al tratamiento y asumir de forma consistente los cambios permanentes en el estilo de vida que su condición implica <sup>6</sup>.

La investigación pertenece al cuarto lineamiento de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, este lineamiento es sobre el Medio Ambiente y Salud del Adulto y Adulto Mayor, sub- ítem de Factores estresantes y factores de riesgo.

Desde una perspectiva mundial, sabemos que la tasa de natalidad ha disminuido y por otro lado se ha aumentado la expectativa de vida, favoreciendo en el envejecimiento de la población, debido a los grandes descubrimientos científicos para enfermedades agudas, descubrimientos como mejoras de medicamentos, vacunas, etc.

El aumento de la expectativa de vida nos lleva a un aumento de problemas crónicos en la salud ya sea en países desarrollados como en desarrollo, trayendo mayores problemas a familias y poblaciones pobres, por diferentes causas, como factores pre-natales, baja escolaridad, desempleo, condiciones laborales de riesgo, limitado acceso a servicios de salud y los elevados costos del tratamiento. En países en vías de desarrollo existe doble riesgo, pues presentan persistencia de enfermedades infecciosas y el segundo riesgo es el incremento de enfermedades crónicas, como la Enfermedad Renal Crónica Terminal.

Esta línea de investigación aborda factores medio-ambientales, sociales y personales que causarán predisposición en el proceso salud- enfermedad en lo personal y familiar, añadiendo también la influencia de los estilos cotidianos, las prácticas de autocuidado y el nivel educativo; así mismo, se promueven estudios que ayudarán en la adaptación al proceso salud- enfermedad y la motivación a cambios en estilos de vida en un entorno personal, familiar y de comunidad con el fin de favorecer el bienestar físico y psicosocial.

# **CAPÍTULO 1: PROBLEMA**

## ***1.1 Planteamiento del Problema***

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo hasta un 63%. En el 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.

Como se sabe, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema serio de salud pública, teniendo un impacto significativo sobre las personas, comunidad y servicios de salud, evidenciado por la alta frecuencia en población general mayor de 20 años<sup>1</sup>, a consecuencia que esta enfermedad evoluciona asintóticamente durante tiempo prolongado y recién es detectado en etapas avanzadas, por lo mismo los pacientes con ERC presentan alta morbilidad<sup>2</sup> (hospitalización), alto riesgo de injuria renal aguda y mayor morbilidad sobretodo en etapa dialítica.

Respecto al aumento de pacientes que necesitan de Diálisis y Trasplante

renal está asociado a la transición demográfica y epidemiológica, las causas más frecuentes de ingreso a diálisis es la nefropatía por diabetes e hipertensión arterial. Se considera un problema en el Servicio de Salud puesto que el costo del tratamiento ya sea diálisis o trasplante, es alto, así como el de las complicaciones Cardiovasculares, las cuales son la principal causa de defunción <sup>5</sup>.

La diabetes y la hipertensión, sumadas al envejecimiento, son los principales factores de riesgo para desarrollar una ERC, que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo, según estudios, los datos disponibles demuestran que casi el 80% de las muertes por Enfermedades No Transmisibles (ENT) se dan en los países de ingresos bajos y medios. (OPS/OMS) <sup>5,6,7</sup>.

A sí mismo se han incrementado las enfermedades no transmisibles, en el 2001 se calculó que el 60% de muertes y 46% de la carga de enfermedad se debe a causas de enfermedades no transmisibles, para el 2020 la carga de enfermedad aumentará a 57%, algo muy alarmante es que casi el 50% de enfermedades no transmisibles se debe a causas cardiovasculares y la mayor predisposición a que una persona desarrolle Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) es la hipertensión arterial (incluido en enfermedades cardiovasculares) <sup>4-8</sup>.

La ERC coexiste con otras enfermedades (como la enfermedad cardiovascular y la diabetes) y se asocia a un mayor riesgo de muerte total y de causa cardiovascular. El 17% de los individuos mayores de 20 años a nivel mundial la padecen y frecuentemente no reconocida por el equipo de salud, ni por los pacientes porque permanece asintomática hasta estadios avanzados <sup>6,9</sup>.



La carga de enfermedad y mortalidad atribuida a enfermedades no transmisibles está en aumento. Se ha estimado que en el año 2001 aproximadamente el 60% de las 56.5 millones de muertes en el mundo y el 46% de la carga de enfermedad se deben a ENT.

La carga de enfermedad por enfermedad no transmisible aumentará a 57% para el año 2020. Casi el 50% de las muertes por enfermedad no transmisible se deben a enfermedad Cardiovascular. Se ha proyectado que para el 2020, las ENT explicarán el 75% de todas las muertes en el mundo, y que el 71% de las muertes por enfermedad coronaria, 75% por enfermedad cerebrovascular y 70% de las muertes por Diabetes se producirán en el mundo en desarrollo. La mayor predisposición para que un paciente tenga una Enfermedad Renal Crónica Terminal es mayormente a causa de hipertensión arterial, patología la cual está incluido en enfermedades cardiovascular, este tipo de enfermedades como tal comprende el 50% de muertes <sup>4,10</sup>.

De acuerdo con la OMS en el 2002 se atribuyeron 29 millones de defunciones a este tipo de enfermedades, lo que permite proyectar al 2015 que su prevención podría salvar la vida de 36 millones de personas <sup>6</sup>. En Estados Unidos, por ejemplo, según la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (NHANES), los casos nuevos de ERC se duplicaron en los mayores de 65 años entre 2000 y 2008. La prevalencia de personas de más de 60 años con ERC pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años. El 66% de los pacientes en Estados Unidos y el 46% a 98% en Europa, reciben hemodiálisis <sup>4,11</sup>.

En América Latina y el Caribe, dos de cada tres personas mayores reporta-

ron tener una de seis enfermedades crónicas frecuentes a esa edad (hipertensión, diabetes, cardiopatía, enfermedad cerebrovascular, artropatías o enfermedad pulmonar crónica) y dos de cada tres dijeron tener al menos dos factores de riesgo dentro de los tomados en cuenta hábito de fumar, sobrepeso o la falta de actividad física rigurosa, según datos de la encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), dirigida por la OPS/OMS <sup>7,12</sup>.

El Ministerio de Salud (MINSA) del Perú y su red asistencial que atienden a aproximadamente 19 millones de peruanos, luego el Sistema de Seguridad Social (Essalud) que atiende a cerca de 6 millones de afiliados (solo 2'200,000 son aportantes), las entidades prestadoras de salud (EPS) que dan cobertura a cerca de 400,000 habitantes y las FFAA a 500,000 habitantes. Sin embargo de los 19 millones de peruanos que corresponde atender al MINSA, el 25% de ellos no tiene acceso a ningún servicio de salud pública debido a problemas económicos, culturales, geográficos, educación y, sobre todo, por la calidad del servicio que se brinda pues en muchos casos no resuelve el problema sino que lo agrava.

Se estima que cerca de 300 mil personas padecen de ERC, mientras que la prevalencia de ERCT es de 9,000 pacientes asegurados por Essalud por año, los cuales requieren diálisis y/o trasplante renal, según la presidenta ejecutiva de Essalud, Virginia Baffigo en el 2012. Cabe señalar que del total de pacientes con ERCT, Essalud atiende aproximadamente al 80% de pacientes, mientras que las otras entidades juntas: MINSA, Policía, Fuerzas Armadas y Privados, atienden aproximadamente al 20% restante <sup>7,13</sup>.

El diagnóstico se da en 48 centros establecidos, como: Lima, Piura, Chiclayo

Trujillo, Cuzco, Tacna, Arequipa e Ica. De acuerdo al Congreso de la Republica: Cada año Essalud realiza hemodiálisis a cerca de 9,000 casos de insuficiencia renal, de los cuales Lima concentra unos 5,100 pacientes, y por lo menos unos 3,800 lo hacen en 51 clínicas pagadas por Essalud, debido a que dicha institución no cuenta con equipos suficientes<sup>7,14</sup>.

La Unidad de Hemodiálisis del HNGAI presenta cinco turnos diarios, cada turno con veinte personas, los cuales dieciséis son asegurados de Essalud y cuatro son procedentes de Clínicas contratados por complicaciones. Durante las prácticas pre-profesionales se pudo observar que en el servicio de hemodiálisis del HNGAI los pacientes al pasar por el tratamiento de hemodiálisis reaccionan de diferente modo al sentirse conectados a una máquina y modificar su dieta, su vida diaria y otras actividades; así mismo se encuentran anímicamente decaídos y físicamente cansados, algunos de ellos se sienten abandonados y con grandes cambios en su entorno, por la patología que presentan ERCT, lo que podría hacer que desistan de seguir tratándose o aferrarse a seguir viviendo mediante este tratamiento sustitutivo, con todos los cambios que conlleva adaptarse a su nuevo estilo de vida.

## ***1.2 Formulación del problema***

Por lo anteriormente expuesto se planteó la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los estilos de Afrontamiento en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en programa de Hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen -2013?

## ***1.3 Objetivos***

**Objetivo General:**

Determinar los Estilos de Afrontamiento en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en programa de Hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen -2013.

**Objetivo específicos:**

Identificar las Estrategias de Afrontamiento activo de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal.

Identificar las Estrategias de Afrontamiento pasivo de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal.

***1.4 Justificación***

La Hemodiálisis es un tratamiento que ayuda a reemplazar el trabajo del riñón pero no cura la insuficiencia lo cual lleva a avizorar otra solución, como el trasplante renal. Este tratamiento trae como consecuencias una serie de cambios emocionales y físicos, dentro de los cambios emocionales se encuentra el estilo y estrategia de afrontamiento que empleará el paciente para poder regular su perturbación a causa de estresores, a partir de estos estilos de afrontamiento se podrá identificar como el paciente podrá manejar, reducir, minimizar, dominar, tolerar demandas externas e internas que le generarán estrés a causa de su propia enfermedad <sup>3-12</sup>.

En los cambios físicos el paciente percibe una amenaza a su integridad ya que pasa de una actitud activa a una más pasiva, haciéndose casi totalmente dependiente de la persona que lo atiende, además de la máquina, esta dependencia es uno de los mayores, mientras más se siente la pasividad, aunque inconscientemente, el paciente empieza a percibir que su control ahora está en las manos de extraños, las personas que asumieron su tratamiento,

y que pasan a formar parte activa de su vida, mientras él tiene que aceptar esta nueva forma de vida, más pasiva <sup>8</sup>.

Así mismo, la calidad de vida de los pacientes con ERCT es afectada puesto que debido a los cambios antes mencionados por los que tiene que pasar influyen en todo un cambio en su vida, incluso las visitas constantes al Centro hospitalario modifica y altera su rutina diaria, no trae las mismas consecuencias cuando la persona que adolece la ERCT es un adulto mayor a cuando se es un adulto joven, puesto que dependiendo del grupo etáreo se proponen y cumplen metas en la vida.

En forma predecible, los pacientes tienen una alta probabilidad de conductas de regresión y negación manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a las sesiones de diálisis o actitudes negativas en torno a la terapia <sup>11,15</sup>. Debido a que no solo la enfermedad afecta su salud sino que involucra su entorno social, emocional y físico por las constantes terapias recibidas, las cuales modifican su vida diaria limitando ciertas actividades, que a su vez puede llegar a el abandono por parte de la familia, el aislamiento, culpabilidad y la pérdida del sentido de continuar el tratamiento llevándolo a la negación y el abandono. Muchas veces la persona que padece esta enfermedad es de sexo masculino, lo cual perjudicaría más, ya que son los “jefes de familia”.

El número de pacientes con ERC que precisan de tratamiento renal sustitutivo aumenta progresivamente en todo el mundo. La IRC presenta incidencia y prevalencia crecientes, en los últimos años afecta a 2 de cada 10.000 personas aproximadamente, se estima para los próximos diez años que se duplique el número de pacientes que precisen tratamiento

renal sustitutivo (diálisis o trasplante) aumentando progresivamente y en paralelo a la incidencia creciente de patologías como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

Las personas que se beneficiarán con los resultados de este trabajo de investigación son los propios pacientes a quienes se les proporcionará apoyo emocional y ayuda en enfrentar los problemas de la ERCT, también será muy útil para el personal de salud especialmente para nuestra propia profesión de enfermería, en la cual se hace praxis de un cuidado holístico, engloba la dimensión espiritual, física, emocional y psicológica del paciente con el fin de que pueda tener un mejor afrontamiento respecto a su patología. Así mismo, mejorar el estilo de afrontamiento ayudará a salvar vidas, aliviar el sufrimiento, reducir muertes prematuras, reducir costos económicos <sup>6</sup>.

### ***1.5 Limitación***

Dentro de las limitaciones que se tuvo para ejecutar el trabajo de investigación fue el tiempo que demandó las coordinaciones de índole administrativo debido a las reiterativas veces que teníamos que ir al HNGAI para coordinar los permisos con el Comité de Investigación, Docencia y Capacitación, así como en el Servicio de Hemodiálisis para obtener una cita y poder contactarnos con la Jefa de Enfermeras del servicio mencionado.

