

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

Facultad de Medicina Humana

Escuela de Enfermería San Felipe



**Estrategias de afrontamiento en pacientes  
hemodializados, Hospital Nacional  
Dos de Mayo, Lima,  
Perú, 2019**

**Tesis**

Para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería

**Autora**

Maribel Arotoma Perez

Lima, Perú

2021



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

Facultad de Medicina Humana

Escuela de Enfermería San Felipe



**Estrategias de afrontamiento en pacientes  
hemodializados, Hospital Nacional**

**Dos de Mayo, Lima,**

**Perú, 2019**

**Tesis**

Para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería

**Autora**

Maribel Arotoma Perez

Lima, Perú

2021

**Estrategias de afrontamiento en pacientes  
hemodializados, Hospital Nacional  
Dos de Mayo, Lima,  
Perú, 2019**



### ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL Y CALIFICACIÓN DE TESIS

El día veintinueve de marzo del año dos mil veintiuno, a las nueve de la mañana, en la Escuela de Enfermería San Felipe, el Jurado de Sustentación de Tesis, integrado por:

- Lic. Norma Marilu Broggi Angulo.....Presidenta Primer Miembro
- Dra. Emma Bustamante Contreras.....Segundo Miembro
- Mg. Nadia Zegarra León.....Tercer Miembro

Se reúnen en presencia de la representante de la Universidad Ricardo Palma, Dra. Cecilia Morón Castro, para evaluar y dar inicio a la sustentación de la Tesis: **Estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados, Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.** cuya autora es la Srta.:

#### MARIBEL AROTOMA PEREZ

Concluida la exposición y como resultado de la deliberación, se acuerda conceder el calificativo de Muy Bueno 17 (Diecisiete)

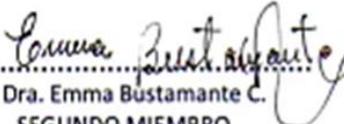
En mérito de lo cual el jurado calificador le declara apta para que se le otorgue el Título Profesional de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

conforme a las disposiciones legales vigentes.

En fé de lo cual firman la presente:

CALIFICATIVO	
Sobresaliente	19 - 20
Muy Bueno	17 - 18
Bueno	15 - 16
Regular	13 - 14
Desaprobado	00 - 12

  
Lic. Norma Marilu Broggi Angulo  
PRESIDENTA  
PRIMER MIEMBRO

  
Dra. Emma Bustamante C.  
SEGUNDO MIEMBRO

  
Mg. Nadia Zegarra León  
TERCER MIEMBRO

  
Dra. Cecilia Morón Castro  
REPRESENTANTE DE LA FAMURP

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Por el presente documento, yo **Maribel Arotoma Perez**, identificada con D.N.I. N° **75149318**, egresada del Programa de Enfermería de la Universidad Ricardo Palma – URP, declaro que con conocimiento de lo establecido en la Ley Universitaria 30220, la presente tesis titulada: **Estrategias de Afrontamiento en Pacientes Hemodializados, Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019**, ha sido desarrollado íntegramente por la autora que lo suscribe y afirmo total originalidad. Asumo las consecuencias de cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad puede tener connotaciones éticas y legales; por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en las normas académicas que dictamine la Universidad.

Lima, 29 de marzo del 2021



---

Maribel Arotoma Perez

D.N.I: 75149318

## **DEDICATORIA**

Esta tesis se la dedico a mis padres, Eulogio Arotoma y Ricardina Perez, quienes son los pilares más importantes en mi vida, siempre me han brindado su amor y apoyo incondicional para poder cumplir mis metas a través de su ejemplo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco principalmente a Dios por haberme dado la oportunidad de cumplir una de mis metas en la vida, y por brindarme las fuerzas para seguir adelante y no rendirme en los obstáculos que se presentaron durante mi formación profesional.

A la Licenciada Norma Marilú Broggi Angulo, directora de la Escuela de Enfermería San Felipe - Universidad Ricardo Palma, quien brindó su tiempo, apoyo y confió plenamente para la realización de esta investigación.

A las asesoras, mi más sincero agradecimiento por su ayuda y guía durante las asesorías, quienes hicieron posible con su conocimiento y dedicación la realización de este trabajo.

A mi hijo Austin Conde Arotoma, por ser mi motor y motivo para lograr culminar satisfactoriamente la carrera de enfermería.

A mi hermana Haydee Arotoma Perez, por brindarme apoyo económico durante mi formación profesional y por ser un ejemplo a seguir.

A Luis Conde Sullon, por brindarme fortaleza y soporte emocional para cumplir el objetivo de ser enfermera.

A mis amistades Marilyn Lanazca, Cinthia Acha y Maribel Díaz, por su apoyo incondicional en todo el proceso de investigación.

Al personal del Hospital Nacional Dos de Mayo y a los pacientes que formaron parte de esta investigación, muchas gracias por su colaboración.

## RESUMEN

**Introducción:** Los pacientes con insuficiencia renal crónica son sometidos con frecuencia al tratamiento de hemodiálisis, el cual puede convertirse en una amenaza, al experimentar estrés, ya que se encuentran sujetos a una serie de procedimientos invasivos; por ello durante el curso de la enfermedad afloran sentimientos de culpa, negación, rabia y frustración, que sitúa al paciente en la necesidad de afrontar a través de estrategias de afrontamiento. **Objetivo:** Determinar las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019. **Materiales y Métodos:** Nivel descriptivo, Tipo básica, Método empírico de observación, Diseño no experimental y de corte transversal; en una muestra de 40 pacientes hemodializados, de 27-59 años de ambos sexos. Para la recolección de datos, se utilizó como instrumento el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. **Resultados:** La investigación dio como resultado lo siguiente: Del 100% (40) de los encuestados, el 55% (22) aplica las estrategias de afrontamiento activo, mientras que el 45% (18) las estrategias de afrontamiento pasivo. En la dimensión activo, el 70% (28) aplica la estrategia de la religión, el 52,5% (21) búsqueda de apoyo social, el 47,5% (19) reevaluación positiva y el 32,5% (13) focalizado en la solución del problema. En la dimensión pasivo, el 62,5% (25) aplica la estrategia de autofocalización negativa, el 57,5% (23) evitación y el 22,5% (9) expresión emocional abierta. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes del estudio aplican las estrategias de afrontamiento activo, predominando la religión.

**Palabras claves:** Estrategias de afrontamiento, pacientes hemodializados.

## ABSTRACT

**Introduction:** Patients with chronic renal failure are frequently subjected to hemodialysis treatment, which can become a threat, when experiencing stress, since they are subject to a series of invasive procedures; for this reason, during the course of the disease, feelings of guilt, denial, anger and frustration emerge, which places the patient in the need to cope through coping strategies.

**Objective:** To determine the coping strategies in hemodialysis patients of the Dos de Mayo National Hospital, Lima, Peru, 2019. **Materials and Methods:**

Descriptive level, Basic type, Empirical method of observation, Non experimental and cross sectional design: in a sample of 40 hemodialysis patients, aged 27-59 years of both sexes. For data collection, the Coping Strategies Questionnaire in Patients with Chronic Renal Insufficiency was used as an instrument. **Results:**

The research resulted in the following: Out of 100% (40) of the respondents, 55% (22) applied active coping strategies, while 45% (18) applied passive coping strategies. In the active dimension, 70% (28) apply the strategy of religion, 52.5% (21) seek social support, 47.5% (19) positive reassessment and 32.5% (13) focused on solving the problem. In the passive dimension, 62.5% (25) apply the negative self-targeting strategy, 57.5% (23) avoidance and 22.5% (9) open emotional expression. **Conclusion:** Most of the patients in the study apply coping strategies centered on emotion, predominantly religion and negative self targeting.

**Key words:** Coping strategies, hemodialysis patients.

# ÍNDICE

Pág.

## INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema .....	3
1.2 Formulación del Problema .....	5
1.2.1 Problema General.....	5
1.2.2 Problemas Específicos.....	5
1.3 Justificación de la Investigación.....	6
1.4 Línea de Investigación.....	7
1.5 Objetivos de la Investigación.....	8
1.5.1 Objetivo General.....	8
1.5.2 Objetivos Específicos.....	8

### CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación.....	9
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	9
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	11
2.2 Base Teórica.....	14
2.2.1 Insuficiencia Renal Crónica.....	14
2.2.2 Hemodiálisis.....	15
2.2.3 Causas y consecuencias del estrés en pacientes hemodializados....	16
2.2.4 Estrategias de Afrontamiento.....	18
2.2.5 Intervenciones de Enfermería.....	25
2.2.6 Teoría de Enfermería.....	26
2.3 Definición de Términos .....	27
2.3.1 Estrategias de afrontamiento.....	27
2.3.2 Pacientes hemodializados.....	27

2.4 Consideraciones Éticas.....	27
<b>CAPÍTULO 3: HIPÓTESIS Y VARIABLE</b>	
3.1 Hipótesis.....	29
3.2 Variable.....	29
3.2.1 Operacionalización de Variable.....	30
3.2.2 Matriz de Consistencia.....	31
<b>CAPÍTULO 4: MATERIALES Y MÉTODOS</b>	
4.1 Nivel de Investigación .....	32
4.2 Tipo de Investigación .....	32
4.3 Método de Investigación.....	32
4.4 Diseño de la Investigación.....	32
4.5 Lugar de Ejecución del Estudio.....	32
4.6 Unidad de Análisis.....	33
4.7 Población y Muestra de Estudio.....	33
4.7.1 Población de Estudio.....	33
4.7.2 Muestra del Estudio.....	34
4.7.2.1 Criterio de Inclusión.....	34
4.7.2.2 Criterio de Exclusión.....	34
4.8 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	35
4.9 Recolección de Datos.....	35
4.10 Técnicas de Procesamiento y Análisis Estadístico de Datos.....	36
<b>CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
5.1 Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados.....	39
5.2 Discusión.....	50
<b>CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES</b>	
6.1 Conclusiones.....	59
6.2 Recomendaciones.....	61

6.3 Limitaciones.....62

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**ANEXO**

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión religión.	41
<b>Tabla 2.</b> Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión búsqueda de apoyo social.	42
<b>Tabla 3.</b> Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión reevaluación positiva.	43
<b>Tabla 4.</b> Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión focalizado en la solución del problema.	44
<b>Tabla 5.</b> Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión autofocalización negativa.	46
<b>Tabla 6.</b> Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión evitación.	48
<b>Tabla 7.</b> Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión expresión emocional abierta.	49
<b>Tabla 8.</b> Categorías y puntajes según dimensiones y subdimensiones de las estrategias de afrontamiento.	70

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfico 1.</b> Estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.	39
<b>Gráfico 2.</b> Estrategias de afrontamiento según la dimensión activo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.	40
<b>Gráfico 3.</b> Estrategias de afrontamiento según la dimensión pasivo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.	46

## ÍNDICE DE ANEXOS

		<b>Pág.</b>
<b>Anexo A</b>	Consentimiento Informado.	69
<b>Anexo B</b>	Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.	73
<b>Anexo C</b>	Validez del instrumento.	75
<b>Anexo D</b>	Confiabilidad del instrumento.	76
<b>Anexo E</b>	Carta de respuesta del Hospital Nacional Dos de Mayo.	77
<b>Anexo F</b>	Informe de originalidad de turnitin.	79
<b>Anexo G</b>	Tabla de categorías y puntajes.	83

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a las estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis, que se puede definir como un conjunto de respuestas que demandan acciones, esfuerzos activos y pasivos, para suprimir, disminuir o tolerar una situación estresante.

La IRC es un problema de Salud Pública que en los últimos años ha tenido un importante incremento en la estadística mundial, tanto de mortalidad como de morbilidad, siendo sometido el paciente con frecuencia para conservar la vida al tratamiento de hemodiálisis, el cual puede convertirse en una amenaza, condición que hace vulnerable al experimentar diferentes fenómenos psicológicos y psiquiátricos tales como el estrés y la depresión, debido a la disminución en la sensación de control personal y cambios en su estilo de vida, ya que se encuentran sujetos a una serie de procedimientos invasivos como depender de una máquina; por ello durante el curso de la enfermedad afloran sentimientos de culpa, negación, rabia y frustración.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar que la IRC y el tratamiento de hemodiálisis perjudican las áreas de desempeño de los pacientes, principalmente a nivel emocional, físico y social; debido a una variedad de situaciones estresantes tales como: dependencia del personal de salud, limitaciones alimenticias, restricciones funcionales, pérdida de la capacidad de trabajo, modificación en la percepción, cambios en la actividad sexual, uso de medicamentos y miedos relacionados con la muerte; que sitúa al paciente en la necesidad de afrontar para conseguir disminuir o tratar de controlar la situación estresante, a través de estrategias de afrontamiento.

En atención a esta realidad, el objetivo general de la investigación es determinar las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019, para lograrlo fue necesario identificar las estrategias de afrontamiento según la dimensión activo, que buscan controlar al estresor en forma directa, actuando frente al problema que la persona considera es susceptible a modificar. Y, por otro lado, identificar las estrategias de afrontamiento según la dimensión pasivo, que hacen referencia a los intentos

que realizan las personas para controlar las reacciones emocionales que genera el problema.

Este trabajo de investigación está esquematizado en 6 capítulos, tal como se detalla a continuación: En el Capítulo 1, se presenta el Problema de Investigación el cual está constituido por: Planteamiento del Problema, Formulación del Problema, Justificación de la Investigación, Objetivos de la Investigación y Línea de Investigación. En el Capítulo 2, se ejecuta el Marco Teórico el cual está compuesto por: Antecedentes de la Investigación, Base Teórica, Definición de Términos y Consideraciones Éticas. En el Capítulo 3, se aborda la Hipótesis y Variable. En el Capítulo 4, se plantea los Materiales y Métodos integrado por: Nivel de Investigación, Tipo de Investigación, Método de Investigación, Diseño de la Investigación, Lugar de Ejecución del Estudio, Unidad de Análisis, Población y Muestra de Estudio, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Recolección de Datos, Técnicas de Procesamiento y Análisis Estadístico de Datos. En el Capítulo 5: Se desarrolla los Resultados y Discusión los cuales están conformados por: Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados y Discusión. En el Capítulo 6: Se plasma las Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se efectúa las referencias bibliográficas y anexos.

# CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1 Planteamiento del Problema

A nivel mundial, por cada millón de habitantes existe 3500 a 4000 personas que padecen de IRC. El Atlas Global de Salud Renal, publicado el año 2017 estima que la prevalencia de IRC en Asia Meridional es de 8%, y el 12% en Europa y América Latina. Entre los países con ingresos altos, Arabia Saudita y Bélgica tienen la prevalencia estimada de IRC más alta (24%), Noruega y los Países Bajos tienen la prevalencia más baja con un 5%. En Estados Unidos la prevalencia se estima en un 14%, mientras que en Canadá, Australia y España es del 13%<sup>(1)</sup>.

Igualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) en el año 2015, señalaron que la prevalencia de la IRC es de 650 pacientes por cada millón de habitantes, con un incremento estimado del 10% anual de la población mundial. Así como data la SLANH, en América Latina un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes tuvo acceso en 2011 al tratamiento de hemodiálisis, para la sustitución de la función que sus riñones no podían realizar<sup>(2)</sup>.

Mientras tanto, a nivel nacional el Ministerio de Salud (MINSA) en el Programa Nacional de Salud Renal, 2015, concluyó que más del 65% de pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión degeneran en IRC. De acuerdo a datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), hubo aproximadamente 11,460 personas con IRC, en cuanto a las personas atendidas en la Red Pública Integral de Salud, hubo 3,102 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, es decir, el 24,8%<sup>(3)</sup>.

De igual manera, la Sociedad Peruana de Nefrología (SPN) mencionó que 30 mil personas padecen de IRC, y según la información de junio del año 2014 a junio del año 2015, se han registrado 12,773 pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis que representa el 78,5% en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSALUD), 1,873 pacientes que representa el 16,7% en el MINSA, 657 pacientes que representa el 5,8% en las Fuerzas Armadas (FFAA) y solo 280 que representa el 0,3% lo realiza de forma privada<sup>(4)</sup>.

Ahora bien, los datos preliminares del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Perú (CDC – Perú) en el año 2017, muestran incrementos significativos, reportándose una tasa de prevalencia de 583 pacientes en Tratamiento de Reemplazo Renal (TRR), siendo la hemodiálisis, una de las formas de TRR más prevalentes con una tasa de 477 pacientes, el cual representa a un 82% de la población en tratamiento de hemodiálisis<sup>(5)</sup>.

Por otro lado, la sobrevida de pacientes con IRC disminuye en porcentajes numerosos anualmente; en Perú entre los años 2008 y 2013 se realizó un estudio, donde se determinó la supervivencia en pacientes hemodializados: Del 98% a los 6 meses, 95% al primer año, 91% segundo año y 88% al tercer año, un aproximado de 10% de pacientes fallecieron durante el año de tratamiento, la causa de la mortalidad es de origen cardiovascular en un 46%, por enfermedades metabólicas o infecciosas en el 17%, y por neoplasias en un 9,8%<sup>(6)</sup>.

Si bien, la hemodiálisis en pacientes con IRC permite aumentar el periodo de vida y avalar la supervivencia, no obstante, debido a que el paciente es expuesto a diversas situaciones estresantes, como el depender de una máquina y de un equipo multidisciplinario de salud, condicionado a algunos estándares, como restricciones alimentarias, y tratamiento farmacológico múltiple, o temores relacionados con la muerte, a largo plazo conllevan a disminuir su calidad de vida, y la alteración del estado de ánimo, estas consecuencias se presentan con mayor incidencia en los adultos jóvenes, ya que tienen mayor inquietud por la imposibilidad de cumplir los roles familiares o sociales<sup>(7)</sup>.

