

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



TESIS

Título : Calidad de vida y Afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo – 2017

Para optar : Título profesional de psicólogo

Autores : Bach. Aliaga Huere, Jaquelin Johana
Bach. Tenicela Calderón, Denise Adriana

Asesora : Dra. Ruiz Balvin, Maribel

Línea de Investigación Institucional : Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y Culminación : Enero 2018 – Agosto 2019

Huancayo – Perú

2019

Dedicatoria

A mis padres, hermanos y mi estimada tía
Yeni H. por brindarme su apoyo, sus sabios
consejos y motivación en cada etapa de mi
vida.

Johana

A mis adorados padres por guiarme con su
amor incondicional y sus palabras sinceras.
En memoria a mi tío E.Q.Y.

Adriana

Agradecimiento

A Dios quien nos concede la vida y fortalece con su infinito amor; y a nuestros padres por ser de motivación e inspiración.

A la Dra. Ruiz Balvin Maribel, nuestra querida asesora, por su orientación y conocimientos impartidos durante nuestra investigación. A los docentes de la Escuela Profesional de Psicología por brindarnos sus conocimientos y guiarnos en la última etapa de investigación.

Al Hospital Nacional Ramiro Priale Priale – Huancayo, por permitirnos el ingreso al servicio de hemodiálisis, en especial a los pacientes, quienes accedieron de forma voluntaria participar en este estudio, dedicar su tiempo y compartir de sus vivencias, de las cuales pudimos aprender.

Johana y Adriana.

Introducción

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad Peruana los Andes, se presenta la tesis: “Calidad de vida y Afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo – 2017”, el cual tuvo como objetivo determinar si existe relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en un Hospital de Huancayo – 2017. Para lo cual se emplea el método científico, siendo un tipo de investigación aplicativo, de nivel descriptivo y basado en el diseño descriptivo correlacional. El presente informe ha sido estructurado de acuerdo con el formato de reglamento de investigación de la Universidad Peruana los Andes en cinco capítulos: En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema, donde se describe la realidad problemática, delimitación del problema, formulación del problema, justificación y objetivos. En el capítulo II, se desarrolla el marco teórico y se detallan los antecedentes, bases teóricas y el marco conceptual. En el capítulo III, se dan a conocer las hipótesis de investigación, que abarca la hipótesis general y las específicas. En el capítulo IV se describe la metodología empleada, el método de la investigación, tipo de muestreo investigación, nivel y diseño de investigación, población, muestra y técnica de muestreo; técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas y procesamiento de datos y los aspectos éticos de la investigación. En el capítulo V, se presentan los resultados de la investigación, seguido del análisis y discusión de resultados. Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos que respaldan el presente estudio.

Contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Introducción.....	iv
Contenido.....	v
Contenido de tablas.....	vii
Resumen.....	vii
Abstract.....	ix
CAPÍTULO I.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Descripción de la realidad problemática	10
1.2. Delimitación del problema.....	13
1.3. Formulación del problema	15
1.3.1. Problema general:	15
1.3.2. Problemas específicos.....	15
1.4. Justificación.....	16
Social	16
Teórica.....	17
Metodológica.....	18
1.5. Objetivos	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos.....	18
CAPÍTULO II	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes	20
2.2. Bases teóricas o científicas.....	27
2.3. Marco conceptual	51
CAPÍTULO III.....	53
HIPÓTESIS.....	53
3.1. Hipótesis general.....	53
3.2. Hipótesis específicas	53
3.3. Identificación de Variables	55

CAPÍTULO IV	57
METODOLOGÍA	57
4.1. Método de investigación	57
4.2. Tipo de investigación	57
4.3. Nivel de investigación	58
4.4. Diseño de la investigación	58
4.5. Población y muestra	58
4.6. Muestra y tipo de muestreo	59
4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	60
4.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	62
4.9. Aspectos éticos de la investigación	62
CAPÍTULO V	64
RESULTADOS	64
5.1. Descripción de resultados	64
5.2. Contrastación de hipótesis	69
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	79
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	104
Matriz de consistencia	100
Matriz de operacionalización de variables	107
Matriz de operacionalización de instrumento	109
Constancia de aplicación de instrumentos	111
Confiabilidad del instrumento	112
Procesamiento de datos	115

Contenido de tablas

Tabla 1	
<i>Distribución de la muestra por edades</i>	65
Tabla 2	
<i>Distribución de la muestra según sexo</i>	65
Tabla 3	
<i>Distribución de la muestra según tiempo de tratamiento</i>	66
Tabla 4	
<i>Distribución de la muestra por estado civil</i>	66
Tabla 5	
<i>Distribución de la muestra por grado de instrucción</i>	67
Tabla 6	
<i>Distribución de la muestra por niveles de calidad de vida</i>	67
Tabla 7	
<i>Distribución de la muestra por tipos de afrontamiento al estrés</i>	68
Tabla 8	
<i>Distribución de la muestra de la Calidad de vida y afrontamiento del estrés</i>	68
Tabla 9	
<i>Correlación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento en hemodiálisis</i>	70
Tabla 10	
<i>Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la edad</i>	72
Tabla 11	
<i>Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al sexo</i>	73
Tabla 12	
<i>Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al tiempo de tratamiento</i>	74
Tabla 13	
<i>Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al estado civil</i>	76
Tabla 14	
<i>Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al grado de instrucción</i>	77