Otra limitación fue que en algunos momentos nos encontrábamos con pacientes o familiares que se rehusaban a participar de la investigación y / o compartir experiencias, lo cual se respetó en todo momento.

## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO**

### ***2.1 Antecedentes Internacionales***

Acosta P, Chaparro L, Rey C. Realizaron en el 2008 un estudio titulado Calidad de Vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Transplante Renal, estudio de diseño descriptivo correlacional, el objetivo fue identificar la relación entre Calidad de Vida y las Estrategias de Afrontamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Transplante Renal; la población estuvo constituida por 120 pacientes, 80 pertenecían a la Unidad Renal de la Clínica San Rafael (40 en Hemodiálisis y 40 en Diálisis Peritoneal) y 40 pacientes pertenecían a la Clínica de Marly y la Clínica San Rafael de Bogotá. Emplearon como instrumento el cuestionario World Health Organization Quality Of Life- 100, el cual pertenece a la Calidad de vida global y Salud General, y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Ways of Coping), donde evalúa tridimensionalmente las estrategias de afrontamiento, así mismo se empleó una Ficha sociodemográfica donde se obtuvieron los datos personales de edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, tratamiento actual, tratamientos recibidos, edad de

inicio de la enfermedad y causas de la misma. Los resultados refieren que los pacientes trasplantados presentan mejores puntuaciones que los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal lo cual puede indicar que estén más satisfechos con su salud física, psicológica, relaciones sociales, ambiente es decir presentan mejor calidad de vida, respecto al estilo de afrontamiento los pacientes trasplantados en comparación con los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal emplean estrategias de solución de problemas a través de reevaluación positiva de experiencias vividas<sup>1</sup>.

Villagran VAN. Realizó en el 2012 un estudio titulado Estudio de la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los y las pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), sometidos a hemodiálisis, en el hospital quito nro. 1 de la policía nacional (Quito). De diseño no experimental de corte transversal, enfoque cuali-cuantitativo. El cual tuvo como objetivo analizar la relación que existe entre los Estilos y las Estrategias de Afrontamiento y la Adherencia al Tratamiento en un grupo de veinte pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, sometidos a hemodiálisis en el Hospital Quito Nro.1 de la Policía Nacional. La población estuvo constituida por 20 sujetos, 14 hombres y 6 mujeres, mayores de 45 años, Se utilizó una encuesta de Adherencia al Tratamiento Ad Hoc diseñada por la autora, la Escala de Evaluación de Técnicas de Afrontamiento o C.O.P.E. (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), encuestas personales y entrevistas abiertas. Donde los resultados obtenidos identificaron que el Estilo de Afrontamiento Centrado en la Emoción fue el estilo de mayor uso por la mayoría de los participantes 70% y las Estrategias de Afrontamiento de mayor uso fueron la aceptación, la religión, el afrontamiento activo y reinterpretación Positiva. El estilo de afrontamiento orientado al problema es el 30% La mayoría de los participantes del estudio presenta mala



Adherencia al Tratamiento. Se obtuvieron diferencias en el uso de Estilos y Estrategias de Afrontamiento de acuerdo al tiempo de tratamiento y al tipo de adherencia alcanzada. Se halló una correlación lineal positiva alta entre el Estilo de Afrontamiento Centrado en el Problema y la Adherencia al Tratamiento, así como entre ésta última y la Estrategia Afrontamiento Activo. Los resultados del estudio indican que los participantes tienen una mejor adherencia al tratamiento cuando utilizan estilos y estrategias de afrontamiento activos centrados en hacer algo en torno a la enfermedad <sup>16</sup>.

## ***2.2 Antecedentes Nacionales***

Cassaretto M, Paredes R. Realizaron un estudio en el 2006, titulado Afrontamiento a la Enfermedad Crónica: estudio en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Un estudio de tipo descriptivo de corte transversal y de diseño no experimental con el objetivo de identificar y describir los principales estilos y estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica Terminal; la población estuvo constituida por 40 pacientes mayores de 20 años los cuales fueron aplicantes o candidatos al programa de transplante renal. Se empleó como instrumento el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE (Coping Estimation), además de una Encuesta Personal. Los resultados refieren que las estrategias de mayor uso pertenecen al estilo enfocado al problema, emociones y otros estilos respectivamente, en cuanto a las estrategias, las identificadas como las más utilizadas fueron planificación (M= 13.7), aceptación (13.65) y reinterpretación positiva (13.48), mientras que estrategias como desentendimiento conductual (M= 7.1), Supresión de actividades competentes (M= 9.43) y desentendimiento cognitivo (M=9.5) fueron identificadas como las menos utilizadas <sup>17</sup>.

Paredes RH. Realizó en el 2005 un estudio titulado Afrontamiento y Soporte Social en un grupo de Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, tuvo como objetivo analizar la relación que existe entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y el soporte social de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). La población estuvo constituida por 40 sujetos mayores de 20 años cuyas características fueron definidas por la encuesta personal. La distribución de los participantes hombres y mujeres fue de 62.5% y 37.5%, respectivamente, las edades del 35% de los participantes se encontraron en el rango de 20 a 35 años, mientras que las edades del resto de los participantes se distribuyeron equitativamente en los rangos de 36 a 50 años y de 51 a más años Así, los resultados obtenidos identificaron la existencia de correlaciones moderadas entre estas variables, las cuales incluyeron a los otros estilos de afrontamiento y a las estrategias de reinterpretación positiva, negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual, afrontamiento activo, planificación, acudir a la religión, aceptación, postergación del afrontamiento, y búsqueda del soporte social por razones instrumentales y por razones emocionales. En cuanto a las estrategias de mayor uso, los participantes identificaron planificación, aceptación, reinterpretación positiva y crecimiento y acudir a la religión como tales, mientras que las estrategias de desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes, desentendimiento cognitivo y negación fueron identificadas como las de menor uso .Por otro lado, encontraron que el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción fue el estilo de mayor uso por la mayoría de los participantes. Por último, se identificaron diferencias significativas en el estilo y las estrategias de afrontamiento, y en los índices y las funciones del soporte social según las variables sociodemográficas de sexo, lugar de procedencia, lugar de residencia, cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico <sup>18</sup>.

### **2.3 Base teórica**

La enfermedad renal es un problema de salud pública. La manifestación más grave de la enfermedad renal, la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) subsidiaria de tratamiento sustitutivo mediante diálisis o trasplante renal, presenta una incidencia y una prevalencia crecientes desde hace dos décadas. Se estima que por cada paciente en un programa de diálisis o trasplante puede haber 100 casos de Enfermedad Renal Crónica menos grave en la población general. Por un lado, estos casos constituyen la base de los pacientes que llegarán más tarde a una ERC avanzada. Por otro lado, estos pacientes tienen un riesgo cardiovascular elevado y sufren una morbilidad por eventos cardiovasculares que, probablemente, tenga un impacto en la salud mayor que la evolución hacia la necesidad de tratamiento renal sustitutivo <sup>19</sup>.

Lo que prima de la enfermedad renal es la disminución de la filtración glomerular en donde se sule esta función con diferentes opciones terapéuticas. En Perú la primera opción terapéutica es la hemodiálisis, procedimiento en el cual la transferencia molecular se efectúa fuera del cuerpo entre un dializador desechable (tiene una membrana sintética, que junto con la máquina de hemodiálisis constituye un riñón artificial) y la sangre del paciente, en donde se busca eliminar los desechos tales como la sal y el agua excesiva para prevenir su acumulación en la sangre, mantener un nivel adecuado de ciertas sustancias químicas en la sangre y contribuir a controlar la presión sanguínea y la segunda la diálisis peritoneal, debido a que se tiene que cumplir ciertos requisitos para llegar a optar por este procedimiento (higiene, condiciones de vivienda, el polvo, apoyo familiar, espacio entre otras).

Se considera daño renal y/o tasa de Filtrado Glomerular cuando es menos de 60 ml/min. El daño renal también es definido por anomalías estructurales o

marcadores de daño, incluyendo anomalías en los exámenes sanguíneos o de orina, o en estudios por imágenes. Puede ser:

Microalbuminuria o Proteinuria, Hematuria Persistente (descartando causa urológica), anomalías en anatomía patología por biopsia renal y anomalías imagenológicas (en tamaño renal, poliquistosis renal, entre otros).

Existen diferentes estadios en la ERC, donde se mide la severidad de la enfermedad. Los estadios son:

**Estadio 0:** Personas con factores de riesgo de ERC.

**Estadio 1:** Daño Renal con Filtración Glomerular (FG) normal o aumentado  $>90$  ml/min.=80% creatinina.

**Estadio 2:** Daño Renal con FG levemente disminuido: 60- 89.9 ml/min.=50% creatinina.

**Estadio 3:** FG moderadamente disminuida: 30-59.9 ml/min.= 50 – 20 % creatinina.

**Estadio 4:** Severa disminución del FG: 15- 29.9 ml/min. = 20% creatinina.

**Estadio 5:** Falla Renal: FG $< 15$  ml/min. =10% creatinina.

La ERC va a en aumento, ésta es una patología en la cual se produce el cese de las funciones renales, como la depuradora, reguladora y endocrinas metabólicas. La pérdida de las funciones depuradora y reguladora puede situar en peligro la vida del paciente, a menos que se remplacen estas funciones <sup>4</sup>. Las causas principales de la ERCT son: entre el 10 a 40% Diabetes Mellitus, de 10 a 25% Hipertensión Arterial, Glomerulonefritis de 15 a 20%, así como Lupus Eritematoso, malformaciones congénitas, entre otros.

Sólo se es posible suplir estas funciones, para ello existen diferentes procedimientos de sustitución como la Hemodiálisis y la Diálisis peritoneal, de

acuerdo a la membrana utilizada, mediante la ultrafiltración, hemoperfusión y difusión.

Los factores de riesgo y de evolución de la ERC con sus distintas etapas, son <sup>(20)</sup>:

<b>De Susceptibilidad</b>	Edad mayor, historia familiar, reducción de masa renal, bajo peso al nacer y bajo nivel de educación y económico.
<b>De Inicio</b>	HTA, diabetes, enfermedades Autoinmunes, Infecciones Sistémicas, Litiasis, Obstrucción Urinaria, toxicidad por drogas, enfermedades hereditarias, embarazo, hábito de fumar, obesidad, Injuria renal Aguda.
<b>De Progresión</b>	Mayor Presión Arterial, mayor proteinuria, mayor glicemia, dislipidemia.

**Fuente: K/DOQI, Kidney Disease Outcome Quality Initiative, 2002.**

La Sociedad Peruana de Nefrología, representada por la presidenta Dra. Elizabeth Escudero, estima que en el Perú entre 200 mil y 300 mil personas son portadoras de Enfermedad Renal Crónica (ERC) y más de 2 millones 500 mil de las personas se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad, por lo cual el Seguro Social, que da cobertura a más del 95 % de los pacientes en diálisis en el Perú, brinda tratamiento a cerca de 4,200 pacientes<sup>21,22</sup>.

Para EsSalud, la ERC la define como la incapacidad de los riñones para cumplir adecuadamente sus funciones de eliminar impurezas y toxinas, así como los líquidos sobrantes del torrente sanguíneo <sup>23</sup>.

El Ministerio de Salud (MINSA) define la Hemodiálisis como un procedimiento de sustitución renal extracorpóreo, consiste en extraer la sangre del organismo y pasarla a un dializador de doble compartimiento, uno por el cual pasa la sangre y otro el líquido de diálisis, separados por una membrana semipermeable. Método para eliminar de la sangre los residuos como urea, así como agua en exceso cuando los riñones son incapaces de esto, es decir cuando hay un fallo renal<sup>22,24</sup>.

El trasplante renal representa en la actualidad el medio más eficaz de restituir la salud a los pacientes con IRC, pero la escasez de donantes lo ha convertido en una posibilidad lejana para los pacientes, que deben acostumbrarse a las máquinas de un hospital o a las fístulas y catéteres necesarios para los procedimientos que los mantienen vivos<sup>13,14</sup>.

## **Terapias de sustitución renal**

### **a) El Trasplante renal**

El trasplante renal es el mejor tratamiento sustitutivo de la función renal deteriorada, la que consiste en realizar una operación quirúrgica colocando al paciente un riñón sano de un donante vivo o con muerte cerebral.

### **b) La diálisis**

Es un procedimiento por el cual se reemplaza la función de los dos riñones dañados por un filtro que purifica la sangre, mediante un “riñón artificial”. Existen dos tipos de procedimientos que cumplen esta función: hemodiálisis y diálisis peritoneal.

## **Hemodiálisis:**

La sangre de una vena del brazo pasa por un tubo delgado de plástico a un aparato denominado «dializador». El dializador filtra la sangre, actuando como un riñón artificial, para retirar de la sangre el exceso de agua y los productos de desecho. A continuación, la sangre filtrada sale del aparato por otro tubo colocado en la vena del mismo brazo. La mayoría de las personas necesitan tres sesiones de diálisis por semana. El tiempo normal de cada sesión es de cuatro horas, y cada sesión se realiza tres veces por semana y, en los períodos interdiálisis, 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 <sup>13</sup>.