Así mismo, Christensen A; et al<sup>(8)</sup>, manifiestan que la IRC es una enfermedad que amenaza la vida de las personas por la posibilidad de comorbilidad o una muerte inminente, condición que hace vulnerable a la persona al experimentar diferentes fenómenos psicológicos, tales como el estrés, debido a la disminución en la sensación de control personal y cambios en su estilo de vida, ya que se encuentran sujetos a una serie de procedimientos invasivos como depender de una máquina; por ello durante el curso de la

enfermedad afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, y frustración, que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente, el cual puede afectar el modo de afrontamiento ante el tratamiento.

Este contexto no es ajeno a la realidad de los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis, del Hospital Nacional Dos de Mayo, dado que durante la entrevista a los mismos se ha valorado las diversas expresiones emocionales frente a la enfermedad y tratamiento, tal es así que ellos refieren lo siguiente: “Mi vida depende de esta máquina”, “todo el día lo tengo perdido cuando vengo a la hemodiálisis”, “no es fácil vivir con la enfermedad”, “a veces estoy de malhumor, tengo rabia y me enojo, me da cólera”; también, se observó que algunos pacientes lloran y se preguntan “¿Por qué a mí?, ¿Por qué tengo tan mala suerte?, ¿Qué hice de malo?, ¿Cuándo terminará esta tortura?”, entre otras expresiones.

De modo que esta situación problemática ha motivado a la investigación a plantearse el siguiente problema.

## **1.2 Formulación del Problema**

### **1.2.1 Problema General**

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019?

### **1.2.2 Problemas Específicos**

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento según la dimensión activo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019?
- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento según la dimensión pasivo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019?

### 1.3 Justificación de la Investigación

Justificación teórica: El presente estudio es importante porque permite obtener un mayor conocimiento científico acerca de las estrategias de afrontamiento en una realidad específica como es el caso de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis, del Hospital Nacional Dos de Mayo, con el propósito de brindar un cuidado holístico, que engloba la dimensión biopsicosocioespiritual del paciente. Sustentado con la Ley General de Salud N° 26842, en el preliminar I, la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, así mismo, lo corroboran el preliminar II y III, toda persona tiene derecho a la protección y al cuidado de su salud, ya que es una responsabilidad directa del estado peruano<sup>(9)</sup>.

Además, en Honduras según la Ley Nacional Renal aprobado por el Decreto Supremo N° 200-2013, en el artículo 6 establece, brindar ayuda emocional antes y durante el proceso de atención a los pacientes renales, considerando que la IRC es una de las crueles enfermedades, la que en muchos de los casos deja secuelas psicológicas y lleva a la muerte a quienes no acceden a un tratamiento adecuado<sup>(10)</sup>.

Ciertamente, Orellana M<sup>(11)</sup>, en su artículo titulado “Insuficiencia Renal y Estrés”, menciona que el 20% de los pacientes deciden retirarse de la hemodiálisis por múltiples estresores y esto es considerado como un intento suicida. El riesgo suicida en episodio de estrés mayor que se estima es de 3,4%, entre los pacientes en hemodiálisis se estima un 0,2% de las muertes que ocurren por cada 1000 pacientes anuales, esto representa que el 84% de la población en hemodiálisis tiene riesgo suicida en comparación con la población general.”

Así mismo, lo que es considerado estresante para unos no lo es para otros, originando que los pacientes en un intento de adaptarse a estas situaciones pongan en marcha una serie de estrategias de afrontamiento para superar con éxito las exigencias que se les demanda, buscando el alivio de su estado tensional, sin embargo, una gran parte de pacientes adoptan estrategias inadecuadas. Precisamente, Pérez k<sup>(12)</sup> (2015), al investigar sobre

“Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis, Hospital Nacional Dos de Mayo”, en una muestra de 60 pacientes hemodializados, encontró que el 96% utilizó las estrategias de afrontamiento activo y el 4% estrategias de afrontamiento pasivo, concluyendo que la mayoría aplicó las estrategias de afrontamiento activo a través de la religión, porque les permitió sentirse más seguros para enfrentar las consecuencias de este hecho.

Justificación práctica: Los resultados de este estudio ayudan a los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis, del Hospital Nacional Dos de Mayo, a conocer cómo funcionan las estrategias de afrontamiento, de esta manera puedan comprender y diferenciar sobre cuáles les permite tener una mejor calidad de vida, para que utilicen las estrategias apropiadas, con el fin de contribuir a mejorar sus estilos de vida y prevenir o disminuir las conductas negativas y sus complicaciones. También, la investigación es útil porque permite a los profesionales de salud en el área de nefrología reforzar las estrategias de afrontamiento activas en los pacientes hemodializados a través de talleres educativos, con el fin de que puedan tener un mejor afrontamiento respecto a su patología y tratamiento.

#### **1.4 Línea de Investigación**

Según las líneas de investigación que plantea el Consejo Universitario N° 0613-2016 de la Universidad Ricardo Palma, esta investigación pertenece a la línea: Clínicas médicas, clínico quirúrgicas y sus especialidades, de manera que este estudio se enfoca en la especialidad de Nefrología. En el Documento Técnico “Guías de Práctica Clínica de Nefrología” desarrollado por el MINSA (2019), para la atención de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis, del Servicio de Nefrología, del Departamento de Especialidades Médicas; establecen recomendaciones concernientes a las acciones diagnósticas y terapéuticas, valoración de riesgo y de seguimiento, tanto mediante tratamiento farmacológico, dietético, modificaciones del estilo de vida, e intervenciones educativas; con la finalidad de contribuir a reducir la mortalidad, mejorar la calidad de vida y optimizar el manejo de recursos de

las personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis<sup>(13)</sup>.

## **1.5 Objetivos de la Investigación**

### **1.5.1 Objetivo General**

Determinar las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.

### **1.5.2 Objetivos Específicos**

- Identificar las estrategias de afrontamiento según la dimensión activo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.
- Identificar las estrategias de afrontamiento según la dimensión pasivo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.

## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de la Investigación**

#### **2.1.1 Antecedentes Internacionales**

Merino Y<sup>(14)</sup>, Quito – Ecuador, (2018), realizó un trabajo de investigación titulado: Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica hospitalizados en el área de nefrología del hospital Carlos Andrade Marín”. El objetivo del estudio fue, describir las estrategias de afrontamiento en los pacientes con insuficiencia renal crónica hospitalizados en el área de nefrología del hospital Carlos Andrade Marín. El estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y de diseño no experimental, en una muestra de 50 pacientes de 40 a 80 años; como instrumento se empleó el Cuestionario de estimación de afrontamiento (COPE 60). Los resultados demostraron, que el 84% de los pacientes aplicaron las estrategias de afrontamiento activo y el 16% estrategias de afrontamiento pasivo, es así que en las estrategias de afrontamiento activo, el 38% aplicó la religión y el 36% búsqueda de apoyo social; mientras que en las estrategias de afrontamiento pasivo, el 24% autofocalización negativa. Se concluyó, que la mayoría de los pacientes aplicaron estrategias de afrontamiento activo, predominando la religión como principal punto de fortaleza para sobrellevar su enfermedad, porque mediante la fe y creencia en Dios encuentran un refugio estable y esperanza para afrontar esta enfermedad crónica.

Cando C, Bermeo B<sup>(15)</sup>, Guayaquil – Ecuador, (2017), realizaron un trabajo de investigación titulado: Afrontamiento del tratamiento de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica de un centro de hemodiálisis privado de la ciudad de Guayaquil. Desde Octubre del 2016 hasta Febrero del 2017. El objetivo del estudio fue, determinar el afrontamiento del tratamiento de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica. El estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y de corte transversal, en 80 pacientes renales cuyas edades oscilaban los 50 años; como instrumento utilizaron un cuestionario

estructurado de preguntas cerradas, donde obtuvieron los siguientes resultados: el 61% aplica las estrategias de afrontamiento pasivo y el 39% estrategias de afrontamiento activo, con respecto a las estrategias de afrontamiento activo, el 41% aplicó la estrategia focalizado en la solución del problema, el 40% búsqueda de apoyo social; y en las estrategias de afrontamiento pasivo, el 54% autofocalización negativa, el 51% evitación. El estudio concluyó, que la mayoría de los pacientes hemodializados frente a situaciones estresantes aplicaron las estrategias de afrontamiento pasivo mediante la autofocalización negativa y evitación.

Brito C<sup>(16)</sup>, Buenos Aires – Argentina, (2016), desarrolló un estudio titulado: Estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. El objetivo del mismo fue, conocer las estrategias de afrontamiento del estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, cuyo enfoque fue cualitativo, de nivel descriptivo y de corte transversal. El estudio estuvo conformado por 20 pacientes de 35 a 85 años, con tiempo mínimo de 4 meses y máximo de 10 años en tratamiento. Para hallar los resultados, se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). Los hallazgos revelaron, que el 70% aplicó la reevaluación positiva, el 20% focalizado en la solución del problema y el 10% la religión. La investigación concluyó, que la mayoría de los pacientes aplicaron la reevaluación positiva, como estrategia para enfrentarse al estrés que genera la hemodiálisis.

Muñoz P<sup>(17)</sup>, Cuenca – Ecuador, (2016), ejecutó un trabajo de investigación titulado: Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en relación con los niveles de ansiedad y el tiempo de tratamiento sometidos a hemodiálisis. El objetivo de este estudio fue, comparar la relación existente entre distintas estrategias de afrontamiento, los niveles de ansiedad y el tiempo que llevan en tratamiento los pacientes con ERC sometidos al tratamiento de hemodiálisis. La metodología fue de enfoque cuantitativo, nivel

descriptivo – correlacional y de corte transversal, que analizó la relación de las variables, en una muestra de 75 pacientes. Con respecto a la técnica de recolección de datos, se utilizó una encuesta sociodemográfica y como instrumentos el Test de Ansiedad de Beck (BAI) y test (CAE). Los resultados reflejaron lo siguiente: En las estrategias de afrontamiento activo, el 22,7% aplicó la religión, el 14,7% búsqueda de apoyo social; y en las estrategias de afrontamiento pasivo, el 18,7% autofocalización negativa. En conclusión, existe una relación dependiente entre las variables estrategias de afrontamiento, niveles de ansiedad y tiempo de tratamiento. Así mismo, la mayoría de los pacientes afrontaron el estrés por medio de las estrategias de afrontamiento activo como la religión y la búsqueda de apoyo social.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

López H, Quiñones O<sup>(18)</sup>, Lambayeque, (2018), realizaron el estudio titulado: Estrategias de afrontamiento al tratamiento de hemodiálisis en personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en un centro de diálisis, Chiclayo 2017, con el objetivo de comprender las estrategias de afrontamiento de las personas diabéticas con IRCT ante el tratamiento de hemodiálisis atendidas durante el mes de septiembre en un centro de diálisis, Chiclayo 2017. El estudio fue de enfoque cualitativo, nivel descriptivo y de corte transversal, sobre una muestra de 18 pacientes hemodializados de ambos sexos, entre 40 a 80 años, con más de dos años de tratamiento. Para la recolección de datos, utilizaron como instrumento una guía de entrevista semiestructurada. Los resultados indicaron, que la mayoría de los pacientes aplicaron la estrategia de afrontamiento activo: Búsqueda de apoyo social. El estudio concluyó, que la mayoría aplicó la estrategia búsqueda de apoyo social a través de la familia, en donde se brinda amor, empatía, comprensión y tolerancia que ayuda a que sea posible la realización del bienestar emocional interno de la persona, para poder afrontar el tratamiento.

Pérez K<sup>(12)</sup>, Lima, (2015), ejecutó un estudio titulado: Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en

tratamiento con hemodiálisis, Hospital Nacional Dos de Mayo. El objetivo del estudio fue, determinar las estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis, Hospital Nacional Dos de Mayo. El estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y de corte transversal, en una muestra de 60 pacientes; como instrumento se utilizó el cuestionario COPE. Los resultados evidenciaron, que del 100% (60) de los pacientes, el 96% aplicó las estrategias de afrontamiento activo y el 4% estrategias de afrontamiento pasivo; acerca de las estrategias de afrontamiento activo, el 96,7% aplicó la religión, el 78,3% reevaluación positiva, el 60,8% focalizado en la solución del problema, el 44,17% búsqueda de apoyo social; y en las estrategias de afrontamiento pasivo, el 41,7% autofocalización negativa. En conclusión, la mayoría de los pacientes aplicaron las estrategias de afrontamiento activo a través de la religión, porque les permitió sentir más seguridad para enfrentar las consecuencias de este hecho.

Chuquihuaccha C, Soto Y<sup>(19)</sup>, Lima, (2014), desarrollaron un trabajo de investigación titulado: Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento en pacientes con ERCT en el programa de hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, cuyo tipo de investigación fue cuantitativo, nivel descriptivo y de corte transversal; constó de 73 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años. Para recopilar los datos, utilizaron el cuestionario COPE 28 modificado. Los resultados demostraron, que del 100% de los pacientes, el 52% aplicó las estrategias de afrontamiento activo y el 48% estrategias de afrontamiento pasivo. Tal es así que en las estrategias de afrontamiento activo, el 53% aplicó la reevaluación positiva; en cuanto a las estrategias de afrontamiento pasivo, el 51% aplicó la expresión emocional abierta. Se concluyó, que la mayoría de los pacientes aplicaron las estrategias de afrontamiento activo a través de

la reevaluación positiva, que conllevó a proteger y prevenir la presencia de desórdenes del ánimo.

Arque Y, Olazabal F<sup>(20)</sup>, Arequipa, (2014), desarrollaron un estudio titulado: Estrategias de afrontamiento en personas con insuficiencia renal crónica, unidad de hemodiálisis del Hospital Nacional Case – EsSalud, con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes en estudio, cuyo enfoque fue cuantitativo, de nivel descriptivo y de corte transversal; sobre una muestra de 93 pacientes mayores de 18 años. Para la recolección de datos, utilizaron el cuestionario COPE 52. Los resultados mostraron, que el 92,5% aplicó las estrategias de afrontamiento activo y el 7,5% estrategias de afrontamiento pasivo; en cuanto a las estrategias de afrontamiento activo, el 43,0% aplicó la religión, el 30,1% focalizado en la solución del problema; mientras que en las estrategias de afrontamiento pasivo, el 52,7% evitación. Se concluyó, que la mayoría de la muestra aplicó la estrategia de afrontamiento activo, predominando la religión, porque les sirvió como una vía de alivio y focalizado en la solución del problema, donde el paciente asumió un papel activo, siguió unos pasos concretos y buscó información con el fin de solucionar la situación problemática.

Alarcón S<sup>(21)</sup>, Lima, (2014), efectuó un estudio titulado: Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro especializado de enfermedades renales. El objetivo del mismo consistió en determinar las estrategias de afrontamiento más utilizadas en pacientes con ERCT en terapia de hemodiálisis en el centro especializado de enfermedades renales. El estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo y de corte transversal; donde participaron 63 pacientes de ambos sexos, entre 25 a 79 años. Para la recolección de datos, se utilizó el cuestionario COPE modificado. Los resultados reflejaron, que el 79% (50) aplicó las estrategias de afrontamiento activo y el 21% (13) estrategias de afrontamiento pasivo. Respecto a las estrategias de afrontamiento activo, el 75% aplicó la religión, el 64% focalizado en la solución del problema, el 63% búsqueda de apoyo social, el 60% reevaluación

positiva; en cuanto a las estrategias de afrontamiento pasivo, el 58% evitación. En conclusión, la mayoría de los pacientes aplicaron como estrategia de afrontamiento el apoyo en la religión.

## **2.2 Base teórica**

### **2.2.1 Insuficiencia Renal Crónica (IRC)**

Según la Fundación Nacional del Riñón, la IRC se define como la pérdida permanente, progresiva e irreversible de la tasa de filtración glomerular durante al menos 3 meses, manifestada por la disminución del filtrado glomerular y reducción del aclaramiento de creatinina, producto de la incapacidad renal para llevar a cabo las funciones depurativas, excretoras y reguladoras<sup>(22)</sup>.

También, Harrison<sup>(23)</sup>, define la IRC como una asociación de la pérdida de células renales y un deterioro progresivo de la velocidad de filtración glomerular, junto con reabsorción tubular y funciones endocrino renales.

Según EsSALUD, la IRC es la incapacidad de los riñones para cumplir adecuadamente sus funciones de eliminar impurezas, toxinas y exceso de líquido del torrente sanguíneo, así como mantener el equilibrio ácido base, regular la presión arterial y producir la eritropoyetina que favorece la formación de glóbulos rojos, por lo tanto, la persona con esta patología en caso de interrumpir el tratamiento de hemodiálisis manifiesta, pericarditis, edema, alcalosis/acidosis, hipercalemia, hipernatremia, uremia e hipertensión<sup>(24)</sup>.

#### **Estadios evolutivos de la IRC**

De acuerdo a las guías de Iniciativa de Calidad de los Resultados de la Enfermedad Renal, la IRC se clasifica en estadios según la filtración glomerular (FG) y creatinina. Estos estadios son: Estadio 1 (FG mayor a 90 ml/min = 80% creatinina), estadio 2 (FG igual o menor a 89 ml/min = 50% creatinina), estadio 3 (FG igual o menor a 59 ml/min = 50 - 20% creatinina), estadio 4 (FG igual o menor a 29ml/min = 20% creatinina) y estadio 5 (FG menor a 15 ml/min = 10% creatinina)<sup>(25)</sup>.

## **Causas de la IRC**

Las causas principales de la IRC son: La diabetes y la hipertensión.

**Diabetes mellitus:** Es característico el engrosamiento de las nefronas, por lo tanto, no existe una adecuada filtración por parte de los riñones, aparece así la microalbuminuria, que evoluciona hacia una proteinuria, con descenso progresivo de la función renal<sup>(21)</sup>.