Resumen

La Insuficiencia Renal Crónica, es la pérdida progresiva de la función de los riñones, uno de los tratamientos ante esta enfermedad es la hemodiálisis, la cual ocasiona cambios en la calidad de vida de la persona, generándole estrés y la necesidad de afrontarla. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en un hospital de Huancayo; bajo un nivel de investigación descriptiva, diseño descriptivo correlacional simple de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 80 pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis y se aplicó el cuestionario de afrontamiento al estrés CAEPO y cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF. Para la prueba de hipótesis se utilizó el estadístico SPSS vr. 25, el estadístico Chi cuadrado, el coeficiente de contingencia y el nivel de significancia; siendo el resultado una relación alta y significativa entre las variables calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, aprobándose la hipótesis de investigación planteada, a mayor calidad de vida corresponde un afrontamiento al estrés preferentemente positivo. A partir de los resultados obtenidos, sería recomendable continuar investigando acerca de las variables estudiadas, como el diseño y/o adaptación de instrumentos de evaluación psicológicos en otras muestras, así como el diseño y desarrollo de programas psicoeducativos dirigidos a pacientes de insuficiencia renal crónica, e incluir investigaciones contextualizadas al entorno sociocultural de los pacientes.

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica, hemodiálisis, calidad de vida, afrontamiento al estrés.

Abstract

Chronic Renal Failure, is the progressive loss of kidney function, one of the treatments for this disease is hemodialysis, which causes changes in the quality of life of the person, generating stress and the need to deal with it. The objective of this study was to determine the relationship between quality of life and coping with stress in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis treatment, in a hospital in Huancayo; under a level of descriptive research, simple cross-sectional descriptive design; The sample consisted of 80 patients with renal insufficiency in hemodialysis treatment and the CAEPO stress coping questionnaire and WHOQOL-BREF quality of life questionnaire were applied. For the hypothesis test, the SPSS χ^2 statistic was used. 25, the Chi-square statistic, the contingency coefficient and the level of significance; the result being a high and significant relationship between the variables quality of life and coping with stress in patients with chronic renal insufficiency in hemodialysis treatment, approving the hypothesis of research proposed, the higher the quality of it corresponds to a coping with preferably positive stress. Based on the results obtained, it would be advisable to continue investigating the variables studied, such as the design and / or adaptation of psychological assessment instruments in other samples, as well as the design and development of psychoeducational programs aimed at patients with chronic renal failure, and include contextualized research on the sociocultural environment of the patients.

Keywords: Chronic renal failure, hemodialysis, quality of life, coping with stress.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Según la Organización Panamericana de la Salud-OPS (2015), “la enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. Se puede prevenir, pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas”; es decir, uno de cada 10 personas estaría afectado por algún grado de esta enfermedad y muchos de ellos desconocen la necesidad de ser atendidas, por ser una enfermedad asintomática en etapas iniciales e intermedias.

Lo más alarmante, es que “de acuerdo a datos obtenidos por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología, entre los años 1992 y 2002, se puede apreciar, un incremento lineal de la demanda en los servicios de diálisis desde el año 1992” (Dirección General de Epidemiología, 2015, pág. 9); resultando preocupante por

tratarse de una enfermedad cuyo tratamiento, en cualquiera de sus modalidades (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante de riñón), es imprescindible y económicamente elevado.

En América Latina para el año 2000, las enfermedades renales eran la decimosexta causa del total de muertes, que representaba el 1,6% del total, ya para el 2011 constituían la décima causa del total de muertes, que representaban 2,1% del total. El año 2012 en el Perú, la insuficiencia renal se ubicaba dentro de las primeras 7 causas de muertes con un 3,3% del total; a nivel regional, entre las tasas de mortalidad por insuficiencia renal crónica, en los períodos de 2000-2006 y 2006-2012, el departamento de Junín se encontraba en el décimo segundo lugar; y respecto al índice de vulnerabilidad, se encontró que la región Junín era una de las más vulnerables al momento de responder ante la enfermedad renal crónica y por ello requería intervención inmediata junto a regiones como, Pasco, Huancavelica, Puno, Amazonas, Ayacucho, Huánuco (Dirección General de Epidemiología, 2015).