Antes de iniciar la hemodiálisis, debe haber una manera de extraer la sangre del organismo y volver a introducirla. Las arterias y venas típicamente son demasiado pequeñas; por eso es necesario realizar una intervención quirúrgica para crear un acceso vascular.

La fístula (también denominada «fístula arteriovenosa o fístula AV»), que se crea uniendo una arteria y una vena debajo de la piel del brazo. (En la mayoría de los casos se une la arteria radial con la vena cefálica.) Cuando se unen la arteria y la vena, la presión dentro de la vena aumenta, fortaleciendo las paredes de la vena. La vena fortalecida está entonces en condiciones de recibir las agujas empleadas en la hemodiálisis. La fístula AV toma unos 3 o 4 meses en estar en condiciones de usarse en la hemodiálisis. La fístula puede usarse durante mucho años <sup>25</sup>. Es el acceso vascular más utilizado para tratamiento de hemodiálisis.

El catéter venoso central, que se introduce en una vena del cuello o debajo de la clavícula para uso transitorio, hasta que la fístula AV o el injerto AV estén en condiciones de usarse. El catéter no se usa como un acceso permanente <sup>30</sup>.

### **La diálisis**

La diálisis peritoneal depura las sustancias que se acumulan en la sangre mediante la membrana natural que envuelve los órganos del abdomen, el peritoneo. Dicho procedimiento se realiza con la introducción de un líquido de diálisis (solución clarificante) en la cavidad peritoneal, que se mantiene durante un período de tiempo variable, durante el cual, mediante difusión, las sustancias acumuladas en exceso en la sangre pasan a la cavidad peritoneal. Para introducir el líquido de diálisis se implanta un catéter (pequeño tubo plástico) en el abdomen del paciente mediante una intervención quirúrgica simple, cuyo extremo interno se deja en la cavidad peritoneal y el externo sale por fuera de la pared del abdomen <sup>8</sup>.

### **.El afrontamiento**

Las consecuencias negativas del estrés son reguladas por un proceso denominado afrontamiento. Lazarus y Folkman en 1986 definen el afrontamiento como respuestas ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales 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” <sup>13,26</sup>.

Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras, ya que depende si es negativa o positiva para el proceso de enfermedad



de la persona y los recursos de los cuales se valga para enfrentar el estrés generado por dicha situación, puesto que el afrontamiento se puede centrar en el problema, cambiar la relación ambiente persona y en la emoción implica cambiar el modo en que se trata o interpreta el problema para aminorar la carga de estrés generada por el problema y buscar un sentido para aferrarse a seguir tratándose y como es que vuelcan el deseo de tratarse que es a lo que más se inclinan para apoyarse y no desistir <sup>26</sup>.

“El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación.” (por Belloch y Sandín, 1995.)

El afrontamiento está constituido por estrategias dinámicas y cambiantes que se manifiestan por un conjunto de respuestas tales como: pensamientos, sentimientos, acciones que están dirigidas a la búsqueda o restablecimiento del equilibrio con el objetivo de resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan o en caso contrario alejarse y desentenderse, para seguir adelante con su vida, poniendo en paralelo su enfermedad y la vida cotidiana.

Lazarus en el 2000 sostiene que lo que hace la persona como afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta y del tipo de persona de que se trata, y por lo tanto, el afrontamiento debe ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación y, por su parte, la persona tiene que aprender cómo ajustarse a la nueva situación. Asimismo implica una serie de procesos cognitivos y conductuales estrechamente relacionados; por una parte, dependen de la evaluación que realiza el sujeto sobre la situación y, por otra, del uso de estrategias conductuales utilizadas para aliviar la carga que supone el estresor sobre el bienestar psicológico <sup>13,28</sup>.

Por lo tanto el afrontamiento se define como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud. Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial. En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos, o pueden llegar a causar más problemas <sup>6,24</sup>.

Entorno al afrontar la enfermedad cuando se usan estrategias de afrontamiento efectivas y positivas, las emociones se amoldan y la situación causante de tanto estrés como una enfermedad busca un sentido positivo enfrentándola no huyendo ni minimizando lo que sucede.

“El uso de estrategias de afrontamiento efectivas facilita el retorno a un estado de equilibrio, el cual minimiza los efectos negativos del estrés. Estas estrategias de afrontamiento adaptativas consiguen reducir el estrés y mejorar la respuesta, disminuyendo la reacción emocional negativa, independientemente de que solucionen el problema” (Perea-Baena y Sánchez-Gil, 2008; Rovira, Fernández-Castro y Edo, 2005).

Aunque hay estrategias de afrontamiento no adecuadas, son las que aumentan los efectos negativos del estrés, son estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el distanciamiento, que dañan el bienestar y aumentan el afecto negativo. Por ello es que el uso de estas estrategias de afrontamiento son las que condicionan e inclinan hacia un tratamiento seguido y sin cortes con el fin de seguir orientados hacia una esperanza tal como lo es la vida y sentirse vivos para las personas con enfermedades degenerativas crónicas tales como la insuficiencia crónica terminal <sup>18</sup>.

Cuando los pacientes inician un programa de hemodiálisis atraviesan diversas fases de ajuste, clasificadas en cuatro <sup>16,19</sup> :

Fase 1- Periodo de pre- tratamiento, los pacientes experimentan dolor por la pérdida de salud y la amenaza de muerte.

Fase 2- Iniciación de la diálisis con desplazamiento hacia el equilibrio fisiológico, los pacientes se manifiesta apáticos, somnolientos, quizá euforia ante el alivio que sienten, aumento de ansiedad, y desamparo.

Fase 3- Convalecencia, se sienten físicamente débiles, ansiosos, con vómitos y dolores de cabeza prolongadamente, presentando perdida del libido, depresión, etc.

Fase 4- Esfuerzo para conseguir la normalidad, se encuentran con problemas de cambio de estilo de vida, ya que tienen restricciones en la dieta, reciben medicamentos, diálisis y complicaciones del tratamiento.

El afrontamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de la vida estresantes y síntomas de enfermedad <sup>28</sup>.

Por tanto citando a Carver et al. en 1989, quien basándose en las definiciones de Lazarus, son quienes dividen las estrategias de afrontamiento en tres: estrategias de afrontamiento enfocadas al problema, estrategias enfocadas a la emoción y estrategias de afrontamiento potencialmente disfuncionales. Las dos primeras son más adaptativas en términos de salud que las estrategias potencialmente disfuncionales, que son desadaptativas <sup>(30)</sup>.

Por tanto los problemas psicológicos pueden ser de diversos tipos. Unos están asociados a la alteración emocional, otros a las relaciones personales, ya sean familiares o sociales, y otros a conductas inadecuadas. Todos ellos no son incompatibles, siendo los más frecuentes los relacionados con la alteración

emocional en pacientes que afrontan esta enfermedad.

El proceso de afrontamiento que se ha descrito tiene dos vertientes claras, referidas al foco de actuación del sujeto, su percepción y sentimientos o la situación misma. Así surgen formas diferenciadas, e idealmente complementarias, de afrontamiento:

**Estrategia de Afrontamiento activo o positivo:** Es ver el 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. Aplicar la aceptación si no hay solución, autocontrol, confrontación, considerar que tengo control sobre la situación y que voy a resolverla. Todo ello aumenta nuestra confianza y eficacia, 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 dan 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.

1.- Afrontamiento activo: proceso de ejecutar acciones directas incrementando los esfuerzos con el fin de apartar o evitar el estresor o mermer los efectos negativos. Se mide con las preguntas 2 y 10 del instrumento aplicado (anexo II).

2.- Planificación de Actividades: estrategia cognitiva analítica y racional, que

puede describirse como secuencia de acciones orientadas a solucionar problemas, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo. Se mide con las preguntas 6 y 26 del instrumento aplicado (anexo II).

3.- Apoyo Social: consiste en buscar en los demás un consejo o apoyo, información, ya sea en los profesionales de salud o pacientes con mayor tiempo en el programa de Hemodiálisis con la finalidad de solucionar problemas. Se mide con las preguntas 1 y 28 del instrumento aplicado (anexo II).

4.- Apoyo emocional: estrategia comportamental en la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas. Se mide con las preguntas 9 y 17 del instrumento aplicado (anexo II).

5.- Reinterpretación positiva: estrategia cognitiva por el cual la persona reconoce la realidad de la enfermedad y se centra en los aspectos positivos de la situación. Por lo tanto, optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al afrontamiento de la situación. Se mide con las preguntas 14 y 18 del instrumento aplicado a los pacientes con enfermedad renal crónico terminal en programa de hemodiálisis. (anexo II).

6.- Aceptación: Estrategia donde el paciente llega a aceptar su enfermedad sin sentimientos de culpa ni de rabia. Etapa donde se fortalece la adherencia al tratamiento, al nuevo estilo de vida y disminuye el impacto del

estigma y rechazo social. Se mide con las preguntas 3 y 21 del instrumento aplicado (anexo II).

7.- Acudir a la religión: estrategia cognitiva- comportamental expresada a través del rezo y la oración dirigido a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generen ante una situación de estrés. Puede influir sobre la actividad de afrontamiento, ya sea en dirección o intensidad. El objetivo es volcarse en la religión en situaciones de estrés para reducir la situación existente. Se mide con las preguntas 16 y 20 del instrumento (anexo II).

**Estrategia de Afrontamiento pasivo:** la base está en encarar la adversidad como una amenaza o daño personal. Huiremos, evitamos encarar el conflicto, lo aplazamos, abandonamos cualquier esfuerzo para afrontarlo, lo delegamos a otra persona, nos distanciamos, por ende el paciente no modifica su situación, afrontando a través de la negación, buscando alejamiento y la transferencia de su responsabilidad a otros, es decir, pierden el control de la situación llegando incluso a la dependencia de otras personas.

1.- Negación: Es una estrategia de protección para reducir el impacto de los factores que ocasionan el estrés. Describe también la ausencia de aceptación del problema y la evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración. La persona con esta estrategia trata de comportarse como si el problema no existiera, de no pensar en él y alejarse de manera temporal de situaciones que se relacionan con el problema. Se mide con las preguntas 5 y 13 del instrumento aplicado (anexo II).

2.- Desahogo: estrategia constituida por procesos cognitivos que puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado. Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de cierta tendencia a expresar o descargar sentimientos negativos. Se mide con las preguntas 12 y 23 del instrumento aplicado (anexo II).

3.- Humor: estrategia distanciadora y distractora, se refieren bromas sobre el estresor o reírse de situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma. Las bromas son consideradas como una forma de distanciamiento emocional, pues la persona regula las ideas amenazadoras haciendo que no sea tan reflexivo ante la situación. Se mide con las preguntas 7 y 19 del instrumento aplicado (anexo II).

4.- Auto- Inculpación: estrategia que hace referencia a la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo. Estrategia cognitiva que puede aumentar el grado de Trastorno emocional, algunas personas necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor, se autorreprochan o emplean cualquier otra forma de autocastigo. Se mide con las preguntas 8 y 27 del instrumento aplicado (anexo II).

5.- Auto- distracción: estrategia la cual se relaciona con altos niveles de intensidad del dolor, menor actividad física y mayores niveles de ansiedad. Se mide con las preguntas 4 y 22 del instrumento aplicado (anexo II).

6.- Desconexión emocional: consiste en la disminución del esfuerzo dirigido al estresor, el paciente se da por vencido, sin intentar lograr las metas con

las que él está interfiriendo. Se mide con las preguntas 11 y 25 del instrumento aplicado (anexo II).

7.- Uso de sustancias: se consumen medicamentos o alcohol con el fin de sentirse bien o para ayudar a soportar al estresor. La persona evita o escapa del problema a través de esta estrategia. Se mide con las preguntas 15 y 24 del instrumento aplicado (anexo II).

Por tal es fundamental evaluar hasta qué punto las estrategias dirigidas a el problema, la emoción y otros estilos son formas verdaderas y permiten el desarrollo por parte del paciente usando mecanismos eficaces de manejo para las demandas de su medio puede ser un mecanismo sano, de adaptación funcional cuando, desde una valoración racional y ajustada, acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles (por ejemplo: una situación de duelo, o una vivencia traumática previa) o tan sólo cabe una solución parcial del problema, algo que es necesario aclarar cuando un paciente trae problemas de relación, de pareja o de adaptación (por ejemplo: a una situación laboral o a una patología somática crónica como lo es la ERCT).