**Hipertensión arterial:** Produce una sobrecarga de presión en todo el árbol vascular, por lo cual, en el riñón se produce un engrosamiento de la pared de los vasos con disminución de su calibre, dando lugar a isquemia renal<sup>(21)</sup>.

## **Tratamiento de la IRC**

Existen dos tratamientos para la IRC: La hemodiálisis, y el trasplante renal<sup>(21)</sup>. A continuación se aborda las características de la hemodiálisis, ya que ello permite entender el impacto de este tratamiento en la calidad de vida de los pacientes con IRC estudiados.

### **2.2.2 Hemodiálisis**

La hemodiálisis se define como un tratamiento depurativo, realizado a través de un acceso vascular (catéter o fístula arteriovenosa), con dirección hacia un circuito extracorpóreo y membrana artificial, donde se produce la diálisis con regreso de la sangre una vez purificada. La hemodiálisis, es la purificación de la sangre mediante un riñón artificial, que funciona como un filtro formado por miles de fibras sintéticas, el cual permite que el exceso de líquido y toxinas sanguíneas se eliminen del organismo. Se realiza generalmente tres veces por semana, con una duración de tres a cuatro horas<sup>(26)</sup>.

Según el MINSA, la hemodiálisis es un procedimiento de sustitución renal extracorpóreo, que consiste en extraer la sangre del organismo y pasarla a través de un dializador de doble compartimiento, uno por el cual pasa la sangre y otro el líquido diálizante, separados por una membrana semipermeable, para eliminar los residuos sanguíneos como

urea, creatinina, potasio, sodio y el exceso de líquido, cuando los riñones son incapaces de realizar este proceso<sup>(22)</sup>.

### **2.2.3 Causas y consecuencias del estrés en pacientes hemodializados**

#### **Estrés**

La OMS define al estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas cognoscitivas, emocionales y conductuales que preparan al organismo para la acción<sup>(27)</sup>.

Según el estudio sobre “Problemas en las Relaciones Afectivas como un Factor de Riesgo de la Insuficiencia Renal Crónica en los Pacientes de la Unidad de Diálisis”, el estrés es una respuesta para enfrentarse a los estímulos externos considerados como peligrosos, con el objetivo de solucionar un problema. Se produce como una adaptación o ajuste, o función protectora. Estas respuestas dependen de las experiencias del individuo, pero si estas se mantienen por un tiempo prolongado, pueden llegar a crear alteraciones en el funcionamiento normal del organismo. Es por ello que muchas enfermedades se ven agravados productos del estrés<sup>(17)</sup>.

También, Lazarus R, Folkman S<sup>(28)</sup>, describen al estrés como una relación estrecha que existe entre el individuo y el entorno, el mismo que puede ser percibido como amenazante cuando la persona carece de las habilidades y recursos necesarios para afrontarlo y que pone en riesgo su bienestar.

#### **Causas del estrés en pacientes hemodializados**

Oliveira<sup>(29)</sup>, señala que las causas del estrés en pacientes hemodializados se atribuyen a las siguientes situaciones: Dependencia del personal de salud, dependencia de los cuidadores, restricciones alimentarias (dietas con limitaciones en el consumo de líquidos, proteínas y alimentos ricos en potasio), tratamiento farmacológico prolongado, tratamientos invasivos, síntomas físicos producto del tratamiento, tiempo invertido en el tratamiento, horario estricto, temores relacionados con la muerte, cambios en el autoconcepto, tensiones

familiares, limitaciones de actividades, modificaciones en las interacciones sociales y familiares, situación económica (pérdida laboral o reducción financiera, ya que deben acudir al tratamiento tres veces por semana) y comorbilidad.

### **Consecuencias del estrés en pacientes hemodializados**

Los pacientes con IRC experimentan una serie de cambios bruscos en su vida, debido a la propia enfermedad y al tratamiento, por falta de adaptación ante esta situación estresante, llegan a sufrir estados emocionales negativos como tristeza, miedo, ira, apatía, nerviosismo, resignación y culpa; que pueden llevar a trastornos psicológicos como la ansiedad y depresión, lo cual a su vez, puede repercutir a nivel inmunológico favoreciendo la presencia de enfermedades de tipo infectocontagiosas como hepatitis B o C, tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana; por la interacción entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico, y por los receptores que poseen en común, dado que el paciente está sujeto a constantes intervenciones que facilitan estos sucesos<sup>(30)</sup>.

Igualmente, el tratamiento de la hemodiálisis puede condicionar que el paciente sufra episodios de hipotensión, calambres musculares, náuseas, vómitos, cefaleas y riesgo de infección en el acceso vascular, que unido a un horario estricto y pasar varias horas dializándose, ocasiona que sientan que han perdido el control de su vida, disminución de la autoestima, y la satisfacción que tiene de la vida que lleva<sup>(30)</sup>.

Por otro lado, Perales<sup>(31)</sup>, indica que el estrés junto con la depresión y ansiedad, pueden agravar la calidad de vida, los hábitos de salud, el curso y evolución de una enfermedad. Así mismo, puede afectar la adherencia al tratamiento y a las indicaciones del personal de salud, la función inmunológica, así como la nutricional, que conllevan a una malnutrición y anemia.

Al respecto, Bermeo<sup>(32)</sup>, señala que las emociones del paciente son un nivel de gran relevancia sobre todo en el proceso de hemodiálisis, ya que marcan su adaptación o no al tratamiento.

## 2.2.4 Estrategias de Afrontamiento

Según Lazarus R, Folkman S<sup>(28)</sup>, las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas e internas que una situación estresante genera y que además sobrepasan la capacidad del individuo.

Además, Lazarus<sup>(33)</sup>, sostiene que los esfuerzos que realiza la persona como estrategias de afrontamiento, para aliviar la carga que implica el estresor sobre el bienestar psicológico, depende de la situación a la que se enfrenta, de la evaluación que realiza sobre la situación, y del estado vital de la persona.

En este sentido, Chuqui huaccha<sup>(19)</sup>, denota que la estrategia de afrontamiento es un factor estabilizador, que facilita el ajuste individual y la adaptación cuando se está ante situaciones estresantes. Ante fuentes de estrés, algunas personas se ponen en alerta y vigilantes, actúan de forma directa y activa para cambiar la situación, mientras que otras intentan negar la situación, distraerse u olvidar, o tratan de aceptarla con resignación.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento significan cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos, es decir, pueden ser saludables y constructivos, o pueden llegar a causar más problemas<sup>(34)</sup>.

Tal es así que Carver C; et al<sup>(35)</sup>, basándose en las definiciones de Lazarus y Folkman, señalan las siguientes estrategias de afrontamiento que se clasifican en:

**Estrategias de afrontamiento activo:** Son respuestas dirigidas a manejar o alterar la situación que causa el malestar, incluyen búsqueda de información, resolución de problemas, y acciones para cambiar las circunstancias que crean el estrés<sup>(36)</sup>.

Se manifiesta cuando la persona ve al problema como una oportunidad para crecer, para aprender algo de la vida, esto implica: Planificar, priorizar, buscar soluciones, concentrar los esfuerzos en aplicar una solución, buscar apoyos, reinterpretarla positivamente<sup>(37)</sup>.

Así mismo, se presenta cuando la persona busca modificar la situación existente, ya sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza, trata de confrontarse directamente al problema que causa el estrés mediante una adecuada toma de decisiones, solución de problemas o la acción directa sobre la fuente de estrés. Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema tienen mayor probabilidad de aparecer cuando estas condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio.<sup>(21)</sup>

En caso de tratarse de un problema de carácter irreversible, este tipo de estrategia se enfoca en aplicar la aceptación basada en el autocontrol, confrontación y considerar que se tiene control sobre la situación para evitar complicaciones. Además, la superación de las situaciones estresantes consideradas como problemas, mediante el uso de estas estrategias da lugar a una mejor calidad de vida, aumentan la confianza y eficacia en la persona, favorecen el bienestar, con estados afectivos positivos y una mejor función inmune<sup>(37)</sup>. Entre ellas se encuentran:

- **Focalizado en la solución del problema:** Implica analizar, planificar sobre el modo en que se debe afrontar al evento estresante, para luego ejecutar acciones directas con el fin de suprimir los efectos del mismo<sup>(37)</sup>.

Este tipo de afrontamiento según Martin P; et al<sup>(38)</sup>, afirman que están asociados a resultados psicológicos positivos, tales como una mejor adaptación a la nueva condición del paciente. Por lo cual, en pacientes con IRC favorecería a la adherencia al tratamiento y a lograr un nivel de autocuidado que permita tener un mejor bienestar.

- **Búsqueda de apoyo social:** Comprende la búsqueda de consejo, soporte emocional, empatía, información y orientación, en las demás personas, ya sea en los amigos, parientes, personas con mayor tiempo en tratamiento de hemodiálisis, y profesionales de salud, con la finalidad de solucionar el problema<sup>(21)</sup>.

El apoyo social consiste en la obtención de recursos (materiales, cognitivos y afectivos) por parte del paciente, a partir de la interacción con las demás personas. Estos recursos reducen la percepción de amenaza y permiten un afrontamiento más eficaz de las situaciones estresantes<sup>(37)</sup>.

Según Lazarus R, Folkman S<sup>(28)</sup>, las personas que cuentan con apoyo social tienen mejor salud mental y afrontan adecuadamente los eventos estresantes. Por lo cual, en pacientes con IRC el apoyo social influye en la supervivencia, la adherencia al tratamiento, y reduce la intensidad de los síntomas depresivos.

Del mismo modo, Vargas S; et al<sup>(39)</sup>, menciona que la persona busca afecto, comprensión y consideración de otras personas acerca de su situación, con el fin de obtener mayor fortaleza para enfrentar su problema y de ser posible encontrar una solución oportuna.

- **Reevaluación positiva:** Estrategia cognitivo en el cual la persona reconoce la realidad de la enfermedad y se centra en los aspectos positivos de la situación. Por lo tanto, implica optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al afrontamiento de la situación, además, permite predecir significativamente la calidad de vida<sup>(19)</sup>.
- **Religión:** Comprende la búsqueda de soporte espiritual dirigido a disminuir o solucionar el problema, es decir, la persona se centra en la religión que profesa ante situaciones de estrés<sup>(19)</sup>.

Según Acosta R<sup>(40)</sup>, esta estrategia de afrontamiento es vista como una facultad del individuo para salir adelante y reducir el malestar ante el estrés. Las plegarias llevadas a cabo en forma individual como también realizadas en forma colectiva, permite que un sujeto religioso

reafirme su fe en su religiosidad, su conciencia en Dios o en los seres superiores en los que cree; todo lo cual, posibilitará un afrontamiento más eficaz del problema.

El apoyo en la religión, es visto como una estrategia que al servir como apoyo emocional para muchas personas facilita el logro posterior de una reevaluación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento<sup>(37)</sup>.

Según Sacipa<sup>(37)</sup>, la confianza y la fe en un ser supremo es fuente de esperanza, ya que partiendo de una doctrina basada en el amor, se cree fielmente en que nunca, a pesar de los hechos, estarán desprotegidos.

Según Ávila S; et al<sup>(41)</sup>, en el estudio titulado “Religión en el tratamiento de la enfermedad renal crónica: una comparación entre médicos y pacientes”, la religión atribuye sentido a la vida, esperanza, un mayor bienestar, menor prevalencia de depresión; mejor calidad de vida, un modo más adecuado de lidiar con la enfermedad, menor mortalidad, un mejor funcionamiento inmunológico, incluso promueve la interacción social y el apoyo entre la familia y los demás miembros de la sociedad.

También, Londoño<sup>(42)</sup>, menciona que la religión se convierte en un elemento de esperanza y consolación para enfrentar la situación adversa de una persona, les permite sentir seguridad para enfrentar las consecuencias que se pudieran derivar de este hecho y tener la firme creencia de que podrán superar cualquier situación gracias a la intervención divina.

Según la teoría de Lazarus y Folkman<sup>(28)</sup>, 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, pues tienden a hacer que la situación sea menos amenazadora, previene y/o alivia las consecuencias negativas de sucesos estresantes, así como facilitar la resolución de la adversidad.

En relación a estas estrategias, Perea<sup>(19)</sup>, sostiene que el uso de estrategias de afrontamiento activas facilita el retorno a un estado de equilibrio, el cual minimiza los efectos negativos del estrés, y mejora la respuesta, independientemente de que solucionen el problema.

Por otro lado, Fredrickson B<sup>(11)</sup>, indica que los estados de ánimo positivos (felicidad, gratitud, esperanza y optimismo) permiten tener mayor autoestima, autoconfianza, potencian la salud, el bienestar y la fortaleza para afrontar las situaciones estresantes; reducen el dolor y discapacidad generados por la IRC.

Así mismo, se encuentran las estrategias de afrontamiento que se detalla a continuación:

**Estrategias de afrontamiento pasivo:** Son respuestas dirigidas a controlar o disminuir las reacciones emocionales generadas por la fuente estresante. Estas estrategias de afrontamiento surgen cuando la persona evalúa que la situación estresante es inmodificable, por ello procuran controlar el malestar emocional causado por el estrés, mediante conductas de reducción de esfuerzo, evitación, distanciamiento y transferencia de su responsabilidad a otros. Así mismo, son consideradas disfuncionales si se mantienen a largo plazo porque llevan a ignorar la realidad o a perder el control de la situación llegando incluso a la dependencia de otras personas; se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión, ansiedad y elevado deterioro funcional<sup>(43)</sup>. Entre ellas se encuentran:

- **Autofocalización negativa:** Implica la reducción de los esfuerzos, la incapacidad para afrontar al evento estresante, la renuncia por cumplir los objetivos o cumplir ineficientemente. La persona se autorreprocha, y se da por vencido, sin intentar lograr las metas con las que el evento estresante interfiere, debido a la percepción de falta de control sobre el mismo, o considerarlo irresoluble, y la tendencia a desarrollar reacciones depresivas<sup>(37)</sup>.

De acuerdo a Moya<sup>(30)</sup>, un estado general de malestar emocional y emociones negativas en los pacientes hemodializados afectados por

el estrés, predice una menor adherencia al tratamiento sustitutivo, farmacológico y dietético, que pueden tener consecuencias perjudiciales para su salud, tales como intoxicación y coma urémico, que podrían resultar en defunción, debido a que un estado anímico negativo hace que el paciente presente baja percepción de autoeficacia, que desemboca en un abandono de las recomendaciones terapéuticas, incumplimiento de las restricciones dietéticas, lo cual, también puede llegar a afectar la participación del paciente en su autocuidado, disminuir la calidad de vida y su nivel de capacidad en la realización de las actividades cotidianas.

Según Griswold<sup>(44)</sup>, la estrategia de autofocalización negativa implica catastrofizar, que se relaciona con la interferencia creciente en las actividades diarias del paciente, con síntomas depresivos y con disminución del funcionamiento físico, lo que afecta de manera considerable la calidad de vida del paciente.

- **Expresión emocional abierta:** Consiste en la expresión de las emociones de manera agresiva y no asertiva hacia los demás, para disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado. Ocurre cuando la persona se centra en las consecuencias emocionales desagradables, expresando abiertamente los sentimientos negativos<sup>(18)</sup>.
- **Evitación:** Conciernen en “apartarse del problema, no pensar en ello. La persona con esta estrategia trata de comportarse como si el problema no existiera, realiza actividades de distracción y se aleja de manera temporal de situaciones que se relacionan con el problema; así como en lo que puede hacer para detenerlo o disminuirlo, lo cual a largo plazo podría aislar al paciente disminuyendo la posibilidad de apoyo social<sup>(34)</sup>.

Según Brito<sup>(12)</sup>, la evitación es una estrategia menos facilitadora, dado que si bien las preocupaciones del sujeto pueden parecer menos graves por un tiempo, aunque se eviten los problemas, no desaparecen.

Según Arraras<sup>(4)</sup>, la evitación no constituye una estrategia efectiva puesto que predice más síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido y, además, no protege a los pacientes del malestar psicológico y el distrés emocional, ya que se asocia con niveles altos de ansiedad y depresión.

En función a estas estrategias, Christensen<sup>(45)</sup>, sostiene que los pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis de mano del personal de salud tienden a utilizar en mayor proporción estrategias de afrontamiento pasivo, porque la carencia de control que tienen sobre su tratamiento los motiva a concentrar sus recursos en la expresión y regulación de las emociones, sobre todo aquellas que involucran sentimientos negativos como frustración, tristeza, desánimo, ira y temor, que puede llevar a trastornos psicológicos.

Por lo tanto, si bien los efectos de la IRC son irreversibles, existe la posibilidad de emplear estrategias de afrontamiento que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas que las padecen.

### **2.2.5 Intervenciones de Enfermería**

El profesional de enfermería a cargo de brindar la prevención terciaria al paciente hemodializado, centra sus actividades en orientar y educar sobre los tipos de estrategias de afrontamiento que contribuyen a afrontar el proceso de enfermedad durante el tiempo que recibe el tratamiento de hemodiálisis, también, debe centrarse más en las necesidades reales de la persona y no verlo sólo como un enfermo, sino como un “ser humano biopsicosocioespiritual”, es decir, abordarlo de una manera más integral, que incluya sus valores, creencias y percepciones, lo cual permitirá brindar un cuidado de calidad que vaya de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando, ya que el quehacer de enfermería se enfoca en ayudar a los pacientes a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento de las múltiples alternativas que tienen en relación con su salud<sup>(37)</sup>.

Es fundamental establecer una mayor interrelación con el paciente, con la finalidad de buscar que verbalice sus emociones (tristeza, temores, miedos), este proceso contribuye a brindarle soporte emocional, y mejora la confianza entre enfermero-paciente, por ende, en la medida que la confianza se refuerce el paciente podrá cumplir con las recomendaciones terapéuticas y de autocuidado, tener una mejor adhesión al tratarse y no abandonar<sup>(46)</sup>.