En este caso en el afrontamiento se realiza una reevaluación de la situación, se valora el nivel de amenaza que significa, sí realmente afecta a compromisos tan relevantes para nuestro necesario e imprescindible bienestar, hasta qué punto es posible soportar y convivir con la situación, y la valoración de otros compromisos de orden superior a los comprometidos en ese momento. Este afrontamiento parte de la aceptación de la realidad, de la limitación de nuestros recursos para modificarla, y en la valoración de la virtud como capacidad de tolerar. No significa en este sentido una renuncia al afrontamiento dirigido al



problema, sino que se entrelaza con él, permitiendo una acción más ajustada, con metas más realistas, y por tanto más funcional. Constituye en muchos casos el objeto de la terapia no la modificación de la situación en sí, sino el paso de un afrontamiento dirigido a la emoción disfuncional a otro funcional <sup>28</sup>.

Debido a la alta complejidad del ser humano en donde entran en juego una serie de variables biológicas, ecológicas, sociales, espirituales y psicológicas, es que llegan a presentar diferentes formas de afrontar y continuar con el tratamiento de hemodiálisis sea de forma positiva o negativa, según el nivel de estrés que sienta con respecto a su situación actual, sometiendo a juicio su enfermedad y no desestime su situación la cual tiene tratamiento hasta que pueda optar por el trasplante.

El paciente realiza la sesión de hemodiálisis primero estando media hora antes del turno indicado, luego es llamado para el control de peso movilizándose en silla de rueda o deambulando, según su condición. Al ingresar al área de Hemodiálisis se le asigna un asiento reclinable con una máquina de diálisis, el paciente es asistido por la enfermera. Es evaluado por el médico de turno, autorizando el inicio de su sesión, dependiendo de cuánto líquido se ha acumulado entre cada hemodiálisis, como se siente el paciente y lo que indican las pruebas de sangre.

Por prescripción médica el paciente puede estar de 2 a 4 horas hemodializándose, donde la máquina extraerá la sangre desde el acceso vascular hasta el filtro dializador (riñón artificial) y la retornará al paciente una vez purificada donde los desechos innecesarios han sido filtrados y depurados.

Se tiene en cuenta que durante el tiempo de hemodiálisis el paciente puede tener complicaciones como: náuseas, vómitos, calambres musculares, hipotensión arterial, cefalea, en casos extremos incluso podría llegar a tener un Paro cardiorespiratorio el cual le podría ocasionar la muerte.

Las consecuencias emocionales en las terapias de hemodiálisis y diálisis se desencadenan también por el tiempo que debe dedicarse a ella (dos a tres veces a la semana durante 2 o 4 horas aproximadamente), disminuyéndose las actividades sociales y originando conflictos, frustración, sensaciones de culpabilidad y depresión en la familia. Es frecuente que familiares y amigos consideren al enfermo como una “persona marginal”, con esperanza de vida limitada. También suele ser difícil que el paciente, cónyuge y familia expresen su ira y otros sentimientos negativos. Si bien son normales en esta situación, estos sentimientos con frecuencia son profundos y abrumadores, de manera que se requiere asesoría y psicoterapia.

El paciente necesita de su máquina dializadora, sustancia dializante, el filtro, un set arterio-venoso y su fistula Arterio-Venoso o Catéter Venoso Central; en caso del paciente que tiene Catéter Venoso Central se le iniciará su sesión de Hemodiálisis, sin embargo si el paciente presenta una Fistula Arterio-Venoso se le canalizará una cánula con aguja N° 16.

El paciente al portar cualquiera de los dos Accesos Vasculares para su tratamiento le producen muchos cambios, sobretodo emocionales, ya que existe una alteración en la autoimagen, pues el paciente si tiene una Fistula Arterio- Venosa no podrá realizar esfuerzos con aquel brazo, mientras que si tiene un Catéter Venoso Central no podrá tocarlo, ni mojarlo, ni descubrirlo

debido a que podría ocasionarse una infección.

### **Callista Roy y su “Modelo De Adaptación”**

Afirma que el paciente o usuario tiene un rol activo en el cuidado debido a que es un ser biopsicosocial que interactúa constantemente con el entorno cambiante. Es una persona que utiliza mecanismos de afrontamientos innatos y adquiridos para enfrentarse contra los agentes estresantes durante la enfermedad, por esto es que para ella la salud se considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo <sup>31</sup>.

Asimismo define a la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. La enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación. Donde la salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible <sup>32</sup>.

La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y complejo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. La salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

El ambiente para Roy, son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y conducta de la persona. Estas condiciones las identifica como estímulos. Un estímulo lo define como el que provoca una respuesta. Son el punto de interacción del sistema humano y el ambiente. La teorista identifica tres tipos de estímulos: focal, contextual y residual. Los estímulos focales son los cambios con los que se enfrenta inmediatamente la persona y requiere de toda su atención y energía en un momento determinado. Los estímulos contextuales son todos los otros estímulos presentes en la situación que pueden contribuir al efecto del estímulo focal. Los estímulos residuales son aquellos cuyos efectos son inciertos en una situación dada e involucran las creencias y actitudes sobre los que la persona no tiene conciencia por lo que no se pueden investigar<sup>31</sup>.

La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la hemodiálisis, sobre sus condiciones de vida y las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis.

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, siendo los componentes psicológicos de los enfermos orgánicos un trabajo difícil para los profesionales de la salud al enfrentarse a enfermedades graves orgánicas y sus angustiantes consecuencias para el paciente y sus familiares, por lo que se debe tener en cuenta el aspecto emocional en el vínculo enfermera-paciente, elemento esen-

cial en la influencia terapéutica sobre el paciente<sup>33</sup>. La adecuación exitosa requiere que el paciente sea capaz de desempeñarse de manera adaptativa.

Los problemas de los pacientes en hemodiálisis, pueden ser por la insuficiencia renal o por el tratamiento, teniendo una vivencia singular de la enfermedad, vivencia que dependerá de su historia de enfermedad, de sus características personales y de su entorno familiar.

El impacto de la enfermedad para estos pacientes tiene relación con las perturbaciones en el estilo de vida, cambios anatómicos y funcionales y las discapacidades que se van produciendo, por lo que a medida que avanza el tratamiento, los sentimientos de angustia, de desesperanza, y de invalidez van siendo comunes a todos

Debido a que la enfermedad renal condiciona el normal desenvolvimiento de la persona en su vida diaria, por los constantes tratamientos invasivos a los que son sometidos, la terapia farmacológica y restricciones alimenticias, lo cual genera estrés, angustia y desasosiego en el paciente, familia y entorno, es de primordial atención por parte de la enfermera ver el comportamiento que manifiesta una amenaza a la integridad de un paciente en tratamiento de hemodiálisis evaluar los estímulos negativos para incidir en ellos e identificar los positivos para potencializarlos.

La intervención de enfermería se centra en los estímulos que influyen en el comportamiento o la capacidad de afrontamiento hacia los estímulos positivos para que pueda haber una mejor adhesión al tratarse y no abandonar, utilizando lo que el paciente brinde con respecto a la parte subjetiva y psicológica del ser,

ayudando a que encuentre la enfermedad como una limitación y abandono de sí mismo, sino un medio para mejorar e interactuar y sobreponerse a lo real, de modo que encuentre un sentido bien orientado hacia su nueva vida.

#### ***2.4 Definición de términos***

- **Estilos de Afrontamiento:** constituyen acciones generales, tendencias personas las cuales ayudarán a llevar a cabo una estrategia para poder afrontar la situación estresante.

- **Paciente:** persona que presenta una enfermedad o adolece de algún síntoma quien es atendido por un profesional de la salud.

#### ***2.5 Operacionalización de variables (Anexo 1)***

## **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA**

### ***3.1 Tipo de investigación:***

La investigación es de enfoque Cuantitativo, debido a que los datos obtenidos fueron medidos numéricamente, a través de procedimientos estadísticos de procesamiento de datos, haciendo uso de estadística descriptiva.

### ***3.2 Diseño de investigación:***

El diseño aplicado en la presente investigación fue descriptivo simple de corte transversal, prospectivo. Descriptivo simple puesto que se determina y recoge información contemporánea con respecto a una situación determinada, de corte transversal debido que la investigación se da en una sola observación en el tiempo y prospectivo porque los hechos se registraron y observaron analizándolo hacia el futuro.

El esquema de este diseño fue el siguiente:

M ————— O

Dónde:

M: representan la muestra con que se ha realizado el estudio.

O: representa la información recogida.

### ***3.3 Lugar de ejecución del Proyecto:***

El trabajo de investigación se desarrolló en el HNGAI, institución de cuarto nivel de atención, ubicado en Av. Grau 800 - La Victoria. Brinda servicios en áreas generales y especializadas como es el caso de servicio de hemodiálisis que recibe paciente asegurados y particulares (referencias), siendo su cobertura de acción distritos como: La Victoria, San Juan de Lurigancho, San Luis, entre otros.

### ***3.4 Universo de Estudio, Selección, muestra Y Unidad de análisis:***

#### **Universo de Estudio:**

La población de estudio fue constituido por 90 pacientes nuevos en programa de hemodiálisis, de ambos sexos, atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

#### **Muestra:**

Para la selección de los participantes se realizó el muestreo probabilístico Aleatorio Simple para una proporción muestral con una población conocida, siendo esta de 90 pacientes nuevos en programa de hemodiálisis de ambos sexos, se obtuvo como tamaño muestra 73 pacientes en programa de



hemodiálisis que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión de la población.

**Unidad de análisis:**

El paciente que pertenece al programa de hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

### ***3.5 Criterios de Inclusión y de Exclusión***

Criterios de inclusión:

Pacientes que no hayan sido sometidos a hemodiálisis por más de 6 meses.

Pacientes que aceptan participar del estudio de investigación previo al consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes procedentes de instituciones privadas.

Pacientes menores de 18 años.

Pacientes con deterioro neurológico.

### ***3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:***

El instrumento utilizado ha sido empleado en la realidad peruana, el objetivo del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) es conocer cómo las personas reaccionan o responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes

Los estilos de afrontamiento se identificaron mediante el instrumento Brief Cope, el cual primero fue creado con el nombre de Ways Coping Checklist por Folkman y Lazarus en 1980 donde se evaluaba 68 ítems teniendo variedad de estrategias de afrontamiento a nivel cognitivo y conductual, con dos respuestas alternativas (sí y no), siguiendo este modelo teórico de Lazarus & Folkman investigadores como Carver, Scheier y Weintraub en 1989 propusieron el Cope, pretendiendo ser un instrumento más preciso en la formulación de los ítems, este instrumento es un inventario bidimensional, desarrollado para evaluar distintas formas de respuesta ante el estrés, identifica distintos aspectos del afrontamiento, ya sea afrontamiento activo y afrontamiento pasivo.

Finalmente, Carver en 1997 presenta una versión abreviada del anterior Cope, siendo este utilizado en investigaciones relacionadas con la salud, llamado Brief COPE el cual consta de 14 indicadores, dos ítems cada una, con una escala Ordinal, según el creador Carver (1997) consideró que es idóneo este instrumento en investigación puesto que, identifica brevemente el afrontamiento que evalúa las variadas respuestas conocidas relevantes para el afrontamiento<sup>33</sup>.

En el Perú, el COPE en su versión disposicional y situacional fue adaptado por Casuso (1996) y ha sido utilizado en varias investigaciones que han corroborado su utilidad, validez y confiabilidad (Salazar, 1993; Sánchez 1993; Rojas, 1997; Flores, 1999, entre otras).<sup>18-29</sup>

El instrumento COPE consta de 28 pregunta, los cuales indican que cosas hace o siente con más frecuencia el paciente, cuando se encuentra en tal situación, que sometido a un juicio de expertos (9) para readaptar las preguntas de acuerdo al tipo de paciente, donde se obtuvieron los siguientes datos en la

confiabilidad y validez realizada mediante la prueba piloto en 17 pacientes, obteniéndose una Validez 0.0195 y una confiabilidad 0.855.

### ***3.7 Procedimiento de recolección de datos***

Se envió una solicitud al Dr. Gaston Barnechea Landa, Jefe de la oficina de capacitación docencia e investigación, con copia a otras instancias administrativas, como: Departamento de Enfermería y Departamento de capacitación. Dónde se obtuvo la autorización para aplicar el instrumento en el Servicio de Hemodiálisis, previa coordinación con la enfermera Jefe del servicio de Hemodiálisis, Lic. Zully Vejarano.

El instrumento fue aplicado en los pacientes sometidos a hemodiálisis, debido a que ellos deben asistir a su sesión media hora antes de la hora programada, momento que se empleó para reunirlos y se les explicó sobre el objetivo del presente trabajo de investigación, se les entregó el consentimiento informado que fue firmado y leído detenidamente por cada uno de los pacientes (en algunas oportunidades por sus acompañantes), con la finalidad de que formen parte de la muestra. El tiempo para la realización fue de 20 a 25 minutos, siendo llenado de forma personal por los pacientes, por último el cuestionario fue revisado delante del paciente para aclarar alguna duda que haya emergido o complete algún dato.