Así mismo, favorecer en los pacientes la aceptación y adaptación positiva a esta enfermedad, que involucren un manejo de sus vivencias afectivas, los orienten positivamente al futuro y disminuyan el uso de estrategias que impliquen cualquier tipo de desentendimiento o negación de la realidad que la IRC impone, ya que sus efectos suelen ser perjudiciales para la vida de estos pacientes y los hace vulnerables a la experiencia de sentimientos depresivos<sup>(47)</sup>.

## **2.2.6 Teoría de Enfermería**

### **Modelo de Adaptación de Callista Roy**

El “Modelo de Adaptación” desarrollado por la teórica Callista Roy es el que se adapta a este trabajo de investigación, porque 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 interactúa con un entorno cambiante que lo impulsa para adaptarse, tal como sucede con los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, que están largas horas dependiendo de la máquina y del personal, y por ende tienen que adaptarse a su nuevo contexto.

En este sentido, define a la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno, en el cual actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación. Afirma que el paciente o usuario tiene un rol activo en el cuidado, debido a que es un ser biopsicosocioespiritual que interactúa constantemente con el entorno cambiante, utilizando mecanismos de afrontamientos innatos y

adquiridos para enfrentarse contra los agentes estresantes durante la enfermedad. Además, refiere que la salud es un reflejo de adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno; donde 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>(48)</sup>.

En fin, debido a que la IRC restringe el desenvolvimiento normal de la persona en su vida diaria, por el constante tratamiento invasivo a los que es sometido, el cual genera estrés; indica que es de primordial atención por parte de enfermería ver el comportamiento que manifiesta una amenaza a la integridad del paciente, para evaluar los estímulos negativos e incidir en ellos, e identificar los positivos para potencializarlos<sup>(48)</sup>.

## **2.3 Definición de Términos**

**2.3.1 Estrategias de afrontamiento:** Es un conjunto de respuestas que demandan acciones, esfuerzos centrados en el problema y emoción, para suprimir, disminuir o tolerar una situación estresante que genera la enfermedad y el tratamiento en pacientes hemodializados que fueron seleccionados en el estudio.

**2.3.2 Pacientes hemodializados:** Personas con diagnóstico de IRC en tratamiento de hemodiálisis, para llevar a cabo la función depurativa, excretora y reguladora a través de un dializador, debido a la incapacidad renal que presentan los pacientes del presente estudio.

## **2.4 Consideraciones Éticas**

Para la implementación del estudio fue necesario considerar el Consentimiento Informado por parte de los pacientes, ya que es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le proporcionó acerca del estudio. Teniendo en cuenta los siguientes principios éticos: (Anexo A)

**Principio de beneficencia y de no maleficencia:** Mediante la investigación se procuró aumentar los beneficios y evitar los posibles daños, los datos obtenidos mediante la encuesta no se extendió a otra finalidad que no haya sido la establecida al momento de su recolección, tampoco fueron modificados, proporcionando así datos fidedignos<sup>(18)</sup>.

**Principio de autonomía:** Los pacientes tuvieron derecho a decidir libremente si desean participar o no en la investigación, por lo cual se les solicitó que firmaran un Consentimiento Informado, evidenciando así la no imposición de su participación. Así mismo, estuvieron en la libertad de dar por terminada su participación en el momento que crean conveniente y de rehusarse a brindar cierta información<sup>(18)</sup>.

**Principio de justicia:** Todos los pacientes encuestados fueron incluidos por igual, tratados de manera adecuada, sin restricciones en la información a brindar, ya sea por motivos de raza, idioma, condición social, religión, entre otros<sup>(18)</sup>.

**Principio de respeto:** Se respetó toda opinión y decisión de los pacientes encuestados<sup>(18)</sup>.

**Principio de transparencia:** Se informó de las acciones que se desarrollaron, se respondió a las preguntas de los pacientes y se mantuvo una comunicación abierta entre las personas y los diferentes niveles organizacionales del hospital<sup>(37)</sup>.

**Principio de responsabilidad:** Se cumplió con los objetivos de la investigación organizadamente<sup>(37)</sup>.

## **CAPÍTULO 3: HIPÓTESIS Y VARIABLE**

### **3.1 Hipótesis**

Este tipo de estudio no aplica hipótesis ya que es de nivel descriptivo. Según Hernández R; et al<sup>(49)</sup>, en un estudio descriptivo no hay hipótesis porque se describe fenómenos, procesos y características. Sólo se formulan hipótesis cuando se pronostica un hecho o dato. Es indispensable establecer hipótesis en aquellos estudios cuantitativos cuyo planteamiento define que su alcance será explicativo, correlacional entre dos o más variables que intenta probar vínculos de causa y efecto.

### **3.2 Variable**

La variable en este estudio es, “Estrategias de afrontamiento” y según su naturaleza es una variable de tipo cualitativa, porque permite la descripción de una característica, atributo o cualidad de la unidad de análisis. Además, es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse<sup>(50)</sup>.

### 3.2.1 Operacionalización de Variable

Nombre de variable	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Categoría y puntaje	Instrumento
Estrategias de afrontamiento.	Según Lazarus R, Folkman S <sup>(25)</sup> , es un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas e internas que una situación estresante genera y que además sobrepasan la capacidad del individuo.	Conjunto de acciones que demandan esfuerzos activos y pasivos.	Cualitativa	Activo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Focalizado en la solución del problema (FSP).</li> <li>- Búsqueda de apoyo social (BAS).</li> <li>- Reevaluación positiva (REP).</li> <li>- Religión (RLG).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar las causas del problema, seguir unos pasos concretos, establecer un plan de acción, hablar con las personas implicadas, poner en acción soluciones concretas, pensar detenidamente los pasos a seguir.</li> <li>- Contar los sentimientos a familiares o amigos, pedir consejo a parientes o amigos, pedir información a parientes o amigos, hablar con amigos o parientes para ser tranquilizado, pedir orientación sobre el mejor camino a seguir, expresar los sentimientos a familiares o amigos.</li> <li>- Ver los aspectos positivos, sacar algo positivo de la situación, descubrir que en la vida hay gente buena, comprender que hay cosas más importantes, no hay mal que por bien no venga, pensar que el problema pudo haber sido peor.</li> <li>- Asistir a la iglesia, pedir ayuda espiritual, acudir a la iglesia para rogar se solucione el problema, confiar en que Dios remediase el problema, rezar/orar, acudir a la iglesia para poner velas o rezar.</li> </ul>	Ordinal politómica de tipo Likert: Nunca = 1 Pocas veces = 2 Casi Siempre =3 Siempre = 4	Aplica = 10 – 24 No aplica = 6 – 9	Cuestionario de Afrontamiento del Estrés, modificado como, Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica por la autora, De los Santos Vargas Karina Juana, en el año 2017.
				Pasivo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autofocalización negativa (AFN).</li> <li>- Expresión emocional abierta (EEA).</li> <li>- Evitación (EVT).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoconvencerse negativamente, no hacer nada ya que las cosas suelen ser malas, autoculpación, sentir indefensión respecto al problema, asumir la propia incapacidad para resolver la situación, resignarse.</li> <li>- Descargar el mal humor con los demás, insultar a otras personas, comportarse hostilmente, agredir a alguien, irritarse con las personas, luchar y desahogarse emocionalmente.</li> <li>- Concentrarse en otras cosas, volcarse en el trabajo u otras actividades, salir para olvidarse del problema, no pensar en el problema, practicar deporte para olvidar, tratar de olvidarse de todo.</li> </ul>			

### 3.2.2 Matriz de Consistencia

Problema	Objetivo General	Hipótesis General	Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Variable	Técnicas de recolección de datos
¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019?	Determinar las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.	Este estudio no aplica hipótesis ya que es de nivel descriptivo. Según Hernández R <sup>(44)</sup> , sólo se formulan hipótesis cuando se pronostica un hecho o dato, en aquellos estudios cuantitativos cuyo planteamiento define que su alcance será explicativo, correlacional entre dos o más variables.	¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento según la dimensión activo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019?	Identificar las estrategias de afrontamiento según la dimensión activo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.	Estrategias de afrontamiento.	Encuesta.
			¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento según la dimensión pasivo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019?	Identificar las estrategias de afrontamiento según la dimensión pasivo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.		

## **CAPÍTULO 4: MATERIALES Y MÉTODOS**

### **4.1 Nivel de Investigación**

El nivel de investigación del presente estudio es descriptivo, “porque está destinado a describir, analizar e interpretar las características de la variable “Estrategias de afrontamiento” en pacientes hemodializados, tal como se presenta en su ambiente natural<sup>(49)</sup>.”

### **4.2 Tipo de Investigación**

El estudio es de tipo básica, porque busca comprender, explicar e incrementar los conocimientos teóricos de la variable “Estrategias de afrontamiento” en pacientes hemodializados, como tal, carece de objetivos prácticos y aplicativos inmediatos<sup>(51)</sup>.

### **4.3 Método de Investigación**

El método de investigación es empírico de observación, porque consiste en el registro sistemático, válido y confiable de los comportamientos o conductas manifiestos en la que el investigador no interviene, los datos reflejan la evolución natural de los eventos<sup>(52)</sup>.

### **4.4 Diseño de la Investigación**

Este estudio es de diseño no experimental, ya que el investigador no manipula la variable y de corte transversal, porque se realiza una sola medición en relación a cuáles son las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados, en un lapso de corto tiempo y espacio determinado<sup>(53)</sup>.

### **4.5 Lugar de Ejecución del Estudio**

La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Hemodiálisis, del Servicio de Nefrología, del Hospital Nacional Dos de Mayo, un establecimiento de salud con internamiento, de nivel III-I. Se encuentra ubicado en el distrito de Lima, frente al Parque de la Historia de Medicina Peruana, altura cuadra 13 de la Avenida Miguel Grau. Este brinda atención de salud de varias especialidades médica con alta complejidad como: Hemodiálisis, entre otros,

siendo responsable de lograr el desarrollo de la persona a través de la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte.

#### Ubicación del Hospital Nacional Dos de Mayo



Fuente: Google Maps.

### 4.6 Unidad de Análisis

La unidad de análisis es el paciente perteneciente a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo. Según Tamayo<sup>(54)</sup>, la unidad de análisis corresponde a la entidad mayor o representativa de lo que va a ser objeto específico de estudio.

### 4.7 Población y Muestra de Estudio

La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. En cuanto a la muestra, se define como subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de ésta.<sup>(55)</sup> Con base a tales definiciones la población y muestra del estudio está conformada de la siguiente manera:

#### 4.7.1 Población de Estudio

La población de estudio estuvo constituida por 40 pacientes atendidos durante el mes de agosto del año 2019 en la Unidad de Hemodiálisis, del Servicio de Nefrología, del Hospital Nacional Dos de Mayo.

#### **4.7.2 Muestra del Estudio**

El número de la muestra estuvo conformada por el total de la población, es decir, por los 40 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Para hallar el tamaño de la muestra se aplicó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, porque se seleccionó debido a la conveniente accesibilidad y proximidad de los pacientes que cumplen con los criterios del estudio. Y, además, se aplicó el método de muestreo censal, porque se seleccionó al 100% de la población al considerarla un número manejable de sujetos. En este sentido, Ramírez<sup>(56)</sup>, establece que la muestra censal es aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra.

##### **4.7.2.1 Criterio de Inclusión**

Los criterios de inclusión son todas aquellas características que son tomadas en cuenta para la realización del estudio. Por lo tanto, los criterios que se incluirán en la presente investigación son:

- Pacientes que pertenezcan a la Unidad de Hemodiálisis.
- Pacientes con diagnóstico médico de IRC.
- Pacientes que acepten participar del estudio de investigación mediante la firma de Consentimiento Informado.
- Pacientes entre 27 a 59 años de ambos sexos.
- Pacientes con tiempo de tratamiento entre 1 a 5 años.
- Pacientes que solo tengan como acceso la fistula arteriovenosa.

##### **4.7.2.2 Criterio de Exclusión**

Los criterios de exclusión son todas aquellas características que no son tomadas en cuenta para la ejecución del estudio, porque son irrelevantes, y no cumplen con el objetivo del estudio. Por ende, los criterios que se excluirán en la investigación son:

- Pacientes que no pertenezcan a la Unidad de Hemodiálisis.

- Pacientes que no acepten participar del estudio de investigación, o que no completen responder la encuesta.
- Pacientes que tengan trastornos sensitivos, cognitivos y/o psiquiátricos.

#### **4.8 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

La técnica de recolección de datos que se utilizó en el presente estudio fue la encuesta, siendo una estrategia oral y escrita para obtener información en los pacientes hemodializados.

El instrumento que se utilizó en este estudio fue el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, adaptado por De los Santos Vargas Karina Juana, en el año 2017, en su investigación titulado: Calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en un hospital, tomando como referencia el cuestionario original desarrollado por Sandín y Chorot, en el año 2003, en su estudio: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y Validación Preliminar<sup>(37)</sup>.

Cabe señalar que la autora De los Santos K. adaptó en el instrumento las categorías y puntajes de respuesta en la escala de tipo Likert, de Nunca = 0, Pocas veces = 1, A veces = 2, Frecuentemente = 3, y Casi siempre = 4; a Nunca = 1, Pocas veces = 2, Casi Siempre = 3, y Siempre = 4, por ello validó el instrumento a través de una prueba binomial de juicio de expertos, conformado por 8 especialistas en metodología de la investigación y nefrología, con resultado de coeficiente binomial significativa ( $p = 0,013$ ), evidenciando coherencia y consistencia en el contenido del instrumento; y sometió a una prueba de confiabilidad, analizado mediante la fórmula del coeficiente Alfa de Crombach, donde obtuvo un grado de confiabilidad de (0,95%). (Anexo C y D)

#### **4.9. Recolección de Datos**

La recolección de datos se ejecutó mediante el trámite administrativo respectivo, se envió una Carta de Presentación emitida por la Directora de la Universidad Ricardo Palma – Escuela de Enfermería San Felipe, solicitando la autorización a la Directora General del Hospital Nacional Dos de Mayo. Además, se adjuntó los requisitos correspondientes a los responsables del Comité de Ética en Investigación, para llevar a cabo la investigación en la Unidad de Hemodiálisis. Luego de la aprobación se realizó la coordinación respectiva con las entidades concernientes, con la finalidad de establecer el cronograma de recolección de datos.

Posteriormente, se acudió a la Unidad de Hemodiálisis para la aplicación del instrumento, previa coordinación con la jefa del mismo. también, se procedió a la presentación de la investigadora, quien brindó información sobre el objetivo del estudio e hizo entrega del formato de Consentimiento Informado al paciente, para obtener la firma de autorización de ser participe voluntario en el estudio. Finalmente, se aplicó el cuestionario en el mes de agosto del 2019, de manera individual y tuvo una duración de 20 minutos aproximadamente por cada turno, considerando que existen 4 turnos por día, en los dos grupos: el primer grupo los pacientes que realizan el tratamiento de hemodiálisis los días lunes, miércoles y viernes y el segundo grupo los días martes, jueves y sábado.

#### **4.9 Técnicas de Procesamiento y Análisis Estadístico de Datos**

La técnica de procesamiento y análisis de datos incluyó las funciones de edición y codificación. La edición comprendió la revisión de los formatos de datos en cuanto a su legibilidad, consistencia y totalidad, y la codificación implicó el establecimiento de valor numérico para las respuestas, en este proceso se tuvo en cuenta la escala de tipo Likert, el cual se utilizó para medir las actitudes de los pacientes, con sus respectivos valores de calificación (Nunca = 1, Pocas veces = 2, Casi Siempre = 3, Siempre = 4). Luego se elaboró la tabulación de los datos en el programa Microsoft Excel 2013.

Para determinar si los pacientes utilizan o no utilizan las estrategias de acuerdo al objetivo del estudio, fue necesario agrupar los datos en categorías

como aplica y no aplica, mediante el procedimiento matemático en el programa SPSS versión 24, que permite evaluar los puntajes y clasificarlos por categorías, para realizar un análisis certero, debido a que la escala de tipo Likert sólo permite evaluar las actitudes de los pacientes. El procedimiento matemático de categorización implicó hallar el puntaje máximo, puntaje mínimo, rango y ancho de clase del siguiente modo:

Para determinar el objetivo general: según la dimensión activo: se tuvo en cuenta las cuatro estrategias (religión, búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva y focalizado en la solución del problema), cada estrategia comprende 6 ítems, que en total suman 24 ítems, a este valor se multiplicó por la calificación máxima de la escala de Likert, para así hallar el puntaje máximo ( $P_{max} = 24 * 4 = 96$ ); para hallar el puntaje mínimo se multiplicó el total de ítems por la calificación mínima de la escala Likert ( $P_{min} = 24 * 1 = 24$ ); para hallar el rango se restó el puntaje máximo menos el puntaje mínimo ( $R = 96 - 24 = 72$ ); para hallar el ancho de clase se dividió el rango entre el número de niveles de categoría ( $AC = 72 / 2 = 36$ ); teniendo en cuenta estos datos se estableció las categorías, como No aplica de (24 a 36) y Aplica de (37 a 96). Según la dimensión pasivo: se tuvo en cuenta las tres estrategias (autofocalización negativa, evitación y expresión emocional abierta), cada estrategia comprende 6 ítems, que en total suman 18 ítems, a este valor se multiplicó por la calificación máxima de la escala de Likert, para así hallar el puntaje máximo ( $P_{max} = 18 * 4 = 72$ ); para hallar el puntaje mínimo se multiplicó el total de ítems por la calificación mínima de la escala Likert ( $P_{min} = 18 * 1 = 18$ ); para hallar el rango se restó el puntaje máximo menos el puntaje mínimo ( $R = 72 - 18 = 54$ ); para hallar el ancho de clase se dividió el rango entre el número de niveles de categoría ( $AC = 54 / 2 = 27$ ); teniendo en cuenta estos datos se estableció las categorías, como No aplica de (18 a 27) y Aplica de (28 a 72).

Para identificar el primer objetivo específico, según las cuatro subdimensiones (religión, búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva y focalizado en la solución del problema), las cuales constan de seis ítems cada una, de forma independiente para hallar el puntaje máximo se multiplicó el número de ítems por la calificación máxima de la escala de Likert ( $P_{max} = 6$

\* 4 = 24); para hallar el puntaje mínimo se multiplicó el número de ítems por la calificación mínima de la escala Likert ( $P_{\min} = 6 * 1 = 6$ ); para hallar el rango se restó el puntaje máximo menos el puntaje mínimo ( $R = 24 - 6 = 18$ ); para hallar el ancho de clase se dividió el rango entre el número de niveles de categoría ( $AC = 18 / 2 = 9$ ); teniendo en cuenta estos datos se estableció las categorías, como No aplica de (6 a 9) y Aplica de (10 a 24). (Anexo F)

Para identificar el segundo objetivo específico, según las tres subdimensiones (autofocalización negativa, evitación y expresión emocional abierta), las cuales constan de seis ítems cada una, de forma independiente para para hallar el puntaje máximo se multiplicó el número de ítems por la calificación máxima de la escala de Likert ( $P_{\max} = 6 * 4 = 24$ ); para hallar el puntaje mínimo se multiplicó el número de ítems por la calificación mínima de la escala Likert ( $P_{\min} = 6 * 1 = 6$ ); para hallar el rango se restó el puntaje máximo menos el puntaje mínimo ( $R = 24 - 6 = 18$ ); para hallar el ancho de clase se dividió el rango entre el número de niveles de categoría ( $AC = 18 / 2 = 9$ ); teniendo en cuenta estos datos se estableció las categorías, como No aplica de (6 a 9) y Aplica de (10 a 24). (Anexo F)

Según cada ítem se consideró a las escalas Nunca y Pocas veces de (1 a 2) como No aplica, porque son menos concurrentes; en tanto, que a las escalas Casi Siempre y Siempre de (3 a 4) como Aplica.

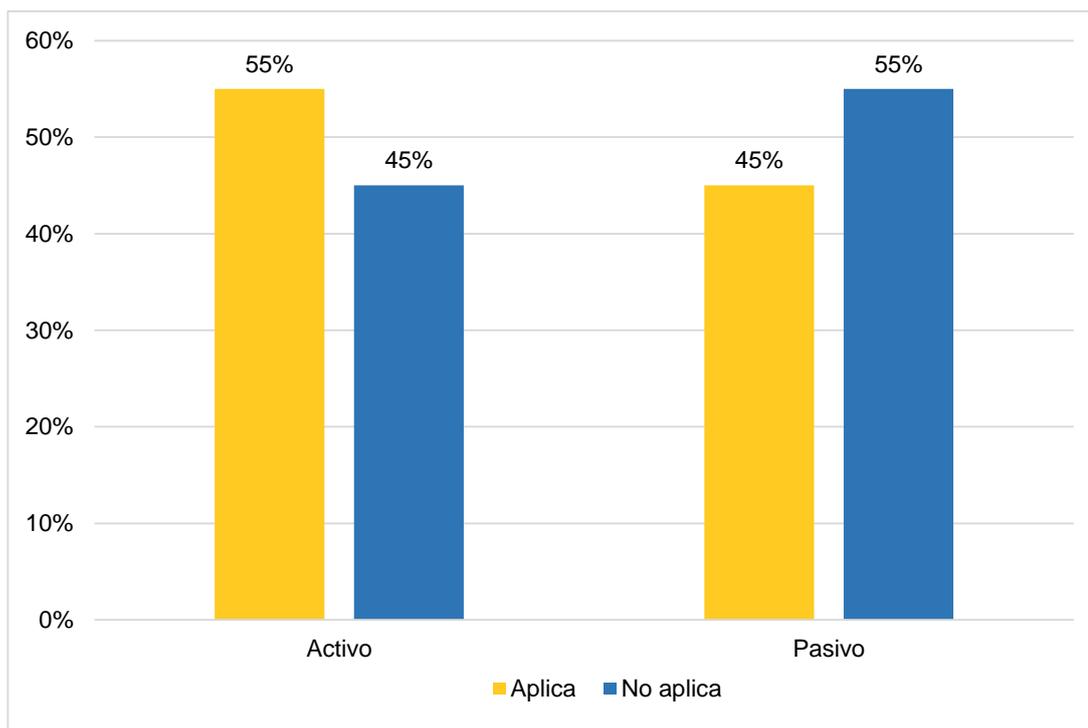
De ahí, se desarrolló las tablas estadísticas que evidencian la distribución numérica y porcentual de la población según ítems de las siete subdimensiones del estudio, donde se utilizó la estadística descriptiva que permitió calcular las frecuencias y porcentajes, para la clasificación de cada ítem por categorías como Aplica y No aplica, tomando en cuenta la escala Likert por cada ítem. Además, se elaboró las gráficas de diagrama de barras estadísticas referentes a los objetivos de la investigación, que permitió analizar, interpretar y discutir los resultados.

## CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1 Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados

A continuación, se presentan los resultados de acuerdo a los objetivos planteados en el estudio.

**Gráfico N° 1.** Estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.



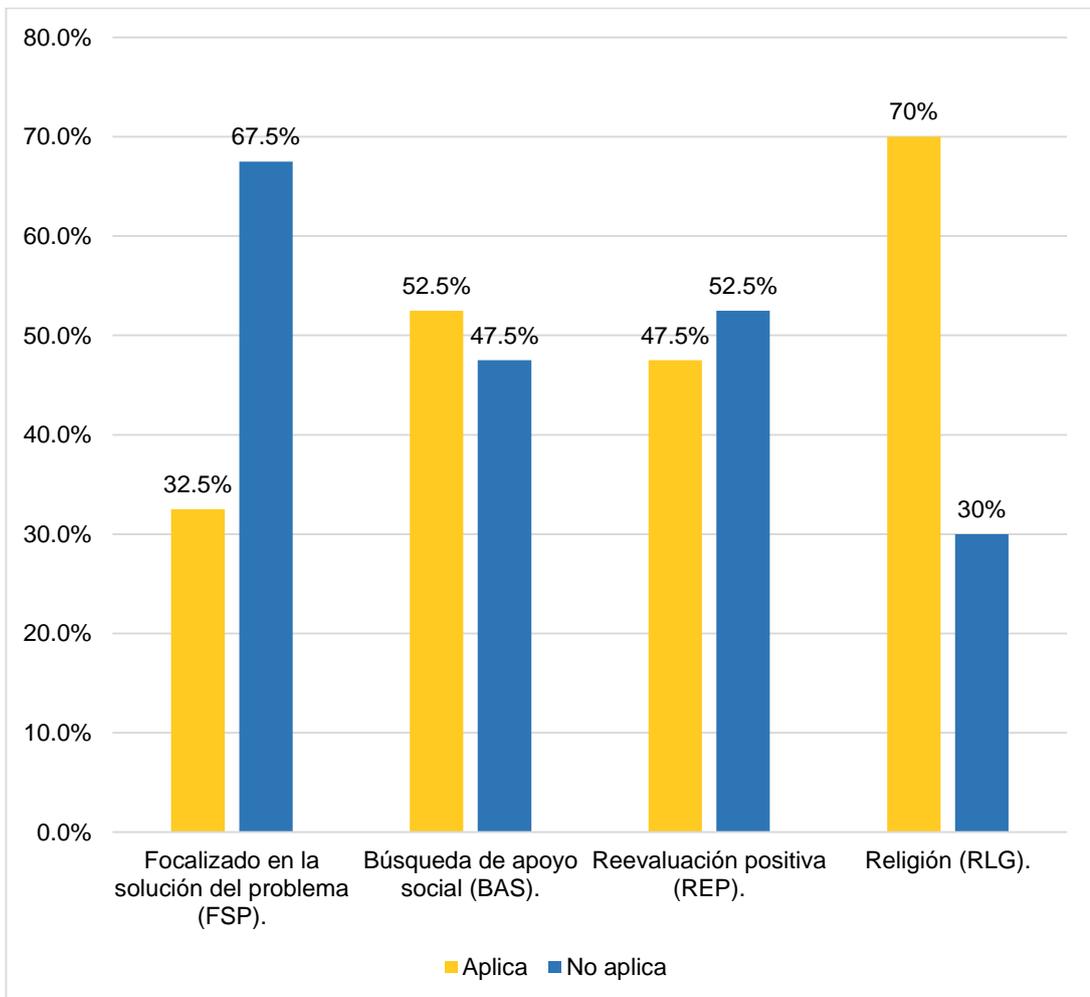
Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N° 1, se observa que las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados del 100% (40) según la dimensión activo, el 55% (22) aplica y el 45% (18) no aplica. Así mismo, según la dimensión pasivo, el 45% (18) aplica y el 55% (22) no aplica. Lo cual es equivalente decir que del 100% (40), el 55% (22) aplica las estrategias de afrontamiento activo y el 45% (18) aplica las estrategias de afrontamiento pasivo.

Estos datos muestran, que los pacientes hemodializados en su mayoría aplica las estrategias de afrontamiento activo, lo que significa que buscan manejar o alterar la situación que causa el malestar, mediante la búsqueda de información, resolución de problemas y acciones para cambiar las circunstancias que crean el estrés ; por lo tanto da lugar a una mejor calidad

de vida, aumenta la confianza y eficacia en la persona, favorece el bienestar, con estados afectivos positivos y una mejor función inmune. No obstante, un menor porcentaje aplica las estrategias de afrontamiento pasivo, esto significa que procuran controlar el malestar emocional causado por el estrés, mediante conductas de reducción de esfuerzo, evitación, distanciamiento y transferencia de su responsabilidad a otros, que de mantenerse a largo plazo podrían desencadenar trastornos psicológicos, conductas desadaptativas, con estados afectivos negativos que llevan a ignorar la realidad o a perder el control de la situación llegando incluso a la dependencia de otras personas.

**Gráfico N° 2.** Estrategias de afrontamiento según la dimensión activo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N°2, se evidencia según la subdimensión religión que del 100% (40) de los pacientes, el 70% (28) aplica y el 30% (12) no aplica.

**Tabla N° 1.** Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión religión.

Ítems/indicadores	Aplica		No aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%
7. Asistí a la iglesia.	16	40	24	60	40	100
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, pastor, etc.)	10	25	30	75	40	100
21. Acudí a la iglesia para rogar que se solucionase el problema.	16	40	24	60	40	100
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación.	32	80	8	20	40	100
35. Recé/oré.	33	82,5	7	17,5	40	100
42. Acudí a la iglesia para poner velas o rezar.	16	40	24	60	40	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 1, se evidencia que el mayor porcentaje aplica la estrategia de afrontamiento según la subdimensión religión; específicamente en los siguientes atributos: el 82,5% (33) reza y ora, y el 80% (32) tiene fe en que Dios remediará su situación. Sin embargo, no aplica en algunos atributos porque el 75% (30) no pide ayuda espiritual a algún religioso, el 60% (24) no asiste a la iglesia, el 60% (24) no acude a la iglesia para rogar que se solucionase el problema y el 60% (24) no acude a la iglesia para poner velas o rezar.

De acuerdo al gráfico N°2 y la tabla N°1 se muestran que la mayoría aplica la religión, esto significa que recurren a sus creencias religiosas como vía para afrontar el estrés, expresada a través del rezo o la oración acompañada de la fe, tratando de buscar consuelo en la religión para poder seguir adelante con la enfermedad y el tratamiento, ya que mediante la fe y creencia en Dios les permitiría tener esperanza, un mayor bienestar, mejor calidad de vida, un modo más adecuado de lidiar con la enfermedad y prevenir la depresión. Sin embargo, se obtuvo que un menor porcentaje no aplica esta estrategia, que podría disminuir la esperanza para enfrentar una situación adversa y obstaculizar el logro del bienestar personal.

En el gráfico N° 2, se evidencia según la subdimensión búsqueda de apoyo social que del 100% (40) de los pacientes, el 52,5% (21) aplica y el 47,5% (19) no aplica.

**Tabla N° 2.** Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión búsqueda de apoyo social.

Ítems/indicadores	Aplica		No aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía.	23	57,5	17	42,5	40	100
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema.	18	45	22	55	40	100
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.	18	45	22	55	40	100
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.	23	57,5	17	42,5	40	100
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.	18	45	22	55	40	100
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos.	23	57,5	17	42,5	40	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 2, se evidencia que más de la mitad aplica la estrategia de afrontamiento según la subdimensión búsqueda de apoyo social; específicamente en los atributos: el 57,5% (23) cuenta a sus familiares o amigos como se siente, el 57,5% (23) habla con amigos o familiares para tranquilizarse cuando está mal y el 57,5% (23) procura que algún familiar o amigo lo escuche cuando necesita manifestar sus sentimientos. Sin embargo, no aplica en algunos atributos porque el 55% (22) no pide consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema, el 55% (22) no pide a parientes o amigos ayuda para pensar acerca del problema y el 55% (22) no pide a algún amigo o familiar que le indique cuál es el mejor camino a seguir.

De acuerdo al gráfico N°2 y la tabla N°2 se muestran que más de la mitad de los pacientes hemodializados aplica la búsqueda de apoyo social, esto significa que demuestran búsqueda de consejo, soporte emocional, empatía, información y orientación en las demás personas, con la finalidad de enfrentar

una situación estresante; lo cual influiría en la supervivencia, la adherencia al tratamiento y prevención de la depresión, ya que a partir de la interacción con las demás personas el paciente obtiene recursos (materiales, cognitivos y afectivos). Sin embargo, se obtuvo que un menor porcentaje no aplica esta estrategia, es decir, no busca soporte emocional en otras personas, lo cual podría generar emociones negativas, lo cual a su vez, puede repercutir a nivel inmunológico favoreciendo la presencia de enfermedades de tipo infectocontagiosas y obstaculizar hacer frente a la situación estresante.

En el gráfico N° 2, se evidencia según la subdimensión reevaluación positiva que del 100%(40) de los pacientes, el 47,5% (19) aplica y el 52,5% (21) no aplica.

**Tabla N° 3.** Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión reevaluación positiva.

Ítems/indicadores	Aplica		No aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.	16	40	24	60	40	100
10. Intenté sacar algo positivo del problema.	19	47,5	21	52,5	40	100
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.	28	70	12	30	40	100
24. "Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes."	9	22,5	31	77,5	40	100
31. Experimenté personalmente eso de que "no hay mal que por bien no venga".	17	42,5	23	57,5	40	100
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.	1	2,5	39	97,5	40	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 3, se evidencia que un menor porcentaje aplica la estrategia de afrontamiento según la subdimensión reevaluación positiva; específicamente en los siguientes atributos: el 70% (28) descubre que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás, el 47,5% (19) intenta sacar algo positivo del problema y el 42,5% (17) experimenta personalmente eso de que "no hay mal que por bien no venga". Sin embargo,

no aplica en algunos atributos porque el 97,5% (39) no comprueba que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor, el 77,5% (31) no comprende que otras cosas, diferentes del problema, sean más importantes y el 60% (24) no intenta sacar algo positivo del problema.

De acuerdo al gráfico N°2 y la tabla N°3 se muestran que un menor porcentaje aplica la reevaluación positiva, esto significa que sólo algunos pacientes reconocen la realidad de la enfermedad y se centran en los aspectos positivos de la situación, lo cual contribuiría a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al afrontamiento de la situación. Sin embargo, se obtuvo que más de la mitad no aplica esta estrategia, es decir, no ven con esperanza y optimismo el problema de tal manera que no buscan el lado positivo del mismo, lo cual condicionaría a la desadaptación del tratamiento sustitutivo, que lo llevarían a padecer de pericarditis, alcalosis, acidosis, hipercalcemia, hipernatremia, uremia, edema e hipertensión.

En el gráfico N° 2, se evidencia según la subdimensión focalizado en la solución del problema que del 100%(40) de los pacientes, el 32,5% (13) aplica y el 67,5% (27) no aplica.