### ***3.8 Aspectos Éticos***

La obtención de datos fue previa carta de autorización firmada por las autoridades del Comité de Ética, Investigación y Docencia del HNGAI, por lo

cual se pudo ejecutar el trabajo de investigación aplicando el cuestionario formulado previo consentimiento informado (anexo 6), los datos obtenidos se manejaron con la debida confidencialidad.

En el trabajo de investigación, se respetó totalmente a la persona como un ser único e irreplicable, un ser autónomo que toma decisiones de sí mismo, donde tiene el derecho y la capacidad para poder tomar la decisión de formar parte del trabajo de investigación, previamente informándole sobre el tema de estudio, se brindó un consentimiento informado a los pacientes en programa de hemodiálisis.

Los datos que fueron obtenidos no han sido ni serán utilizados para el beneficio propio o de entidades privadas donde puedan perjudicar la integridad moral, física, psicológica y social de los pacientes hemodializados. Se culminó la investigación beneficiando a la muestra de estudio brindándoles información educativa sobre los estilos de afrontamiento en pacientes hemodializados a través de la entrega de un tríptico (anexo 9)

### **3.9 Análisis de Datos**

Para la realización del análisis de datos se procedió a asignar códigos a las respuestas de cada pregunta del Test de COPE 28, para luego ser tabuladas de manera electrónica y generar una base de datos en Excel 2010 para ser exportada al SPSS v. 20 para la elaboración de tablas y gráficos que respondan a los objetivos de la investigación mediante el uso de la estadística descriptiva.

La escala de valoración para la variable de afrontamiento utilizó la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión, lo cual permitió la ubicación de la aplicabilidad de los estilos de afrontamiento y sus estrategias.

## CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

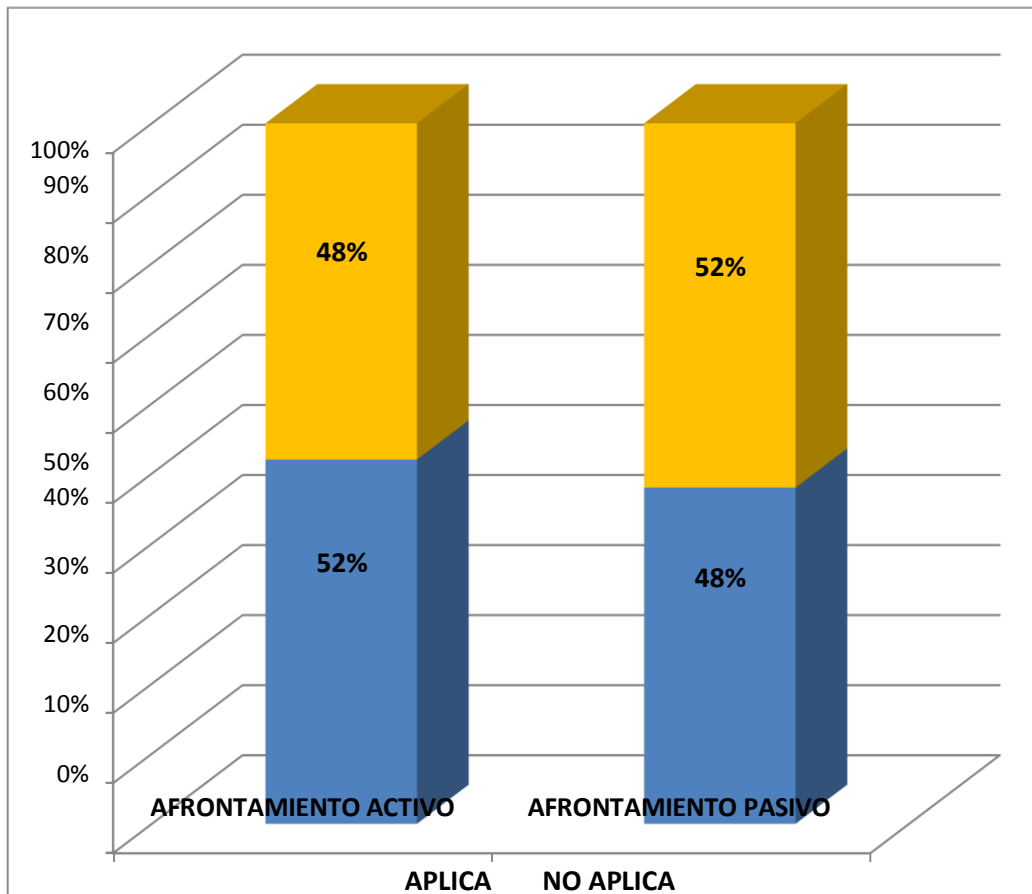
### 4.1. Resultados

Tabla 1: Datos generales de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013

DATOS GENERALES	CATEGORIA	N=73	100%
Edad (años)	25-35	10	14
	36-59	26	36
	<b>60 a más</b>	<b>37</b>	<b>51</b>
Género	Femenino	27	37
	<b>Masculino</b>	<b>46</b>	<b>63</b>
Estado Civil	Soltero	18	25
	<b>Casado</b>	<b>39</b>	<b>53</b>
	Viudo	6	8
	Divorciado	2	3
	Conviviente	8	11
N° de Hijos	<b>1-2 hijos</b>	<b>24</b>	<b>33</b>
	<b>3-4hijos</b>	<b>24</b>	<b>33</b>
	5-6 hijos	14	19
	Ninguno	11	15
Religión	Católica	56	77
	No Católica	17	23
Frecuencia de hemodiálisis	3 veces por semana	70	96
	2 veces por semana	3	4

Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal tienen en su mayoría edades de 60 años a más 51%, pertenecen al género masculino 63%, estado civil casados 53%, su número de hijos es de 1 – 2 y de 3 – 4 hijos 33% respectivamente, profesan la religión católica 77% y su frecuencia de hemodiálisis es de tres veces por semana 96%.

**Gráfico 1: Estilos de Afrontamiento de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013**



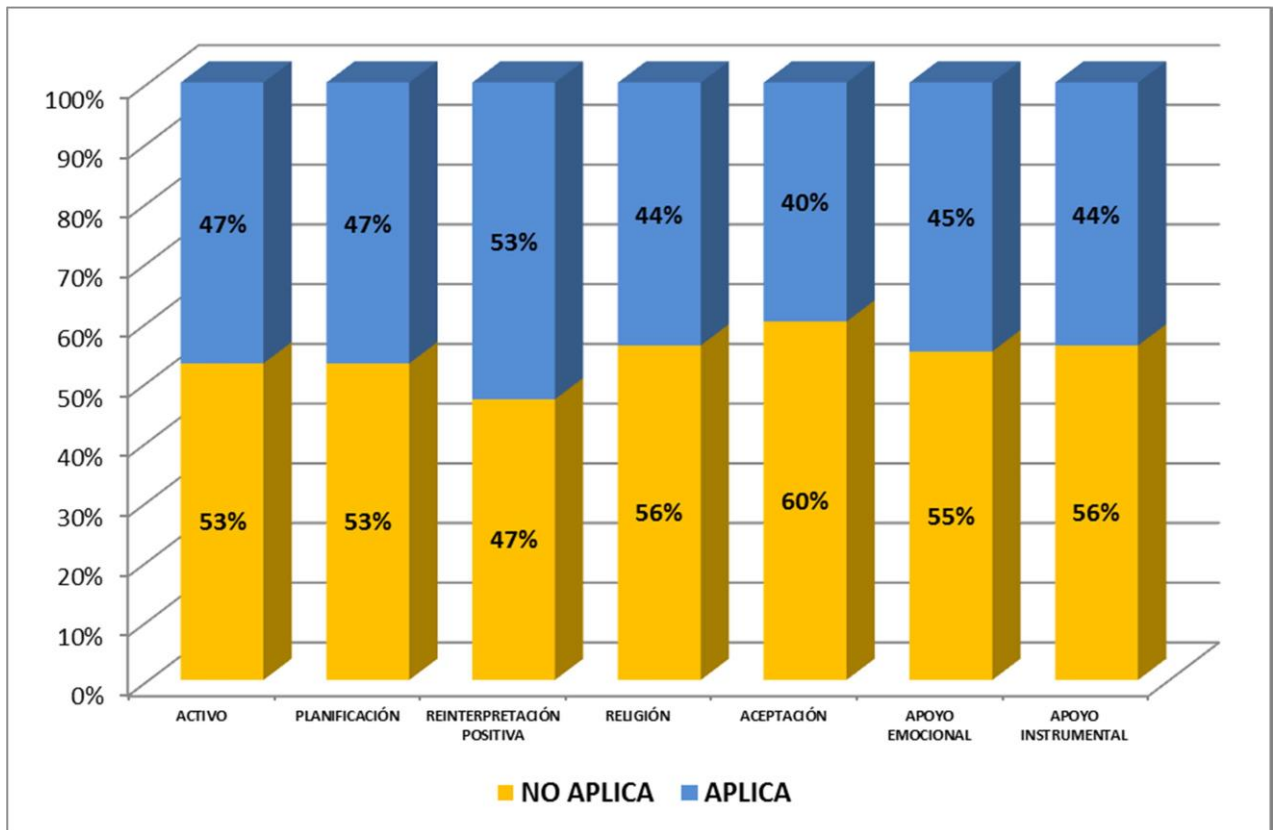
Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal aplican el afrontamiento activo 52% (38) y el pasivo 48% (35) frente al tratamiento de hemodiálisis.

**Tabla 2: Estilos de Afrontamiento de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013**

<b>ESTILO DE AFRONTAMIENTO</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DS</b>	<b>T</b>
Afrontamiento activo	31,54	6,2	<u>4,3284</u>
Afrontamiento pasivo	26,89	4,3	

Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal muestran que existen diferencias entre las medias obtenidas entre el estilo de afrontamiento activo (31,54) y afrontamiento pasivo (26,89), al encontrar una  $t = 4,3284$  que es mayor que el valor crítico 1,96, para un intervalo de confianza del 95%.

**Gráfico 2: Estrategias de Estilos de Afrontamiento Activo de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013**



Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal aplican las estrategias de afrontamiento activo en su mayoría la de reinterpretación positiva 53% (39) y la menos aplicada es la de aceptación 60% (44), seguido de religión 56% (41) y apoyo instrumental 56% (41).

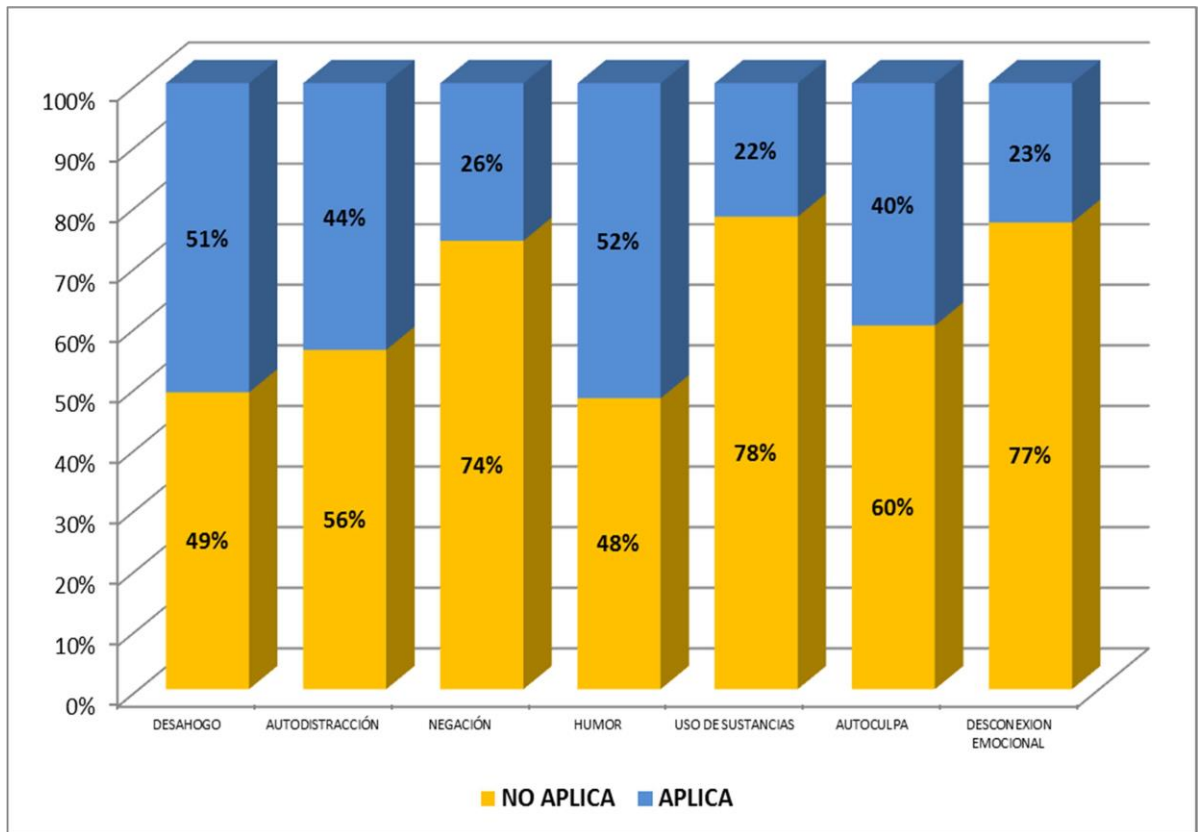


**Tabla 3: Estrategias de Estilo de Afrontamiento Activo de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013**

<b>AFRONTAMIENTO ACTIVO</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DS</b>
<b>Afrontamiento Activo</b>	4,5	1,2
<b>Planificación</b>	<b>4,6</b>	<b>1,2</b>
<b>Reinterpretación positiva</b>	<b>4,7</b>	<b>1,3</b>
<b>Religión</b>	4,5	1,4
<b>Aceptación</b>	<b>4,3</b>	<b>1,3</b>
<b>Apoyo emocional</b>	4,5	1,4
<b>Apoyo instrumental</b>	<b>4,3</b>	<b>1,3</b>

Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal aplican como estrategia dentro del estilo de afrontamiento activo la reinterpretación positiva (4,7 /  $\pm$  1,3), seguido de la planificación (4,6 /  $\pm$  1,2).

**Gráfico 3: Estrategias de Estilo de Afrontamiento Pasivo de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013**



Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal aplican las estrategias de afrontamiento pasivo en su mayoría el humor 52% (38) y la menos aplicada es el uso de sustancias 22% (57).

**Tabla 4: Estrategias de Estilo de Afrontamiento Pasivo de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal Programa de Hemodiálisis Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – 2013**

<b>AFRONTAMIENTO PASIVO</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DS</b>
Desahogo	3,3	1,2
Autodistracción	4,3	1,2
Negación	3,9	1,1
<b>Humor</b>	<b>4,8</b>	<b>1,1</b>
<b>Uso de Sustancias</b>	<b>2,8</b>	<b>0,8</b>
Autoculpación	3,9	1,4
<b>Desconexión emocional</b>	<b>4,5</b>	<b>1,1</b>

Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal aplican como estrategia dentro del estilo de afrontamiento pasivo el humor (4,8 /  $\pm$  1,1) y la desconexión emocional (4,5 /  $\pm$  1,1).

## **4.2. Discusión**

En la actualidad, las enfermedades crónicas como la ERCT son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la vida de la persona, originando nuevas exigencias que deben ser afrontadas durante la hemodiálisis.<sup>9</sup> Por ello, la presencia de la enfermedad crónica no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal sino también 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.

Encontrando como resultado en la tabla 1, la edad de los participantes es de 60 años a más con un 51%, datos similares fueron encontrados por Villagran donde las edades de 58 a 85 años abarcan al 55% de su población<sup>16</sup>, observándose que no hay variación con respecto a la edad de los pacientes en su estudio y los del HNGAI donde el grupo etario es similar, también se encontraron resultados similares con los de 36 años con un 36% siendo jóvenes, lo mismo sucede en el estudio de Villagran donde el 45 % de su población la edad promedio es de 34 años<sup>16</sup>, algunas personas tienen más riesgo de desarrollar Insuficiencia Renal, entre ellas, están quienes tienen Diabetes Mellitus y no se controlan, quienes tienen algún antecedente familiar de esta enfermedad, las personas mayores de 65 años, personas que padecen de Hipertensión Arterial y dislipidemias, quienes sufren enfermedad cardíaca y quienes practican inadecuados estilos de vida, este último en su mayoría le

corresponde más a los jóvenes.

El género de mayor predominancia es el masculino con un 63%, mientras que el sexo femenino en un 37 %, datos similares fueron encontrados por Villagran donde el 70% de la población con afección renal es de sexo masculino<sup>16</sup>, al igual que los estudios realizados por Cassaretto y Paredes donde encontró que el 62.5% es de sexo masculino reafirmando que la mayor predisposición para la enfermedad renal se encuentra en ese género<sup>17</sup>.

El hecho de ser hombre también parece convertirse en otro factor de riesgo. Al respecto, un estudio reciente que fue publicado en la revista Journal of the American Society of Nephrology afirma que uno de cada 93 hombres y una de cada 133 mujeres tendrán Insuficiencia Renal si viven hasta los 80 años de edad; si llegan a los 90 años, esa cifra se eleva a uno de cada 40 hombres y una de cada 60 mujeres, que desarrollarán Insuficiencia Renal, debido a que los de sexo masculino quienes en su gran mayoría desarrollan o adoptan hábitos nocivos tales como el consumo de alcohol, cigarrillos y por el trabajo el consumo inadecuado de alimentos con altas cantidades de carbohidratos, los harán predisponentes a desarrollar enfermedades renales<sup>11</sup>.

Respecto al ambiente familiar en la investigación el 53% de los participantes son casados y el número de hijos es de 1 a 2 en un 33% y de 3 a 4 en un 33%, en estudios similares lo que prima es la constitución familiar, como en el estudio de Villagran donde el 60% son casados y tiene hijos <sup>16</sup>, tal sucede en estudios realizados por Cassaretto y Paredes, donde el 60% son casado y tiene hijos <sup>17</sup>, por lo que se deduce que la probablemente al ser casados tendrán el apoyo familiar, siendo favorable para que el paciente no abandone su tratamiento y

por lo tanto tenga un mejor afrontamiento ante la enfermedad.

Respecto a la religión un 77% de los participantes son católicos y un 33% pertenecen a otras religiones, confrontando con la teoría probablemente la religión es empleada cuando el paciente percibe un déficit de función física comenzando a enfocarse en sus creencias religiosas. Además de la frecuencia de Hemodiálisis que es de 3 veces por semana en un 96 %, teóricamente en su mayoría los pacientes con IRCT suelen hemodializarse 3 veces por semana en un promedio de 2 a 4 horas.

Respecto a los resultados en la tabla 2, los pacientes con ERCT muestran que existen diferencias entre las medias obtenidas entre el estilo de afrontamiento activo (31,54) y afrontamiento pasivo (26,89), al encontrar una  $t = 4,3284$  que es mayor que el valor crítico 1,96, para un intervalo de confianza del 95%. Donde por ser un grupo de pacientes que recién comienza con el tratamiento de hemodiálisis, tiende a buscar estilos de afrontamiento para el transcurrir del tratamiento, enfocándose en un afrontamiento activo, en el cual prima lo positivo con respecto a la enfermedad y el tratamiento, lo que asumiría que no desisten de seguir tratándose sino que usan estrategias para asumir el reto que conlleva las sesiones de hemodiálisis.

Casos similares sucede con el estudio de Cassaretto y Paredes donde los participantes de dichos estudios enfocan en un estilo de afrontamiento activo, donde lo que resalta es la búsqueda de información y la planificación como estrategias más utilizadas por ese grupo de pacientes<sup>17</sup>, que son más antiguos en periodos de hemodiálisis en comparación con los del estudio realizado en el HNGAI, que son pacientes en no más de 6 meses de inicio de tratamiento de

Hemodiálisis.

Respecto a los resultados en la tabla 3, de acuerdo a las estrategias del estilo de Afrontamiento Activo más utilizadas por los participantes en la investigación, resaltan la reinterpretación positiva (4,7 / /  $\pm$  1,3), la planificación (4,6 /  $\pm$  1,2) y acudir a la religión (4,5 /  $\pm$  1,4) respectivamente. Confrontando con el estudio realizado por Villagran donde la población de 20 participantes enfocan mayor uso de estrategias como la aceptación, la religión, afrontamiento activo y reinterpretación positiva. La persona que acepta la realidad de una situación estresante parecería ser alguien interesado en sobrellevar la situación<sup>16</sup>, por lo que el uso de la estrategia de Aceptación y reinterpretación positiva podrían ser un resultado alentador en este grupo de pacientes.

La reinterpretación positiva como primera estrategia más usada obtiene casi resultados similares con el estudio de Cassaretto y Paredes donde la reinterpretación positiva es una de las 3 estrategias más utilizadas por los participantes de ese estudio, en vista que las personas afectadas con IRCT suelen presentar sentimientos de depresión, ansiedad, frustración y cólera que provienen de su experiencia diaria con la enfermedad y sus tratamientos, es positivo que utilicen con mayor frecuencia la estrategia de reinterpretación positiva, puesto que ésta se encarga de afrontar las emociones que el evento estresante despierta, en vez de alterarlo o modificarlo directamente ;así mismo, el responder a las demandas emocionales a través de esta estrategia permitiría proteger y prevenir la presencia de desórdenes del ánimo a futuro<sup>17</sup>. Caso similar en el estudio de Paredes, donde la reinterpretación positiva ocupa el segundo lugar de uso para los participantes de esa investigación, por tanto la

reinterpretación reconoce la realidad de la enfermedad y se centra en los aspectos activos de la situación y como logran sacar un beneficio de esa situación por la que pasan en cada sesión de hemodiálisis y la enfermedad que padecen <sup>18</sup>.

La teoría nos muestra que este proceso implica un refuerzo del papel del paciente en su entorno, tanto social como personal, facilitando una disposición en la valoración de las capacidades ante futuros retos, tales con la enfermedad y someterse al tratamiento de HD, poniendo énfasis en buscar informarse y actuar para poder manejar el estrés que conlleva la enfermedad, es así que el optimismo contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al afrontamiento de la situación. En consecuencia estos estudios reafirman que la reinterpretación positiva es un punto clave en cómo reducir lo negativo y afianzarse por lo positivo, haciendo uso de sus capacidades, evaluando el contexto al que es sometido en las sesiones de hemodiálisis y no desistir de seguir tratándose.

La planificación de actividades como segunda estrategia activa de mayor uso, responde a acciones orientadas a solucionar problemas, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenir y responder hacia el momento de estrés, es lo que sucede con los participantes del estudio puesto que utilizan este modo de afrontar al momento de la hemodiálisis, casos similares ocurren con Paredes y Casaretto dónde también los miembros de dichos estudios se afianzan a esa estrategia, que se enfoca en la solución del problema actual, lo real<sup>17</sup>. La estrategia de planificación presumiblemente ayudó a los participantes a desarrollar un plan de acción con el cual pudieron responder a los nuevos cambios y demandas que la enfermedad y el tratamien-



to conllevan.

Así, por ejemplo, planificar con anticipación los horarios de las visitas al centro de hemodiálisis para recibir el tratamiento de hemodiálisis, les permitiría a los participantes desarrollar cierto grado de estabilidad y rutina que podría disminuir las evaluaciones de amenaza, pérdida/daño o desafío, y por consiguiente los niveles de estrés, de la IRCT y sus tratamientos<sup>18</sup>. Caso contrario con el estudio de Villagran donde la planificación no es una forma de afrontar para los participantes en su estudio debido a que “los pacientes si bien no escapan de la situación problema (enfermedad y tratamiento) tampoco actúan activamente sobre ella, posiblemente porque la evalúan como inmodificable bajo sus propios esfuerzos”<sup>16</sup>.

En relación a la tercera estrategia más utilizada en el estudio, la religión es una fuerte fuente de afrontamiento activo, debido a que según la teoría de Lazarus y Folkman donde el afrontamiento religioso es el uso de creencias y comportamientos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos estresantes, así como facilitar la resolución de la adversidad. En estudios realizados por Villagran se encuentran resultados similares, puesto que la religión está en segundo lugar con respecto a las demás estrategias, donde para los que tienen mejor adherencia al tratamiento son las que más utilizan este modo, pues tienden a hacer que la situación sea menos amenazadora <sup>16</sup>.

Por tanto encontrar sentido y esperanza en el proceso de enfermedad es una tarea espiritual. La búsqueda de un sentido de vida puede ser una necesidad no tan básica como la necesidad de supervivencia, pero sigue siendo

una muy poderosa razón para el hombre<sup>34-35</sup> es por tal que la espiritualidad es el aspecto de la condición humana que se refiere a la manera en que los pacientes buscan y expresan significado y propósito, así como la manera en que expresan un estado de conexión con el momento, con uno mismo y con los demás durante el periodo de hemodiálisis, por lo cual se siente esa conexión con la religión que les da la fuerza de seguir con el tratamiento y no desistir de seguir tratándose y aferrarse a vivir.

En el estudio realizado por Paredes, todos los participantes indicaron tener algún tipo de afiliación religiosa, es posible que dicha práctica los haya motivado a volcarse a su religión como alternativa de afrontamiento al estrés que proviene de la ERCT y sus tratamientos, razón por la cual la estrategia de acudir a la religión fue descrita como la cuarta de mayor uso por los participantes en dicho estudio<sup>18</sup>. Por tal la espiritualidad forma parte de la personalidad, tiende a expresarse en las estrategias de afrontamiento religioso con un impacto positivo en la salud al ser éstas utilizadas eficientemente contra el estrés que genera las largas sesiones de hemodiálisis a las que están sujetos los pacientes.