**Tabla N° 4.** Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión focalizado en la solución del problema.

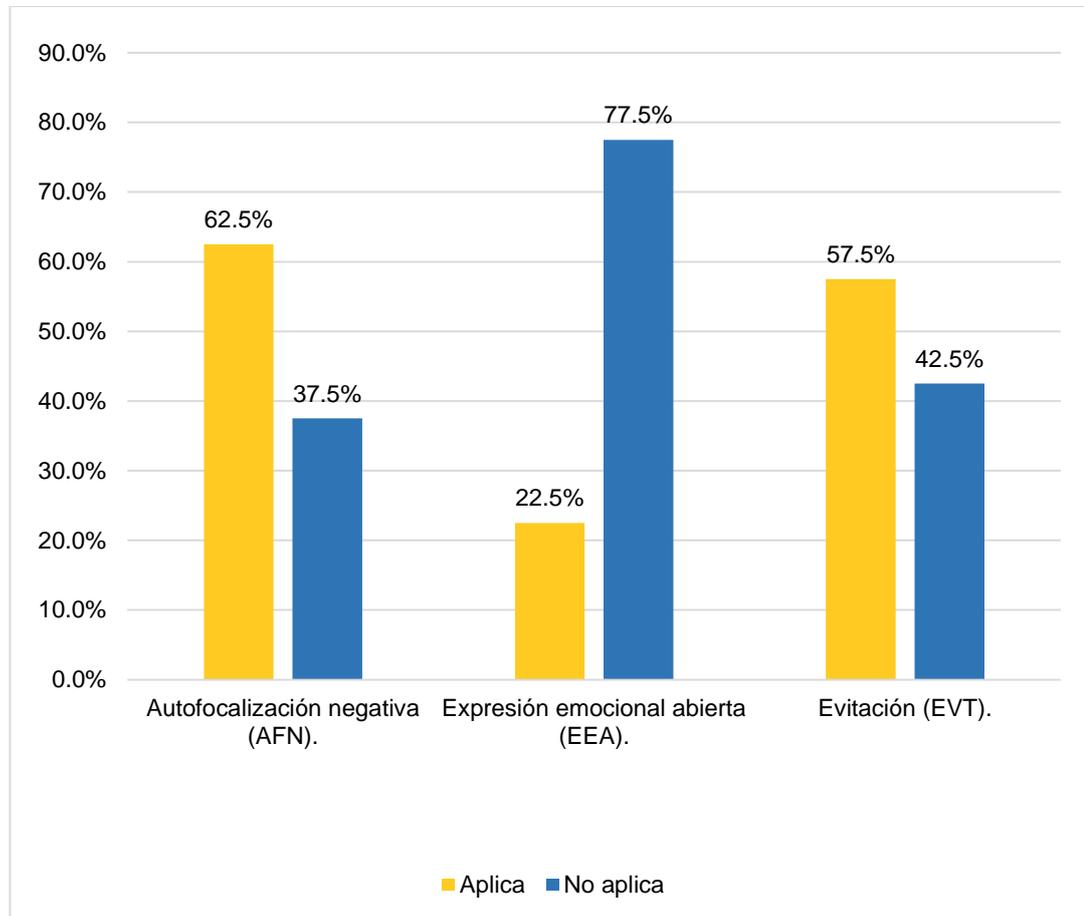
Ítems/indicadores	Aplica		No aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.	15	37,5	25	62,5	40	100
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.	11	27,5	29	72,5	40	100
15. Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo.	9	22,5	31	77,5	40	100
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.	17	42,5	23	57,5	40	100
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.	0	0	40	100	40	100
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.	15	37,5	25	62,5	40	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 4, se evidencia que un menor porcentaje aplica la estrategia de afrontamiento según la subdimensión focalizado en la solución del problema; específicamente en los siguientes atributos: el 42,5% (17) habla con las personas implicadas para encontrar una solución al problema, el 37,5% (15) trata de analizar las causas del problema para poder hacerle frente y el 37,5% (15) piensa detenidamente los pasos a seguir para enfrentarse al problema. Sin embargo, no aplica en algunos atributos porque el 100% (40) no hace frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas, el 77,5 (31) no establece un plan de acción ni procura llevarlo a cabo y el 72,5% (29) no trata de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.

De acuerdo al gráfico N°2 y la tabla N°4 se muestran que un menor porcentaje de la muestra aplica la estrategia focalizado en la solución del problema, que presumiblemente ayuda a los pacientes a desarrollar un plan de acción con el cual pueden responder a los nuevos cambios y demandas que la enfermedad y el tratamiento conllevan, lo cual favorecería a la adherencia al tratamiento y a lograr un nivel de autocuidado que permita tener un mejor bienestar. Sin embargo, se obtuvo que un porcentaje significativo no aplica esta estrategia, es decir, no creen tener las posibilidades de modificar la situación por lo que no hacen uso del planteamiento mental buscando las causas y las posibles soluciones para elegir la más conveniente; lo cual podría llegar afectar la participación del paciente en su autocuidado que condicionaría un riesgo de sufrir emociones negativas y desadaptación del tratamiento.

**Gráfico N° 3.** Estrategias de afrontamiento según la dimensión pasivo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N°3, se evidencia según la subdimensión autofocalización negativa que del 100% (40) de los pacientes, el 62,5% (25) aplica y el 37,5% (15) no aplica.

**Tabla N° 5.** Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión autofocalización negativa.

Ítems/indicadores	Aplica		No aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal.	19	47,5	21	52,5	40	100
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas.	19	47,5	21	52,5	40	100

16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema.	24	60	16	40	40	100
23. Me sentí indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.	22	55	18	45	40	100
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema.	27	67,5	13	32,5	40	100
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran.	24	60	16	40	40	100

**Fuente:** Elaboración propia.

En la tabla N° 5, se evidencia que un mayor porcentaje aplica la estrategia de afrontamiento según la subdimensión autofocalización negativa; específicamente en los siguientes atributos: el 67,5% (27) se da cuenta de que por sí mismo que no puede hacer nada para resolver el problema, el 60% (24) comprende que es el principal causante del problema, el 60% (24) se resigna aceptar las cosas como son y el 55% (22) se siente indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación. Sin embargo, no aplica en algunos atributos porque el 52,5% (21) no se convence de que haga lo que haga las cosas siempre le saldrán mal y el 52,5% (21) no refiere que, no hizo nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas.

De acuerdo al gráfico N°3 y la tabla N°5 se muestran que la mayoría aplica la autofocalización negativa, esto significa que procuran controlar el malestar emocional causado por el estrés, mediante conductas de reducción de esfuerzo, como mayor autoconvencimiento negativo, autculpa, indefensión y sentimientos de incapacidad para resolver la situación, son personas que se resignan y asumen que las cosas suelen salir mal, por lo que no hacen nada para resolver la situación, lo cual a largo plazo podría provocar una menor adherencia al tratamiento sustitutivo, farmacológico y dietético, que pueden tener consecuencias perjudiciales para su salud, tales como intoxicación y coma urémico; también, puede conllevar a generar trastornos de salud derivados del estrés como trastornos digestivos, cardiovasculares, endocrinos e inmunológicos. Sin embargo, se obtuvo que un menor porcentaje no aplica esta estrategia.

En el gráfico N°3, se evidencia según la subdimensión evitación que del 100% (40) de los pacientes, el 57,5% (23) aplica y el 42,5% (17) no aplica.

**Tabla N° 6.** Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión evitación.

Ítems/indicadores	Aplica		No aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, traté de concentrarme en otras cosas.	29	72,5	11	27,5	40	100
12. Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.	33	82,5	7	17,5	40	100
19. Salí al cine, a cenar, a “dar una vuelta”, etc., para olvidarme del problema.	14	35	26	65	40	100
26. Procuré no pensar en el problema.	26	65	14	35	40	100
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.	0	0	40	100	40	100
40. Intenté olvidarme de todo.	9	22,5	31	77,5	40	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 6, se evidencia que más de la mitad aplica la estrategia de afrontamiento según la subdimensión evitación; específicamente en los siguientes atributos: el 82,5% (33) se concentra en el trabajo o en otra actividad para olvidarse del problema, el 72,5% (29) cuando el problema es evocado trata de concentrarse en otras cosas y el 65% (26) procura no pensar en el problema. Sin embargo, no aplica en algunos atributos porque el 100% (40) no practica algún deporte para olvidarse del problema, el 77,5% (31) no intenta olvidarse de todo y el 65% (26) no sale al cine, a cenar, a “dar una vuelta”, etc., para olvidarse del problema.

De acuerdo al gráfico N°3 y la tabla N°6 se muestran que más de la mitad aplica la evitación, esto significa que permiten que una amplia variedad de actividades distraigan su evaluación respecto al problema, apartándose del mismo, es decir, procuran afrontar el estrés ocasionado por la IRC y tratamientos, evitando pensar en ello, sino más bien en sus actividades cotidianas, lo cual a largo plazo podría repercutir en su salud, ya que predice síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido, pues si bien las preocupaciones del paciente pueden parecer

menos graves por un tiempo, aunque se eviten los problemas, no desaparecen. Sin embargo, se observa que un menor porcentaje no aplica esta estrategia

En el gráfico N°3, se evidencia según la subdimensión expresión emocional abierta que del 100% (40) de los pacientes, el 22,5% (9) aplica y el 77,5% (31) no aplica.

**Tabla N° 7.** Distribución porcentual de la población según atributos de la subdimensión expresión emocional abierta.

Ítems/indicadores	Aplica		No aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%
4. Descargué mi mal humor con los demás.	9	22,5	31	77,5	40	100
11. Insulté a ciertas personas.	3	7,5	37	92,5	40	100
18. Me comporté de forma hostil con los demás.	9	22,5	31	77,5	40	100
25. Agredí a algunas personas.	2	5	38	95	40	100
32. Me irrité con alguna persona.	10	25	30	75	40	100
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos.	20	50	20	50	40	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 7, se evidencia que un menor porcentaje aplica la estrategia de afrontamiento según la subdimensión expresión emocional abierta; específicamente en los siguientes atributos: el 50% (20) lucha y se desahoga expresando sus sentimientos. Sin embargo, no aplica en algunos atributos porque el 95% (38) no agrede a algunas personas, el 92,5% (37) no insulta a ciertas personas, el 77,5% (31) no descarga su mal humor con los demás y el 77,5% (31) no se comporta de forma hostil con los demás.

De acuerdo al gráfico N°3 y la tabla N°7 se muestran que un menor porcentaje aplica la expresión emocional abierta, esto significa que sólo algunos pacientes descargan el mal humor, insultan, agreden y se irritan con los demás, pero que a largo plazo podría llegar a causar más problemas, tales como perder el control sobre la situación, sufrir depresión y menor apoyo

social. Sin embargo, se obtuvo que un mayor porcentaje no aplica esta estrategia.

## 5.2 Discusión

Según el objetivo general de determinar las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019; los resultados obtenidos en el gráfico N° 1, evidencian que según la dimensión activo, el 55% (22) aplica y el 45% (18) no aplica. Así mismo, según la dimensión pasivo, el 45% (18) aplica y el 55% (22) no aplica. Lo cual es equivalente decir que del 100% (40), el 55% (22) aplica las estrategias de afrontamiento activo y el 45% (18) aplica las estrategias de afrontamiento pasivo.

Estos resultados se asemejan a lo obtenido por ChuquiHuaccha C, Soto Y<sup>(19)</sup>, Lima, (2014), en su estudio titulado: "Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen", donde el 52% aplica las estrategias de afrontamiento activo y el 48% estrategias de afrontamiento pasivo. Así mismo, coincide con Merino Y<sup>(14)</sup>, Quito, (2018), en su investigación titulado: "Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica hospitalizados en el área de nefrología del hospital Carlos Andrade Marín, obtuvieron que el 84% aplicó las estrategias de afrontamiento activo y el 16% estrategias de afrontamiento pasivo.

Por lo expuesto anteriormente, los resultados el presente estudio se asemejan a lo obtenido por ChuquiHuaccha y Merino porque, tanto en la ciudad de Quito como en Lima existe un mayor porcentaje de pacientes que aplican las estrategias de afrontamiento activo, lo que indica que en la mayoría conlleva a una mejor calidad de vida, aumenta la confianza y eficacia, favorece el bienestar, con estados afectivos positivos, sin embargo, hay un menor porcentaje que aplica las estrategias de afrontamiento pasivo, lo que indica que estarían en riesgo de desencadenar trastornos psicológicos, conductas desadaptativas, ignorar la realidad o a perder el control de la situación llegando incluso a la dependencia de otras personas.

En relación al objetivo específico de identificar las estrategias de afrontamiento según la dimensión activo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019; de acuerdo al gráfico N° 2, en la subdimensión religión se obtuvo que el 70% (28) aplica y el 30% (12) no aplica. Analizando esta estrategia por cada atributo en la tabla N° 1, se evidencia que un mayor porcentaje aplica porque el 82,5% reza y ora, y el 80% tiene fé en que Dios remediará su situación. Por otro lado, un menor porcentaje no aplica porque el 75% no pide ayuda espiritual a algún religioso, el 60% no asiste a la iglesia, el 60% no acude a la iglesia para rogar que se solucionase el problema y el 60% no acude a la iglesia para poner velas o rezar.

Este resultado se asemeja a lo obtenido por Alarcón S<sup>(21)</sup>, Lima, (2014), en su estudio titulado: "Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro especializado de enfermedades renales", donde el 75% aplicó y el 25% no aplicó la religión. Así mismo, coincide con Pérez K<sup>(12)</sup>, Lima, (2015), en su estudio titulado: "Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis, Hospital Nacional Dos de Mayo, determinó que el 96,7% aplicó y el 3,3% no aplicó la religión como estrategia.

Por lo tanto, se observa que los resultados del presente estudio se asemejan a lo encontrado por Alarcón y Pérez porque, en ambos estudios realizados en Lima en los determinados hospitales, existe un mayor porcentaje de pacientes que aplican la religión, debido a que rezan, oran y tienen fé en que Dios remediará su situación, lo cual atribuye sentido a la vida, esperanza, un mayor bienestar, seguridad, mejor calidad de vida, un modo más adecuado de lidiar con la enfermedad, menor mortalidad, menor prevalencia de depresión, un mejor funcionamiento inmunológico, incluso promueve la interacción social y el apoyo entre la familia y los demás miembros de la sociedad. Sin embargo, hay un menor porcentaje que no aplica esta estrategia como alternativa de afrontamiento al estrés que proviene de la IRC y sus tratamientos, pues no piden ayuda espiritual a algún religioso, no asisten a la iglesia para rogar que se solucionase el problema, poner velas o

rezar, razón por la cual podría disminuir la posibilidad de prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de los sucesos estresantes a las que están sujetos los pacientes y obstaculizarían el logro del bienestar personal.

De acuerdo al gráfico N° 2, en la subdimensión búsqueda de apoyo social se obtuvo que el 52,5% (21) aplica y el 47,5% (19) no aplica. Analizando esta estrategia por cada atributo en la tabla N° 2, se evidencia que más de la mitad aplica porque el 57,5% cuenta a sus familiares o amigos como se siente, el 57,5% habla con amigos o familiares para tranquilizarse cuando está mal y el 57,5% procura que algún familiar o amigo lo escuche cuando necesita manifestar sus sentimientos. Por otro lado, un menor porcentaje no aplica porque el 55% no pide consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema, el 55% no pide a parientes o amigos ayuda para pensar acerca del problema y el 55% no pide a algún amigo o familiar que le indique cuál es el mejor camino a seguir.

Este resultado se asemeja a lo obtenido por López H, Quiñones O<sup>(18)</sup>, Lambayeque, (2018), en su estudio titulado: Estrategias de afrontamiento al tratamiento de hemodiálisis en personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en un centro de diálisis, Chiclayo 2017, concluyendo que la mayoría aplicó la estrategia de búsqueda de apoyo social.

Por lo tanto, se observa que los resultados del presente estudio se asemejan a lo encontrado por López y Quiñones porque, tanto en Lambayeque como en Lima, existe más de la mitad de pacientes que aplican la estrategia de búsqueda de apoyo social, debido a que cuentan a sus familiares o amigos como se sienten, hablan con ellos para tranquilizarse cuando están mal y procuran ser escuchados cuando necesitan manifestar sus sentimientos, esto es beneficioso ya que al contar con apoyo social los pacientes obtienen mayor fortaleza, mejor salud mental, influye en la supervivencia, la adherencia al tratamiento y reduce la intensidad de los síntomas depresivos para afrontar adecuadamente a los eventos estresantes. Sin embargo, hay un menor porcentaje que no aplica esta estrategia, pues no pide consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema, para pensar acerca del problema o para que le indique cuál es el mejor camino a seguir, lo cual

podría condicionar a generar sentimientos negativos como frustración, tristeza, desánimo, ira y temor, que puede llevar a trastornos psicológicos y obstaculizar hacer frente a la situación estresante.

De acuerdo al gráfico N° 2, en la subdimensión reevaluación positiva se obtuvo que el 47,5% (19) aplica y el 52,5% (21) no aplica. Analizando esta estrategia por cada atributo en la tabla N° 3, se evidencia que un menor porcentaje aplica porque el 70% descubre que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás, el 47,5% intenta sacar algo positivo del problema y el 42,5% experimenta personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”. Por otro lado, un mayor porcentaje no aplica porque el 97,5% no comprueba que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor, el 77,5% no comprende que otras cosas, diferentes del problema, sean más importantes y el 60% no intenta sacar algo positivo del problema.

Este resultado difiere con lo encontrado por Brito C<sup>(16)</sup>, Cuenca, (2016), en su estudio titulado: Estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, donde el 70% aplicó y el 30% no aplicó la reevaluación positiva.

Por lo tanto, se observa que los resultados difieren con lo obtenido por Brito porque, el mayor porcentaje aplica la reevaluación positiva, a diferencia del presente estudio donde un menor porcentaje aplica esta estrategia, debido a que sólo algunos descubren que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás, intentan sacar algo positivo del problema y experimentan personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”, esto es positivo puesto que ésta estrategia se encarga de afrontar las emociones que el evento estresante despierta; así mismo, permite que la persona reconozca la realidad de su enfermedad y se centre en los aspectos positivos de la situación, que implica optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al afrontamiento de la situación, haciendo uso de sus capacidades, evaluando el contexto al que es sometido en las sesiones de hemodiálisis y no desistir de seguir tratándose. Sin embargo, se obtuvo que más de la mitad no aplica esta estrategia, pues

no comprueban que después de todo las cosas podían haber ocurrido peor, no comprenden que otras cosas diferentes del problema sean más importantes y no intentan sacar algo positivo del problema; lo cual condicionaría a la desadaptación del tratamiento sustitutivo, que tendría consecuencias negativas como la inflamación de la membrana que rodea el corazón, que puede interferir en la capacidad del corazón de bombear sangre al resto del cuerpo, valores altos de potasio y/o sodio, trastorno hidroelectrolítico, uremia, hidropesía e hipertensión.

De acuerdo al gráfico N° 2, en la subdimensión focalizado en la solución del problema se obtuvo que el 32,5% (13) aplica y el 67,5% (27) no aplica. Analizando esta estrategia por cada atributo en la tabla N° 4, se evidencia que un menor porcentaje aplica porque el 42,5% habla con las personas implicadas para encontrar una solución al problema, el 37,5% trata de analizar las causas del problema para poder hacerle frente y el 37,5% piensa detenidamente los pasos a seguir para enfrentarse al problema. Por otro lado, un mayor porcentaje no aplica porque el 100% no hace frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas, el 77,5 no establece un plan de acción ni procura llevarlo a cabo y el 72,5% no trata de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.

Este resultado difiere con lo encontrado por Alarcón S<sup>(21)</sup>, Lima, (2014), en su estudio titulado: Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro especializado de enfermedades renales, indicando que el 64% aplicó y el 36% no aplicó la estrategia focalizado en la solución del problema.

Por lo tanto, se observa que los resultados difieren con lo obtenido por Alarcón porque, el mayor porcentaje aplica la estrategia focalizado en la solución del problema, a diferencia del presente estudio donde un menor porcentaje aplica esta estrategia, debido a que sólo algunos pacientes hablan con las personas implicadas para encontrar una solución al problema, tratan de analizar las causas del problema para poder hacerle frente y piensan detenidamente los pasos a seguir para enfrentarse al problema, pues, la teoría nos muestra que esta estrategia presumiblemente ayuda a los

participantes a desarrollar un plan de acción con el cual pueden responder a los nuevos cambios y demandas que la enfermedad y el tratamiento 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 IRC y sus tratamientos. Sin embargo, se obtuvo que un porcentaje significativo no aplica esta estrategia, indicando que no hacen frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas, no establecen un plan de acción ni procura llevarlo a cabo y no tratan de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados, esto significa que la planificación no es una forma de afrontar para los pacientes debido a que “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”, lo cual podría llegar a afectar la participación del paciente en su autocuidado que condicionaría un riesgo de sufrir emociones negativas y desadaptación del tratamiento.

En relación al objetivo específico de identificar las estrategias de afrontamiento según la dimensión pasivo en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019; de acuerdo al gráfico N° 3, en la subdimensión autofocalización negativa se obtuvo que el 62,5% (25) aplica y el 37,5% (15) no aplica. Analizando esta estrategia por cada atributo en la tabla N° 5, se observa que un mayor porcentaje aplica porque el 67,5% se da cuenta de que por sí mismo que no puede hacer nada para resolver el problema, el 60% comprende que es el principal causante del problema, el 60% se resigna aceptar las cosas como son y el 55% se siente indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación. Por otro lado, un menor porcentaje no aplica porque el 52,5% no se convence de que haga lo que haga las cosas siempre le saldrán mal y el 52,5% no refiere que, no hizo nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas.

El resultado de este estudio se asemeja a lo obtenido por Cando C, Bermeo B<sup>(15)</sup>, Guayaquil, en su estudio titulado: Afrontamiento del tratamiento de

hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica de un centro de hemodiálisis privado de la ciudad de Guayaquil. Desde Octubre del 2016 hasta Febrero del 2017, concluyendo que el 54% aplicó y el 46% no aplicó la autofocalización negativa.

Por lo tanto, se observa que los resultados del presente estudio se asemejan a lo encontrado por Cando porque, tanto en la ciudad de Guayaquil como en Lima, existe un mayor porcentaje de pacientes que aplican la autofocalización negativa, puesto a que la mayoría se da cuenta de que por sí mismo que no puede hacer nada para resolver el problema, comprende que es el principal causante del problema, se resigna aceptar las cosas como son y se siente indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación, pues, un estado general de malestar emocional y emociones negativas en los pacientes hemodializados afectados por el estrés, predice una menor adherencia al tratamiento sustitutivo, farmacológico y dietético, que pueden tener consecuencias perjudiciales para su salud, tales como intoxicación y coma urémico, que podrían resultar en defunción, debido a que un estado anímico negativo hace que el paciente presente baja percepción de autoeficacia, que desemboca en un abandono de las recomendaciones terapéuticas, incumplimiento de las restricciones dietéticas; también, puede conllevar a generar trastornos de salud derivados del estrés como el síndrome del intestino irritable, angina de pecho, diabetes, que a su vez, puede llegar afectar la participación del paciente en su autocuidado, disminuir la calidad de vida y su nivel de capacidad en la realización de las actividades cotidianas. Sin embargo, se obtuvo que un menor porcentaje no aplica esta estrategia, lo que conlleva positivamente en su situación respecto a la IRC y tratamiento.

De acuerdo al gráfico N° 3, en la subdimensión evitación se obtuvo que el 57,5% (23) aplica y el 42,5% (17) no aplica. Analizando esta estrategia por cada atributo en la tabla N° 6, se observa que un mayor porcentaje aplica porque el 82,5% se concentra en el trabajo o en otra actividad para olvidarse del problema, el 72,5% cuando el problema es evocado trata de concentrarse en otras cosas y el 65% procura no pensar en el problema. Por otro lado, un menor porcentaje no aplica porque el 100% no practica algún deporte para

olvidarse del problema, el 77,5% no intenta olvidarse de todo y el 65% no sale al cine, a cenar, a “dar una vuelta”, etc., para olvidarse del problema.

Este resultado se asemeja a lo encontrado por Arque Y, Olazabal F<sup>(20)</sup>, Arequipa, (2014), en su estudio titulado: Estrategias de afrontamiento en personas con insuficiencia renal crónica, unidad de hemodiálisis del Hospital Nacional Case – EsSalud, determinando que el 52,7% aplicó y el 47,3% la estrategia de evitación.

Por lo tanto, se observa que los resultados del presente estudio se asemejan a lo encontrado por Arque y Olazabal porque, tanto en la ciudad de Arequipa como en Lima, existe más de la mitad de pacientes que aplican la evitación, debido a que se concentran en el trabajo o en otra actividad para olvidarse del problema, tratan de concentrarse en otras cosas y procuran no pensar en el problema, lo cual predice síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido y, además, no protege a los pacientes del malestar psicológico y el distrés emocional, ya que se asocia con niveles altos de ansiedad y depresión; dado que si bien las preocupaciones del sujeto pueden parecer menos graves por un tiempo, aunque se eviten los problemas, no desaparecen. Sin embargo, se observa que un menor porcentaje no aplica esta estrategia, lo que conlleva positivamente en su situación respecto a la IRC y tratamiento. Cabe mencionar que los pacientes hemodializados del presente estudio indicaron en su mayoría tener menor actividad física, ya que es necesario en ellos que tengan una vía de acceso, como un catéter venoso central o una fistula arteriovenosa.

De acuerdo al gráfico N° 3, en la subdimensión expresión emocional abierta se obtuvo que el 22,5% (9) aplica y el 77,5% (31) no aplica. Analizando esta estrategia por cada atributo en la tabla N° 7, se observa que un menor porcentaje aplica porque el 50% lucha y se desahoga expresando sus sentimientos. Por otro lado, mayor porcentaje no aplica porque el 95% no agrede a algunas personas, el 92,5% no insulta a ciertas personas, el 77,5% no descarga su mal humor con los demás y el 77,5% no se comporta de forma hostil con los demás.

Este resultado difiere con lo encontrado por Chuqui huaccha C, Soto Y<sup>(19)</sup>, Lima, (2014), indicando que el 51% aplicó y el 49% no aplicó la expresión emocional abierta como estrategia.

Por lo tanto, se observa que los resultados difieren con lo obtenido por Chuqui huaccha y Soto porque, más de la mitad aplica la estrategia expresión emocional abierta, a diferencia del presente estudio donde un menor porcentaje aplica esta estrategia, debido a que sólo algunos pacientes luchan y se desahogan expresando sus sentimientos, pero este tipo de estrategia es considerada disfuncional si se mantiene a largo plazo porque, lleva a ignorar la realidad o a perder el control de la situación llegando incluso a la dependencia de otras personas; además, podría dar origen a sufrir depresión y ansiedad. Sin embargo, se observa que un mayor porcentaje no aplica esta estrategia, lo que conlleva positivamente en su situación respecto a la IRC y tratamiento.

## CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

### 6.1 Conclusiones

- Los pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019, aplican en su mayoría las estrategias de afrontamiento activo, lo cual permite tener mayor autoestima, autoconfianza, fortaleza, potencia la salud y el bienestar, con estados de ánimo positivos como la felicidad, esperanza y optimismo, para afrontar las situaciones estresantes. Sin embargo, esto estaría siendo afectada ya que también se observó que un menor porcentaje aplica las estrategias de afrontamiento pasivo, que conllevaría a sufrir alteraciones psicológicas tales como, ansiedad y depresión, con estados de ánimo negativos como tristeza, culpa, miedo y resignación, que afectan el proceso de adaptación al tratamiento terapéutico.
- De acuerdo a las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados según la dimensión activo, en la subdimensión religión, se obtuvo que la mayoría aplica en los atributos: rezar y orar, y tener fé en que Dios remediará su situación, lo cual permite tener esperanza, mayor bienestar, un modo más adecuado de lidiar con la enfermedad y prevenir la depresión. Sin embargo, un menor porcentaje no aplica en los siguientes atributos: asistir a la iglesia, acudir a la iglesia para rogar que se solucionase el problema y acudir a la iglesia para poner velas o rezar, lo cual condicionaría a disminuir la esperanza para enfrentar una situación adversa.

En la subdimensión búsqueda de apoyo social, se obtuvo que más de la mitad aplica en los atributos: contar a familiares o amigos como se siente, hablar con amigos o familiares para tranquilizarse cuando está mal y procurar que algún familiar o amigo lo escuche cuando necesita manifestar sus sentimientos, que influye en la supervivencia, la adherencia al tratamiento y prevención de la depresión. Sin embargo, un menor porcentaje no aplica en los siguientes atributos: pedir consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema, pedir a parientes o

amigos ayuda para pensar acerca del problema y pedir a algún amigo o familiar que le indique cuál es el mejor camino a seguir,” que supondría un riesgo de sufrir emociones negativas como apatía, nerviosismo y tristeza, lo cual a su vez, puede repercutir a nivel inmunológico favoreciendo la presencia de enfermedades de tipo infectocontagiosas como hepatitis B, tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana.

En la subdimensión reevaluación positiva, se obtuvo que un menor porcentaje aplica en los atributos: descubrir que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás, intentar sacar algo positivo del problema y experimentar personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”, que contribuye a generar pensamientos que favorecen al afrontamiento de la situación, potencian la salud y favorecen sentimientos de satisfacción como la gratitud con la propia vida. Sin embargo, más de la mitad no aplica en los siguientes atributos: comprobar que después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor, comprender que otras cosas diferentes del problema sean más importantes e intentar sacar algo positivo del problema, lo cual condicionaría a la desadaptación del tratamiento sustitutivo que, a su vez, traería consecuencias relacionadas con el aumento de líquido y electrolitos en sangre, y trastornos cardiovasculares.

En la subdimensión focalizado en la solución del problema, se obtuvo que un menor porcentaje aplica en los atributos: hablar con las personas implicadas para encontrar una solución al problema, tratar de analizar las causas del problema para poder hacerle frente y pensar detenidamente los pasos a seguir para enfrentarse al problema, que permite tener un mejor bienestar, mayor autoestima, reducen el dolor y la discapacidad generados por la IRC. Sin embargo, un porcentaje significativo no aplica en los siguientes atributos: hacer frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas, establecer un plan de acción y procurar llevarlo a cabo y tratar de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados, lo cual podría llegar a afectar la participación del paciente en su autocuidado, que agravarían la calidad de vida, los hábitos de salud, el curso y evolución de la IRC.

- De acuerdo a las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados según la dimensión pasivo, en la subdimensión autofocalización negativa, se obtuvo que la mayoría aplica específicamente en los siguientes atributos: darse cuenta de que por sí mismo que no puede hacer nada para resolver el problema, comprender que es el principal causante del problema, resignarse aceptar las cosas como son y sentirse indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación, por lo tanto, si se mantienen estas respuestas frente al estrés podrían repercutir negativamente la situación del paciente, como el abandonar o cumplir ineficientemente el tratamiento, o incumplir el nuevo régimen alimenticio, que aún pueden tener consecuencias perjudiciales para su salud, tales como intoxicación, coma urémico y riesgo de defunción. Sin embargo, un menor porcentaje no aplica esta estrategia.

En la subdimensión evitación, se obtuvo que más de la mitad aplica específicamente en los siguientes atributos: concentrarse en el trabajo o en otra actividad para olvidarse del problema, cuando el problema es evocado tratar de concentrarse en otras cosas y procurar no pensar en el problema, por lo tanto, estas actitudes a largo plazo podrían repercutir en la salud del paciente, ya que una situación estresante no resuelta predice síntomas de depresión. Sin embargo, un menor porcentaje no aplica esta estrategia.

En la subdimensión expresión emocional abierta, se obtuvo que un menor porcentaje aplica específicamente en los siguientes atributos: luchar y desahogarse expresando sentimientos, lo cual podría llegar a causar más problemas, tales como perder el control sobre la situación y menor apoyo social. Sin embargo, un mayor porcentaje no aplica esta estrategia.

## **6.2 Recomendaciones**

- Se sugiere a las enfermeras de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, seguir fortaleciendo y afianzando más las estrategias de afrontamiento activo que tienen los pacientes ante una situación estresante para seguir garantizando su adaptación al tratamiento, favorecer el bienestar, con estados afectivos positivos y una mejor calidad

de vida, a su vez, intervenir en aquellos pacientes que aún aplican las estrategias de afrontamiento pasivo ante una situación estresante pues, están en riesgo de padecer alteraciones psicológicas.

- Se sugiere a las enfermeras de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, que promuevan programas de educación para la salud con técnicas participativas que fomenten las estrategias de afrontamiento activo enfocadas principalmente a la solución del problema orientadas a contribuir la adopción de conductas saludables para disminuir el riesgo a complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Se sugiere a las enfermeras de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, crear y fomentar una “alianza terapéutica” porque es necesario educar al paciente y familia sobre la práctica de las estrategias de afrontamiento pasivo, para que comprendan cómo funcionan y las consecuencias que genera, de manera que utilicen las estrategias de afrontamiento apropiadas, de este modo ayudar a que desarrollen protección contra las emociones negativas y puedan afrontar su situación de manera tranquila y sobretodo realista.
- Se sugiere al equipo interdisciplinario de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, que exista mayor trabajo coordinado, para que no sólo den prioridad a las necesidades fisiológicas del paciente, sino que vean de manera integrada los aspectos biopsicosociales y puedan generar plan de acción al respecto.

### **6.3 Limitaciones**

La limitación que se presentó en el estudio, está dado por:

El tiempo prolongado que demandó las coordinaciones con el Comité de Investigación, Docencia y Capacitación del Hospital Nacional Dos de Mayo, para obtener la carta de autorización y aprobación, y de esta manera llevar a cabo la investigación en la Unidad de Hemodiálisis, del Servicio de Nefrología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bello A, Johnson D, Feehally J. Atlas Global de Salud Renal. Sociedad Internacional de Nefrología. 2017; 7(2): 145-153.
2. Tambini G. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Organización Panamericana de la Salud. 2015. [Revista virtual]. [Citado el 2019 Julio 31].
3. Guerrero M, Jaramillo J. Estrategias de afrontamiento al estrés de pacientes en hemodiálisis del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2016 [Tesis para optar el Grado de Licenciado en Enfermería]. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017.
4. Sierra C, Carlos J. Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal en fase dialítica [Tesis para optar el Grado de Licenciado en Enfermería]. Barranquilla-Colombia: Universidad Simón Bolívar; 2010.
5. Loza C, Ramos W. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015. 1 ed. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2016.
6. Herrera P, Pacheco J, Taype A. La enfermedad renal crónica en el Perú: Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. Acta Médica. Peruana. 2016.
7. Vinokur E, Bueno D. Aspectos psicológicos del paciente renal. Nefrología, Diálisis y Transplante. 2002; 56: 11-14.
8. Christensen A, Ehlers S. Factores psicológicos en enfermedad renal terminal: un contexto emergente para investigación en medicina del comportamiento. Revista de Consultoría y Psicología clínica. 2002; 70(3): 712-724.
9. Constitución Política del Perú. Ley 26842. [Internet].
10. Diario Oficial de la República de Honduras. Ley Nacional Renal. La Gaceta. 2013; 33: 1-4 pp.
11. Orellana M. Insuficiencia Renal y Estrés. Revista del Postgrado de Psiquiatría. 2008; 1 (3): 10-12.
12. Pérez K. Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis, Hospital Nacional Dos de Mayo. 2015. [Revista virtual]. [Citado el 2020 febrero 8].

13. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica de Nefrología. Lima-Perú: MINSA; 2019.
14. Merino Y. Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica hospitalizados en el área de nefrología del hospital Carlos Andrade Marín [Tesis para optar el Título de Psicóloga Clínica]. Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2018.
15. Cando C, Bermeo B. Afrontamiento del tratamiento de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica de un centro de hemodiálisis privado de la ciudad de Guayaquil. Desde Octubre del 2016 hasta Febrero del 2017 [Tesis para optar el Grado de Licenciado en Enfermería]. Guayaquil – Ecuador: Universidad Católica De Santiago De Guayaquil; 2017.
16. Brito C. Estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis [Tesis para optar el Grado de Licenciado en Enfermería]. Buenos Aires – Argentina: Universidad Del Salvador; 2016.
17. Muñoz P. Estilos de Afrontamiento en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en relación con los niveles y el tiempo de tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis [Tesis para optar el Grado de Licenciado en Enfermería]. Cuenca-Ecuador: Universidad del Azuay; 2016.
18. López H, Quiñones O. Estrategias de afrontamiento al tratamiento de hemodiálisis en personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal en un centro de diálisis, Chiclayo 2017 [Tesis para optar el Grado de Licenciado en Enfermería]. Lambayeque-Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017.
19. Chuqui huaccha C, Soto Y. Estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma-Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2013.
20. Arque Y, Olazabal F. Estilos de afrontamiento en personas con insuficiencia renal crónica, unidad de hemodiálisis del Hospital Nacional Case – EsSalud, Arequipa – 2014 [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería]. Arequipa-Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2014.