Respecto a los resultados en la tabla 4, de acuerdo a las estrategias del estilo de Afrontamiento Pasivo más utilizadas sobresale el Humor (4,8 /  $\pm$  1,1) en primer lugar, confrontándolo con el estudio de Villagran, el humor es la estrategia más usada por los pacientes con buena adherencia al tratamiento de hemodiálisis que por los pacientes con mala adherencia al tratamiento<sup>16</sup>.

En segundo lugar la estrategia de Desconexión emocional es empleado regularmente (4,5 /  $\pm$  1,1) y es considerado como una estrategia pasiva ya que

implica disminuir los esfuerzos para poder afrontar la situación estresante, la enfermedad y tratamiento. Según Cassaretto y Paredes, la desconexión emocional son empleados en poca cantidad, por lo tanto las personas de estudio evitan el uso de esta estrategia lo que conlleva positivamente en su situación respecto a la ERCT y tratamiento, pues si el paciente evita recibir su tratamiento de hemodiálisis o evita seguir el nuevo régimen alimenticio puede tener consecuencias perjudiciales en su salud, tal como la intoxicación pudiendo llegar a un coma urémico y consecuentemente a la muerte<sup>17</sup>.

En tercer lugar la autodistracción (4,3 /  $\pm$  1,2) al confrontar con la teoría, la auto- distracción es empleado regularmente ya que los pacientes con ERCT sometidos al programa de hemodiálisis tendrán menos actividad física, mayores niveles de ansiedad y un aumento de dolor. La disminución de actividad es debido a que es necesario en ellos que tengan una vía de acceso, como un catéter venoso central o una fistula arterio- venosa.

Por tal es que la enfermedad supone un cambio de carácter negativo e inesperado, y en el caso de la enfermedad crónica éste es estable y permanente. Habitualmente la sociedad no nos prepara para la enfermedad y mucho menos para que esta sea propia (de uno) o crónica (permanente). De hecho, estamos más preparados para cuidar que para enfermar y para que la enfermedad sea temporal que para lo crónico. Por consiguiente el uso del afrontamiento en diversas situaciones y en personalidades distintas tienen efectos positivos para superar el estrés de la enfermedad y el tratamiento, obteniéndose en este estudio que el estilo activo es un factor predominante para superar este fenómeno y seguir con la vida que tienen junto al tratamiento de hemodiálisis y la máquina de la cual dependen.

Callista Roy ve como la persona utiliza mecanismos de afrontamientos innatos y adquiridos para enfrentarse contra los agentes estresantes durante la enfermedad, por esto es que para ella la salud se considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo. En donde considera a la persona como un ser único, que siente y piensa de forma distinta, que puede reaccionar activamente o pasivamente con respecto al proceso de enfermedad crónica y lo que conlleva el tratamiento. En el cual la persona interactúa con el ambiente el cual es un entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse, tal como sucede con los pacientes que se someten a hemodiálisis, que están largas horas dependiendo de la máquina y del personal, y por ende tienen que adaptarse a su nuevo contexto.

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno. Por tal motivo los pacientes se pueden orientar de acuerdo a los estímulos estresantes como suponen las sesiones de hemodiálisis entre estilos de afrontamiento activos o pasivos utilizando la estrategia que más les ayude a seguir contrarrestar lo agotador y estresante de esta enfermedad y de su tratamiento.

## **CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### ***5.1 Conclusiones***

Los datos generales en los pacientes con ERCT en programa de Hemodiálisis del HNGAI - 2013, en mayor porcentaje son varones adultos mayores, siendo la mayor parte de este grupo casados que tienen de 1 a 4 hijos, en su mayoría profesan la religión católica; los días de mayor concurrencia a hemodiálisis son 3 veces por semana.

Los pacientes en hemodiálisis utilizan en primer lugar las estrategias de: reinterpretación positiva, planificación de actividades y religión que pertenecen a estrategias adoptadas para conocer y aprender sobre su situación, encaminadas a la persona, el tratamiento y la enfermedad que padece, encontrando un lado positivo de la enfermedad y lo que conlleva a no dejar de tratarse, no dejando de lado la parte espiritual que hace innato a cada persona según las costumbres o creencias que tengan presentes inculcadas.

Los pacientes emplean en mayor cantidad estrategias pasivas, como: el humor

desconexión emocional y la auto-distracción, puesto que sus esfuerzos por afrontar la enfermedad han disminuido, estas estrategias más usadas son consideradas también como desadaptativas.

Si bien este grupo de pacientes tiene en su mayoría un afrontamiento activo hacia la enfermedad y el tratamiento, no dejan de lado lo pasivo que se evidencia en las estrategias pasivas antes mencionadas, que usan como recurso de acuerdo a la situación que atraviesa.

## ***5.2 Recomendaciones***

### Para el ámbito de la institución y enfermería:

Para la institución coordinas con Universidades o Escuelas para capacitar al personal para brindar cuidados holísticos de excelencia, así como sensibilizar al personal para no actuar mecánicamente o biológicamente dejando de lado la parte humana.

Para el actuar de enfermería, favorecer la interacción multidisciplinaria con el paciente y su familia a través de reuniones dentro de un programa de apoyo y consejería.

### Para el paciente, familia y sociedad:

Crear y fomentar una “alianza terapéutica” porque es necesario educar al paciente y familia sobre concepto y practicas saludables. El crear y fomentar una “alianza terapéutica” formada adecuadamente ayuda a que el paciente puede afrontar su situación de manera tranquila y sobretodo realista.

Para la familia, continuar educando a través de talleres vivenciales, charlas sobre reacciones emocionales del paciente y familia ante la enfermedad renal y el tratamiento.

Para la Escuela de enfermería Padre Luis Tezza

Impulsar investigaciones cualitativas sobre el afrontamiento no sólo en la enfermedad renal sino en otras enfermedades crónicas generadoras de estrés para poder asistirlo holísticamente mejorando la relación enfermera paciente

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Acosta HA, Chaparro LL, Rey AA. Quality of life and coping strategies in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis, peritoneal dialysis or kidney transplantation. DIALNET [serie de internet ] 2008 [citado 24 Abr 2009]; 17 (1): 9-26. URL disponible en : <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3244658>
  
- 2) Torres ZC. Insuficiencia renal crónica. Rev Med Hered. [serie de internet]. 2003 [citado 25 Junio 2012]; vol.14, no.1, p.1-4. URL disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2003000100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2003000100001&script=sci_arttext)
  
- 3) Skinner EA, Edge K, Altman J., Sherwood H. S. La búsqueda de la estructura de afrontamiento: Una revisión y crítica de la categoría Sistemas de clasificación de las formas de afrontamiento. Boletín de psicología USA .2003; 129 : 216- 69.



- 4) Gerard J. Tortora, Bryan Derrickson. Principios de Anatomía y Fisiología. 11ª ed. España- Editorial Medica Panamericana, 2006.
- 5) Palacios G, Medina S., Campos B., Berrios M. Guía Clínica para Identificación, Evaluación y Manejo inicial del paciente con enfermedad Crónica en el primer nivel de atención. Sociedad Peruana de Nefrología, 2010.
- 6) Contreras F, Esguerra G, Espinoza J, Gómez V. Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento de Hemodiálisis. Acta Colombiana de Psicología [serie de Internet]. 2007 Nov [ citado 12 de junio 2012] ; 10 (2): 169- 179. Disponible en: [http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15\\_169-179.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf)
- 7) OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud . Washington, D.C., 12 de Marzo 2014. (internet Marzo 2014) URL disponible en: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1297:crece-el-numero-de-enfermos-renales-entre-los-mayores-de-60-anos-con-diabetes-e-hipertension&catid=664:----prevencion-y-control-de-enfermedades-cronicas&itemid=234](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1297:crece-el-numero-de-enfermos-renales-entre-los-mayores-de-60-anos-con-diabetes-e-hipertension&catid=664:----prevencion-y-control-de-enfermedades-cronicas&itemid=234)
- 8) Castro SE. Panorama epidemiológico de la insuficiencia Renal crónica en México. HOSPITAL GENERAL.SALUD MEXICO. URL disponible en: [http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/insuficiencia\\_renal.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/insuficiencia_renal.pdf)

- 9) Begoña R, Nekane B, Fernandez P, Baños B, Nogales M, Echebarri E. Vivir En Diálisis: Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida. Revista Metas [ serie de Internet]. 2008 .[ citado 11 de Mayo de 2012]; 11(9): 27-32. URL disponible en: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/.../metasvivirendialisis.pdf>
- 10) Ledón L, Agramonte Machado A. Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas. Revista Cubana de Endocrinología [serie de Internet]. 2007 May-Ag [citado 25 de Septiembre de 2012]; v.18 n.2. URL disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S15619532007000200001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S15619532007000200001&script=sci_arttext)
- 11) Loza FV, Pecho TM. Nivel de información y adherencia terapéutica de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica hemodializados en el hospital Félix Torrealva Gutiérrez – salud ica 2011. Rev. enferm. vanguard. [ serie de internet] 2013; 1(2): 64-70 [citado Enero 2014] URL disponible en: [www.alavanguardia.unica.edu.pe/index.php/revan/article/download/12/12](http://www.alavanguardia.unica.edu.pe/index.php/revan/article/download/12/12)
- 12) Salas A, Hinojosa R, Battilana C. Costo de las terapias para tratar la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). Revista Diagnostico [serie de internet]. 2006, Oct-Dic. [Fecha de acceso 13 Mayo]; 25 (4). URL :  
Disponible en <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2006/oct-dic/182-184.html>

- 13)Montalvo Ri.Estado Situacional De Los Pacientes Con Enfermedad Renal Crónica Y La Aplicación De Diálisis Como Tratamiento En El Perú. Congreso de la República del Perú, Lima, 26 de diciembre de 2012 ( internet Marzo 2014) URL disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/dgp/ciae.nsf/vf07web/67F07F845A5F52AD05257AE8005846CE/\\$FILE/INFTEM7.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/dgp/ciae.nsf/vf07web/67F07F845A5F52AD05257AE8005846CE/$FILE/INFTEM7.pdf)
- 14)Hinojosa CE. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica EsSALUD.[ en línea] 2006 AREQUIPA [acceso Junio 2013] ; N°1 URL disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/evalu\\_calid\\_vid\\_pacient\\_insuf\\_rena\\_cronica.pdf](http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_insuf_rena_cronica.pdf)
- 15)Rudniki T. Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico, Scielo ,[serie en internet ] Jul – Dic 2006 [Fecha de acceso Mayo14 ] ; .2 n. 2. URL disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S179499982006000200008&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S179499982006000200008&script=sci_arttext)
- 16)Villagran V.A.N, realizó en el 2012 un estudio titulado Estudio de la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los y las pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (irct), sometidos a hemodiálisis, en el hospital quito nro. 1 de la policía nacional [Tesis licenciatura] Quito: UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA,2012. URL disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/3444/1/QT02912.pdf>. \_\_\_\_\_index1.

- 17) Cassaretto M, Paredes R. Afrontamiento a la Enfermedad Crónica: estudio en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal [Tesis para obtener el grado de licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica]. Lima- Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2006.
- 18) Paredes C. Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal [Tesis para obtener el grado de licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica]. Lima- Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2005.
- 19) Gary HR, Viederman M. Manual de Nefrología Clínica del Centro de riñón Rogosin. Los avances en Nefrología (Países Bajos) 2002, Volumen 1, : 384-404
- 20) National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney [Adaptación por la Guía clínica de nefrología de la sociedad española traducción abreviada]. Dis 39: S1-S266, 2002 (Suppl 1).
- 21) REVISTA PERUANA DE MEDICINA EXPERIMENTAL Y SALUD PÚBLICA [en línea] Perú. ISSN 1726-4634; 2009 [fecha de acceso Abril 2012]. URL disponible en:  
<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/Revista262.pdf>
- 22) Nueva Unidad de Dialisis. Estudio a nivel de perfil [en línea] Peru MINSA Hospital Hipolito Unanue . Febr 2012. Vol 1(1) :66 – 80. URL disponible en:

[http://ofi.mef.gob.pe/appFD/Hoja/VisorDocs.aspx?file\\_name=2636\\_OPISA\\_LUD\\_2012510\\_1807.pdf](http://ofi.mef.gob.pe/appFD/Hoja/VisorDocs.aspx?file_name=2636_OPISA_LUD_2012510_1807.pdf)

23) ESSALUD. Tratamiento de la enfermedad renal crónica terminal. Boletín tecnológico. (Lima) [en línea] 2006 Junio, n° 20 [ fecha de acceso octubre 2013] URL disponible en:

<http://essalud.gob.pe/downloads/empresarial/salud/boltecnol20.pdf>

24) MINSA , Hospital María Auxiliadora, Julio 2012 san Juan de Miraflores.