21. Alarcón S. Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro especializado de enfermedades renales [Tesis para obtener el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
22. Gómez A, Arias E, Jiménez C. Tratado de geriatría para residentes: Insuficiencia renal crónica. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2005; 1 (2): 637-646.
23. Harrison R. Principios de Medicina Interna. Mc Graw Hill. 2009.
24. Zevallos E. Tratamiento de la enfermedad renal crónica terminal. Boletín tecnológico. 2006; 20: 1-11.
25. Gorostidi M, Santamaria R, Alcazar R. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Sociedad Española de Nefrología. 2014; 34(3): 302-316.
26. Institutos Nacionales de Salud. Métodos de Tratamiento para la Insuficiencia Renal Crónica. 2012.
27. Morris C, Maisto A. Psicología. 13 ed. México: Editorial mexicana; 2011.
28. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. 2 ed. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
29. Oliveira M. Percepciones de las personas con Insuficiencia Renal Crónica sobre la Calidad de Vida. Universidad Nacional de Brasil. 2012.
30. Moya M. Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. Enfermería Nefrológica. 2017; 20(1): 1-6.
31. Perales C. Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. Revista Nefrología. 2013; 33(6): 816-825.
32. Bermeo M. Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro Hemodial-Azogues. 2015..
33. Lazarus R. Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones. Barcelona: Paidós; 2000.

34. Contreras F, Esguerra G, Espinoza J. Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento de Hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*. 2007; 10(2): 169-179.
35. Carver C, Scheier M. Afrontamiento situacional y afrontamiento disposiciones en una transacción estresante. *Diario de personalidad y Psicología Social*. 1994; 66(1): 184-195.
36. Francisco J. Un estudio sobre los estilos y las estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación. *Psicología Científica*. 2001.
37. De los Santos K. Calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en un hospital [Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
38. Martin P, Brantley P. Estrés, afrontamiento y apoyo social en salud y comportamiento. *Manual de psicología clínica de la salud*. 2002; 2: 233-267.
39. Vargas S, Herrera G, Rodríguez L, Sepúlveda G. Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2010; 1: 7-24.
40. Acosta R. Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores. 2011. [Tesis virtual]. [Citado el 2020 octubre 11].
41. Ávila S. Religión en el tratamiento de la enfermedad renal crónica: una comparación entre médicos y pacientes. *Revista Bioética*. 2015; 33(3).
42. Londoño N. Validación de la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento al Estrés. *Informes Psicológicos*. 2011; 1: 13-29.
43. Acosta A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista de Psicología*. 2006; 17: 9-26.
44. Griswold G. Estrategias de afrontamiento en pacientes con VIH con neuropatía periférica. *Revista Cielo*. 2005; 17: 711-720.
45. Christensen A. Interacción contexto paciente por tratamiento en enfermedades crónicas: un marco conceptual para el estudio de adherencia del paciente *Medicina Psicosomática*. *Revista de Consultoría y Psicología clínica*. 2000; 62: 435-443.

46. Lastra Y. Calidad de vida en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, en ESSALUD, Lima, diciembre-2017 [Tesis para obtener el Título de Especialista en Enfermería en Cuidados Nefrológicos]. Lima-Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018.
47. Cassaretto M, Paredes R. Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con enfermedad renal crónica [Tesis para optar el Grado de Licenciado en Psicología]. Lima - Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2006.
48. Orta M, Vázquez G, Ponce J. Proceso de atención de enfermería: modelo de Sor Callista Roy. *Nursing*. 2001; 2: 495-498.
49. Hernández R, Fernández C, Baptista B. Metodología de la investigación. 4 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2006.
50. Arias F. El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica. 5 ed. Venezuela: Editorial Episteme; 2012.
51. Tam J, Vera G, Oliveros R. Tipos, métodos y estrategias de investigación. *Pensamiento y Acción. Revista de la Escuela de Posgrado*. 2008; 5: 145-154.
52. Supo J. Niveles y tipos de investigación: Seminarios de investigación científica. España: Sociedad Hispana de Investigadores Científicos; 2014.
53. Hernández R, Fernández C, Baptista B. Metodología de la Investigación. 6 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2014.
54. Tamayo M. El proceso de la investigación científica. 4 ed. México: Editorial Limusa; 2004.
55. Hernández R, Fernández C, Baptista B. Metodología de la Investigación. 5 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2010.
56. Ramírez T. Cómo hacer un proyecto de investigación. Caracas-Venezuela: Editorial Panapo; 2007.
57. Hernández R, Fernández C, Baptista B. Metodología de la investigación. 1 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1991.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A**

### **Consentimiento Informado**

**Título:** Estrategias de Afrontamiento en Pacientes Hemodializados, Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019

**Investigador principal:** Maribel Arotoma Perez.

Estimado Sr(a), soy Bachiller en Enfermería y le invito a participar de esta investigación con el objetivo de determinar las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019. Siendo esta participación de manera voluntaria, no habrá ningún inconveniente si desea retirarse durante la investigación.

Esta información servirá para que los profesionales de salud tengan en cuenta las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados, promover más estrategias de afrontamiento que contribuyan a mejorar la calidad de vida y el propio bienestar del paciente, y proporcionar información actualizada para futuras investigaciones. Por este motivo, desearía contar con su participación voluntaria.

Además, se le brindará una encuesta de 42 preguntas de estrategias de afrontamiento frente a situaciones de estrés. Esto tomará un tiempo de 20 minutos aproximadamente, de manera individual, y anónima.

Igualmente, no existe ningún riesgo en cuanto al desarrollo del estudio. Así mismo, recordarle que no pagará, ni recibirá nada por participar en este estudio. Si usted decide no participar del estudio, nadie le tratará de manera diferente. Si acepta participar, pero luego cambia de opinión, puede retirarse en cualquier momento, y no recibirá ningún trato distinto.

Toda la información que usted me brinde será confidencial, es decir, solo yo la conoceré y será utilizada con fines de estudio.

El consentimiento debe estar evidenciado por una firma, del cual se le hará entrega una copia.

Al firmar este documento está diciendo que:

- Está de acuerdo con participar en el estudio.
- Usted sabe que, no tiene que contestar preguntas que no quiera contestar.
- En cualquier momento, puede dejar de contestar y no le pasará nada a usted.
- Este estudio no tiene respuestas correctas o incorrectas.

En caso tenga alguna pregunta en cuanto a la investigación, podrá contactarse con el investigador principal: Maribel Arotoma Perez, teléfono: 923847202, correo electrónico: [arotoma.maribel@gmail.com](mailto:arotoma.maribel@gmail.com)

Por otro lado, si tuviera dudas sobre su derecho como voluntario, o piensa que ha sido vulnerado, contactarse con la Presidenta del Comité de Ética del HNDM: Dra. Judith Herrera Chávez.

Dirección: Parque Historia de la Medicina Peruana S/N, altura de la cuadra 13 de Av. Grau, Cercado – Lima; Teléfono: 3280028 anexo 8234; Correo electrónico: [comite.etica@hdosdemayo.gob.pe](mailto:comite.etica@hdosdemayo.gob.pe)

He leído y comprendido la información brindada. Por lo tanto, me encuentro satisfecho (a) porque se me informó el objetivo, los beneficios del estudio y ha respondido mis dudas de manera oportuna.

Además, no he sido coaccionado ni influenciado debidamente a participar o continuar en el estudio. En consecuencia doy mi consentimiento para participar voluntariamente en el estudio descrito:

Nombre y Apellido del participante <b>(Todo escrito con puño y letra del voluntario)</b>	Lugar y Fecha	Firma
Nombre y Apellido de persona a cargo <b>(Cargo del Proceso de Consentimiento)</b>	Lugar y Fecha	Firma
Nombre y Apellido del Testigo <b>(En caso de participante iletrado)</b>	Lugar y Fecha	Firma

**\*Certifico que he recibido una copia del Consentimiento Informado**

---

Firma del Participante



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

---

M.C. *[Signature]* ELIS HERRERA CHAVEZ  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA  
EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

## ANEXO B

### Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

**PRESENTACIÓN:** Estimado Sr(a), mi nombre es Maribel Arotoma Perez, en esta oportunidad me encuentro realizando un estudio de investigación con el objetivo de determinar las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados, por lo que solicito su participación expresando que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco su gentil participación, solicitándole la mayor sinceridad en sus respuestas.

**INSTRUCCIONES:** Para contestar lea detenidamente cada una de las formas de afrontamiento y recuerde en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor indique el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.

#### CONTENIDO

Enunciados	Respuestas			
	Nunca	Pocas veces	Casi Siempre	Siempre
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal.	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás.	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, traté de concentrarme en otras cosas.	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía.	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia.	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas.	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema.	1	2	3	4

11. Insulté a ciertas personas.	1	2	3	4
12. Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema.	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, pastor, etc.)	1	2	3	4
15. Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo.	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema.	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás.	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a “dar una vuelta”, etc., para olvidarme del problema.	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema.	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso (a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes.	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas.	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema.	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación.	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema.	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”.	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna persona.	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.	1	2	3	4

34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.	1	2	3	4
35. Recé/oré.	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran.	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.	1	2	3	4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos.	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo.	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos.	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar.	1	2	3	4

## ANEXO C

### Validez del instrumento

Tabla binomial: Según jueces expertos

N° Preguntas	N° de Jueces Expertos								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
5	1	1	1	1	1	1	0	1	0,035
6	1	1	1	1	1	1	1	0	0,035
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
								Σ	0,090

Equivale a 0 si la respuesta es negativa.

Equivale a 1 si la respuesta es positiva.

$$P = 0,090 / 7 = 0,0128 = 0,013$$

Respecto a la validez del instrumento, si  $p < 0,05$  existe coherencia interna y consistencia, es decir, que los ítems miden lo que tiene que medir. En la tabla se puede observar la prueba de correlación de juicio de expertos que para este estudio se consideró en número de 8 de diferentes disciplinas entre las cuales especialistas en la metodología de la investigación y especialista en nefrología.

## ANEXO D

### Confiabilidad del instrumento

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right] = 0,95$$

DONDE:

$\alpha$  = Coeficiente de Alfa de Crombach.

K = Número de ítems.

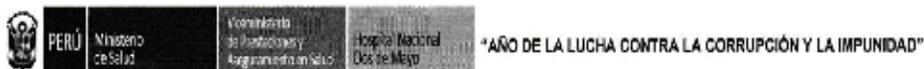
$S_i^2$  = Varianza muestral de cada ítem.

$S_t^2$  = Varianza del total de puntaje de los ítems.

El instrumento tiene una confiabilidad de un 0,95%, lo que evidencia que el instrumento es confiable y fuertemente consistente. Si  $\alpha > 0,7$  y  $< 1$ , según la escala de George D, Mallery P<sup>(57)</sup>, el instrumento tiene una confiabilidad excelente.

## ANEXO E

### Carta de respuesta del Hospital Nacional Dos de Mayo



#### EVALUACIÓN N° 046-2019-CEIB-HNDM

#### **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES HEMODIALIZADOS, HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA - 2019"**

**Investigador Principal: MARIBEL AROTOMA PEREZ**

El Comité de Ética en Investigación Biomédica concluye:

1. El investigador se encuentra calificado para la conducción de la investigación.
2. El Protocolo sigue lineamientos metodológicos y éticos.
3. El consentimiento informado brinda la información necesaria en forma adecuada.

Por tanto, el comité expide el presente documento de **APROBACIÓN Y OPINIÓN FAVORABLE** del presente estudio.

El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el **31 de julio del 2020**.

El investigador remitirá al Comité de Ética en Investigación Biomédica un informe final al término del estudio.

Atentamente

Lima, 01 de agosto 2019



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
M.C. J. HERRERA CHA  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

JEHCH/JAYG/cva

Cc. archivo



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional "Dos de mayo"

\*AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD\*

**CARTA N° 067 -2019-OACDI-HNDM**

Lima, 07 de agosto 2019

Estudiante:

**MARIBEL AROTOMA PEREZ**

Investigadora Principal

Presente. -

**ASUNTO** : AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

**REF.** : EXP. N°013077

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que con Memorandum N°0477-DEM-HNDM-2019 el Departamento de Especialidades Médicas, informa que no existe ningún inconveniente en que se desarrolle el trabajo de investigación titulado:

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES HEMODIALIZADOS, HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA - 2019”**

En tal sentido esta oficina autoriza la realización del estudio de investigación. Consecuentemente el investigador deberá cumplir con el compromiso firmado, mantener comunicación continua sobre el desarrollo del trabajo y remitir una copia del proyecto al concluirse.

La presente aprobación tiene vigencia a partir de la fecha y **expira el 06 de agosto del 2020.**

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Sin otro particular, me suscribo de Usted.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

-----  
 DR. JONHAY WILFRIDO PUERTO BELGADO  
 C.M.P. 11824 - 414 - 1992  
 Jefe de la Oficina de Atención a la Investigación,  
 Decanato e Investigación



CARTA N°085-EI

JRMB/LNbc/eva

[www.minsa.gob.pe/h2demayo](http://www.minsa.gob.pe/h2demayo)  
[hdosdemayo@minsa.gob.pe](mailto:hdosdemayo@minsa.gob.pe)  
[hdosdemayo@hotmail.com](mailto:hdosdemayo@hotmail.com)

Parque Historia de la Medicina  
Peruana s/n. Cercado de Lima  
Tel. 328-00-28, 328-00-35  
RUC: 20160388570

## ANEXO F

### Informe de originalidad de turnitin



#### Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: **Maribel Arotoma Perez**  
Título del ejercicio: **TESIS CONCLUIDAS**  
Título de la entrega: **Estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados, ...**  
Nombre del archivo: **TESIS\_MARIBEL\_AROTOMA\_P\_REZ.docx**  
Tamaño del archivo: **2.89M**  
Total páginas: **94**  
Total de palabras: **21,026**  
Total de caracteres: **115,517**  
Fecha de entrega: **26-may-2021 08:46p.m. (UTC-0500)**  
Identificador de la entrega: **1594944446**



## Estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados, Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2019

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.urp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>6%</b>
<b>2</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>cybertesis.unmsm.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>ateneo.unmsm.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>repositorio.uigv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>scielo.isciii.es</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>9</b>	<b>www.osasun.ejgv.euskadi.net</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

10	<a href="http://cybertesis.urp.edu.pe">cybertesis.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
11	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1 %
12	<a href="http://dspace.ucuenca.edu.ec">dspace.ucuenca.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
13	<a href="http://studylib.es">studylib.es</a> Fuente de Internet	<1 %
14	<a href="http://repositorio.upt.edu.pe">repositorio.upt.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="http://repositorio.unsa.edu.pe">repositorio.unsa.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
16	<a href="http://www.slideshare.net">www.slideshare.net</a> Fuente de Internet	<1 %
17	<a href="http://www.bioetica.ops-oms.org">www.bioetica.ops-oms.org</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://repositorio.unprg.edu.pe">repositorio.unprg.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
19	<a href="http://server2.southlink.com.ar">server2.southlink.com.ar</a> Fuente de Internet	<1 %
20	<a href="http://www.dge.gob.pe">www.dge.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
21	<a href="http://www.paho.org">www.paho.org</a> Fuente de Internet	<1 %
22	<a href="http://docs.google.com">docs.google.com</a> Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad de Almeria Trabajo del estudiante	<1 %
24	<a href="http://vsip.info">vsip.info</a> Fuente de Internet	<1 %

25	<a href="http://www.psicologiacientifica.com">www.psicologiacientifica.com</a> Fuente de Internet	<1 %
26	Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega Trabajo del estudiante	<1 %
27	<a href="http://www.discapacidad.presidencia.gob.mx">www.discapacidad.presidencia.gob.mx</a> Fuente de Internet	<1 %
28	<a href="http://prezi.com">prezi.com</a> Fuente de Internet	<1 %
29	<a href="http://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	<1 %
30	<a href="http://www.salud.gob.mx">www.salud.gob.mx</a> Fuente de Internet	<1 %
31	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
32	<a href="http://core.ac.uk">core.ac.uk</a> Fuente de Internet	<1 %
33	<a href="http://recursosbiblio.url.edu.gt">recursosbiblio.url.edu.gt</a> Fuente de Internet	<1 %
34	<a href="http://tesis.pucp.edu.pe">tesis.pucp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
35	<a href="http://www.med.umich.edu">www.med.umich.edu</a> Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas  Activo  
Excluir bibliografía  Activo

Excluir coincidencias < 10 words

## ANEXO G

### Tabla de categorías y puntajes

**Tabla N° 9.** Categorías y puntajes según dimensiones y sub-dimensiones de las estrategias de afrontamiento.

Dimensiones	Categorías	
	Aplica	No aplica
Estrategias de afrontamiento activo.	37 – 96	24 – 36
Estrategias de afrontamiento pasivo.	28 – 72	18 – 27
<b>Sub-dimensiones</b>		
Religión.	10 – 24	6 – 9
Búsqueda de apoyo social.	10 – 24	6 – 9
Reevaluación positiva.	10 – 24	6 – 9
Focalizado en la solución del problema.	10 – 24	6 – 9
Autofocalización negativa.	10 – 24	6 – 9
Evitación.	10 – 24	6 – 9
Expresión emocional abierta.	10 – 24	6 – 9

Fuente: Elaboración propia.