URL disponible en:

[http://www.minsa.gob.pe/hama/Informaci%C3%B3n\\_Hma/1%20DATOS%20GENERALES/Normas%20emitidas/2012/RD\\_184-2012-HMA-DG.pdf](http://www.minsa.gob.pe/hama/Informaci%C3%B3n_Hma/1%20DATOS%20GENERALES/Normas%20emitidas/2012/RD_184-2012-HMA-DG.pdf)

25) INSTITUTE HEART TEXAS. [base de datos en línea] EEUU 2012 [fecha de acceso octubre 2013] URL disponible

[http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics\\_Esp/Proced/vascular\\_access\\_surgery\\_span.cfm](http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/Proced/vascular_access_surgery_span.cfm)

26) Lazarus, R.; Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. 2° edición. Ediciones Martínez Roca S.A. 463 pp. Barcelona. España. 1986.

27) Riquelme PN, MERINO EJM, Sistemas de afrontamiento en familias de enfermos alcohólicos. Scielo Cienc.enferm [ serie de internet ] Jun 2002 [ citado 24 Abr ]; v 8 n 1. URL disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100006&script=sci_arttext)

- 28) Casado C F. Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. Apuntes de Psicología ( Sevilla )2002. 1(20) :213-334.
- 29) Solis MC, Vidal MA. Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. Rev. de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Enero – Junio 2006, Vol 8 ( 1) : 33-39 URL disponible en <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/indice.htm>
- 30) Guevara GO, Hernandez HV ,et al. Estilos de afrontamiento al estrés en paciente drogadependientes (Lima) Julio 2005. Vol. 4, n°1. URL disponible en [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v04\\_n1/pdf/a03v4n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v04_n1/pdf/a03v4n1.pdf)
- 31) Orta M, Vázquez G, Ponce J, Ponce M, Neto C, Palanco E. Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. TEMAS DE HOY [serie de internet]. 2001 Oct [Fecha de acceso 23 de Junio]; pág. 498. Disponible en : <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/centrosalud8/495-498.pdf>
- 32) Phillips, K.. Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. En Marriner, A y Raile, M., Modelos y teorías en enfermería. Barcelona; Elsevier. 2007 ,p 353-384.
- 33) Álvarez, Fernández, Vázquez, M, Sánchez & Rebollo, Depresión y

ansiedad en los pacientes de hemodiálisis, Instituto de Nefrología, 2011-2012, Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2013, 10(3)

URL disponible en:

<http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2013/hph%2004313.html>

34) Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis (2012 Nefrología 2012;32(6):731-742 | Doi. 10.3265/Nefrologia.pre2012.Apr.11384

URL disponible en

<http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=11384&idlangart=ES>

35) La alteración emocional en diálisis 2012;32(6):731-742 | Doi. 10.3265/Nefrologia.pre2012. URL disponible en

<http://www.friat.es/wp-content/uploads/2013/08/Las-alteraciones-emocionales-en-di%C3%A1lisis.pdf>

## **ANEXOS**



**ANEXO 1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	<p>Son predisposiciones personales ante situaciones estresantes a través de tipos de estrategias de afrontamiento.</p> <p>También es donde se van a agrupar actitudes y comportamientos que van a ser empleados según el bienestar emocional y a la adaptación a</p>	Afrontamiento Activo:	<p>Aquellos esfuerzos hechos por el paciente para que pueda continuar con su vida a pesar del dolor. Implica que la persona confronte de manera adecuada sus propias emociones. Es emplear estrategias para ver el problema como una oportunidad para crecer y aprender algo de la vida.</p> <p>Se encuentra relacionado con un mejor nivel de función inmune, bienestar y estados afectivos</p>	<p>Afrontamiento activo.                      Planificación de actividades.                      Apoyo Social.                      Apoyo Instrumental.                      Reinterpretación positiva.                      Aceptación.                      Religión</p>	<p>ORDINAL</p>          <p>ORDINAL.</p>

	<p>tensiones dadas por la enfermedad y sus consecuencias, el afrontamiento será influido dependiendo de la edad, sexo, estado civil, ocupación así como también del apoyo social.</p>	<p>Afrontamiento Pasivo:</p>	<p>positivos.</p> <p>Es relacionado con la tendencia a perder el control sobre la situación llegando a haber una dependencia de otros. El paciente percibe el problema como una amenaza o daño personal.</p> <p>Se relaciona con el aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional.</p>	<p>Negación. Desahogo Humor Auto- inculpación. Auto- distracción. Desconexión emocional. Uso de sustancias.</p>	<p>ORDINAL.</p>
--	---	------------------------------	---	---	-----------------



ANEXO 2



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

CODIGO

**CUESTIONARIO COPE- 28**

¿Has pasado por alguna situación que te haya producido estrés en los últimos seis meses?

SI / NO

En caso afirmativo describe brevemente dicha situación (la enfermedad, nómbrela)

Ahora contesta las siguientes preguntas en relación con la situación que has indicado más arriba. Considera cada pregunta por separado. No hay preguntas correctas o incorrectas. Indica lo que tú has hecho realmente, no lo que la gente suele hacer o lo que deberías haber hecho.

SEXO:

M  F

Número de Hijos:

EDAD:

Frecuencia de diálisis:

Religión:

ITEMS	Nunca	A veces	Siempre
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer con mi enfermedad.			
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy pasando.			
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido, que enferme.			
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente, sobre lo que padezco.			
5. Me digo a mí mismo "esto no es real".			
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer, dedicarme a resolver el problema usando mis capacidades.			
7. Hago bromas sobre ello. (el problema, mi enfermedad)			
8. Me critico a mí mismo a causa de mi enfermedad			

9. Consigo apoyo emocional de otros familiares cercanos.			
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.			
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.			
12. Digo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables o negativos.			
13. Me niego a creer que haya sucedido, que este padeciendo esta enfermedad.			
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.			
15. Utilizo alcohol, sedantes para hacerme sentir mejor.			
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.			
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.			
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo (mi enfermedad), más unión familiar, creación de lazos.			
19. Me río de la situación.			
20. Rezo o medito.			
21. Aprendo a vivir con ello, con la enfermedad y tratamiento.			
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión, así me distraigo y solo recuerdo cuando tengo que asistir a la hemodiálisis.			
23. Expreso mis sentimientos negativos estando solo.			
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superar el tratamiento y la enfermedad.			
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.			
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir durante todo el tiempo de tratamiento y enfermedad.			
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido, que enferme y necesito tratarme.			
28. Consigo que otras personas con más experiencia y conocimiento me ayuden o aconsejen (personal de salud).			



### ANEXO 3

## ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA



Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Preguntas	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	Suma	P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,0020
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,0020
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,0020
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,0020
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,0020
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,0020
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,0020
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,0020
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,0020
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,0020
											<b>0,0195</b>

**Se ha considerado:**

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Excepto en las preguntas 7 y 8 que es lo contrario.

n=9

$$P = \frac{0,195}{10} = 0.0195$$

10

Si "P" es menor de 0.05 entonces la prueba es significativa: Por lo tanto el grado de concordancia es significativo, siendo el instrumento válido según la prueba binomial aplicada al juicio de experto  $p = 0.0195$



## ANEXO 4



### ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

#### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CONOCIMIENTO	N	Cronbach	Confiabilidad
General	28	0,855	Aceptable
Afrontamiento activo	14	0,863	Aceptable
Afrontamiento pasivo	14	0,856	Aceptable

$$r_{ii} = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:

$r_{ii}$  = coeficiente de confiabilidad.

$N$  = número de ítems que contiene el instrumento.

$V_t$  = varianza total de la prueba.

$\sum pq$  = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0,5 por lo cual la confiabilidad del instrumento es **ACEPTABLE**, tomando en cuenta todos los ítems de cada dimensión.



## ANEXO 5

### ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA



Afiliada a la Universidad Ricardo Palma **DISEÑO**

#### **MUESTRAL**

$$n = \frac{Z^2 \times p(1-p) \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times p(1-p)}$$

$$N = 90$$

$$Z = 1.96 \text{ (95\% de Intervalo de Confianza)}$$

$$P = 0.5$$

$$Q = (P - 1) = 0.5$$

$$E = 0.05 \text{ (5\%)}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 90}{(0.05)^2 (90 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 73$$



## ANEXO 6

### ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA



Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

“Estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis - 2013”.

Estimada Sra. / Sr.

Somos, estudiantes de enfermería del X ciclo, de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma.

El presente documento es para invitarle a participar de este estudio que lleva como título “Estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis - 2013”, El presente documento ha sido elaborado para recolectar información el cual permitirá conocer los estilos de afrontar la enfermedad que tienen los pacientes que ingresan al programa de hemodiálisis con un tiempo de 3 meses como máximo.

Este estudio no conlleva a riesgos que la puedan perjudicar ni a Ud. Ni a su familia. Por participar del estudio Ud. No recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Para poder participar del estudio Ud. Tendrá que llenar el cuestionario que hemos elaborado y que consta de 28 preguntas esperando su total seriedad y sinceridad. El cuestionario le demandará un promedio de 15 minutos, y será de carácter anónimo.

La participación en este estudio será de forma voluntaria. Si usted cree que no debe ser involucrado en este estudio, puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar motivo alguno. En todo momento tendrá plena libertad de decisión.

Cabe destacar, que todos los datos que Usted nos ofrezca serán sólo usados por los investigadores, y en lugar de su nombre se usará un código para procesar la información.



Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse con nosotros a los siguientes teléfonos 995218614; o de caso contrario a la institución a la cual pertenecemos 4342770.

Por lo tanto, yo.....  
manifiesto que he sido informado sobre el estudio titulado "Estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis - 2013", y que conozco y comprendo el cuestionario que se me va a aplicar; realizado por los estudiantes ChuquiHuaccha Huamaní Carolina y Soto Trillo Yanina.

Hemos tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y que en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar del estudio conducido por los estudiantes ChuquiHuaccha Huamaní Carolina y Soto Trillo Yanina.

\_\_\_\_\_  
Firma

Investigadores:

ChuquiHuaccha Huamaní Carolina

DNI: 46788604

.....  
Firma

Soto Trillo Yanina

DNI: 72892782

.....  
Firma



# ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Creada por Decreto Supremo N° 026-83-SA de fecha 18-08-83

**AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

Av. El Polo 641 Santiago de Surco - Lima - Perú • Telfs:434-2770 / 436-7283 Fax:434-3166

✉ [escuelatezza@eeplt.edu.pe](mailto:escuelatezza@eeplt.edu.pe) • [www.eeplt.edu.pe](http://www.eeplt.edu.pe)



Surco, 15 de mayo del 2013.

## Carta N°004-2013/CE/D/EEPLT

Doctor

**GASTÓN BARNECHEA LANDA**

Jefe del Dpto. de Capacitación en Investigación y Docencia

Hospital Guillermo Almenara Irigoyen

Presente.

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez para presentarle a las Srtas. **YANINA LIZBETH SOTO TRILLO y CAROLINA STEFANIE CHUQUIHUACCHA HUAMANÍ**, estudiantes del IX ciclo de la Carrera de Enfermería de nuestra institución, quienes van a realizar la investigación: **“ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN - 2013”**, por lo que le solicito su autorización para que sea evaluado por el **Comité de Ética e Investigación** del prestigioso Departamento que usted dignamente dirige.

Agradeciendo anticipadamente la acogida que se sirva brindar a la presente, me despido de Ud. reiterando mis sentimientos de la más alta y distinguida consideración.

Atentamente,

  
*Sor Felipa Gastulo Morante*  
Mg. SOR FELIPA GASTULO MORANTE  
DIRECTORA  
C.E.P. 35671

SFGM/vpf

<b>ESALUD</b> RED DE ASISTENCIAL ALMENARA
<b>24 MAYO 2013</b>
OFIC DE CAPACITACION INVESTIGACION Y DOCENCIA
Firma: _____ Hora: _____

CARTA N° 2574-OCID-G-RAA-ESSALUD-13

Lima, 16 de Agosto del 2013

Señora:

**SILAS ALVARADO RIVADENEYRA**  
Jefe del Departamento de Enfermería  
Red Asistencial Almenara - EsSalud

Presente.-

Me dirijo a Usted con un cordial saludo e informarle que el proyecto de Investigación:

N° 62-13

**“Estilos de Afrontamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal crónica Terminal en Programa de Hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2013”**



Autores:

1. Carolina Sthefanie ChuquiHuaccha Huamaní – Estudiante de Enfermería
2. Soto Trillo Yanina Lizbeth – Estudiante de Enfermería

Fue evaluado en reunión del Comité de Investigación de nuestro Hospital el día 16 de Agosto del 2013, con la presencia de sus miembros: Dra. Miriam Luz Soria Chávarri, Lic. Silas Alvarado Rivadeneyra, Lic. Gaby Chávez Zegarra y Lic. Ysabel Menéndez Fernández, siendo **aprobado**.

Expresándole mi consideración, me suscribo de Usted.

Atentamente,

  
**RED ASISTENCIAL ALMENARA**  
D<sup>r</sup>. GASTON BARNECHEA LANDA  
Jefe de la Oficina de Capacitación  
Investigación y Docencia  
ESSALUD



Cc: OCID-interesada/archivo  
MSCH/lpm

**NIT 753-2013-1696**