Actualmente ya se le viene dando mayor importancia a la enfermedad renal crónica (ERC), considerándose un problema de salud pública a nivel mundial, esto debido a factores como, su acelerado crecimiento en su prevalencia, los altos costos en su tratamiento y el papel que juega entre los riesgos de enfermedad cardiovascular. En el estudio Global “Burden of Disease 2015”, la enfermedad renal fue la decimosegunda causa de muerte, con 1,1 millones de muertes en el mundo, siendo su incremento de un 31,7 % en los últimos 10 años. En el Perú la IRC es considerada un problema de salud pública que necesita ser atendida porque genera impacto en la mortalidad y morbilidad general, es así que en el 2014, la insuficiencia renal fue una de las 12 primeras causas de muerte y representa el 3,6 % de las

defunciones en el país (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2018).

De acuerdo al análisis de datos acerca de la situación de salud en el año 2015 por la encuesta NHANES de los EEUU, en el Perú habría 2 507 121 personas con IRC en estadio pre-diálisis, 19 197 en estadio terminal con requerimiento de terapia de reemplazo renal (Diálisis y Trasplante) y siendo 7 778 el rango de pacientes los que no son atendidas en el Seguro Integral de Salud (EsSalud y Ministerio de Salud-MINSA). Para el año 2017, los datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Perú muestran notables aumentos, mostrando una tasa de prevalencia de 583 pacientes por millón de población en terapia de reemplazo renal, donde el 82 % de ellos se encuentra en un programa de hemodiálisis, el 10 % en diálisis y el 8 % de los pacientes viven con un riñón trasplantado viable (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2018).

De acuerdo a Gil-Roales (2004), la enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que persiste a lo largo de la vida de las personas que la padecen, obligándolas a modificar aspectos importantes en sus estilos de vida; dentro de estas enfermedades se encuentra la insuficiencia renal crónica (IRC), la cual es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspectos físico y funcional, siendo significativas junto a estas, el aspecto emocional y psicosocial; debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal y con una alta probabilidad de deterioro en el resto de órganos internos, causando en algunos pacientes enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos, anemia, entre otros (Acosta, Chaparro y Rey, 2008).

Mok y Tam (2001) señalan además que estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales, como cambios en los roles dentro de la familia, que afecta su autoconcepto, autoestima y la confianza en sí mismos, originando dificultades en sus demás relaciones cotidianas (Romero, Martínez, Makaiza, Guarín y Perez, 2013). Al respecto se ha identificado que las personas que padecen insuficiencia renal crónica, presentan una elevada tasa de comorbilidad psiquiátrica, destacándose entre ellos los desórdenes depresivos, como aquellos que tienen mayor impacto negativo en la calidad de vida de estos pacientes y entre otras dificultades que se dan por el alto nivel de estrés que ocasiona esta enfermedad (De los Santos, 2016).

1.2. Delimitación del problema

A pesar de que la Insuficiencia Renal Crónica, por si misma consiste en una enfermedad que genera problemas físicos y funcionales para los pacientes que la padecen, a estos, se suman los problemas relacionados a la integración psicológica y conductual, al respecto Torres (como se citó en Rodríguez, Campillo, y Avilés, 2013) refiere que:

Los pacientes en diálisis tienen una alta probabilidad de conductas de regresión y negación, manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a las sesiones o actitudes excesivamente infantiles o condescendientes, ... No son raros los trastornos psiquiátricos mayores, como depresiones graves, alto riesgo de suicidio, alteraciones sexuales, cuadros de pánico y otros. (p.6)

Esta enfermedad en sí y cualquiera de los tratamientos dialíticos que reciben los pacientes, entre ellos la hemodiálisis, ocasionan en los pacientes cambios a nivel biopsicosocial y en diversas situaciones vitales como por ejemplo: la pérdida de la función renal, el estado de bienestar, la organización familiar y laboral, la administración del tiempo y los recursos financieros, la función sexual, la continua incertidumbre con la que han de vivir; sumándose a estas, la sensación de una pérdida de control personal, debido al hecho de depender de una máquina o ver al trasplante de riñón, como la única posibilidad de sobrevivir; todo ello puede hacer que disminuya notablemente la percepción acerca de su calidad de vida. (Alarcón, 2014)

Si bien es cierto la medicina ha progresado hasta el día de hoy, permitiendo el incremento en la esperanza de vida de las personas con insuficiencia renal crónica, pero este hecho no significó el incremento en su nivel de bienestar psicológico y social (De los Santos, 2016). Es así como, frente a esta problemática de salud con un avance en las tasas de incidencia y prevalencia a nivel nacional e internacional, la participación del psicólogo dentro del equipo multidisciplinario de profesionales, hace que los servicios y atenciones brindadas tenga resultados más significativos en los cuidados de la salud y la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad (Ortega, 2009).

Ante lo expuesto y teniendo en cuenta que en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos al tratamiento de hemodiálisis, existen modificaciones significativas en sus estrategias de afrontamiento al estrés y calidad de vida; nos vimos motivadas a investigar acerca de la calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis,

siendo éste un tema además de interesante, importante en el campo de la salud, paradójicamente existen muy pocas publicaciones centradas a la temática en mención, realizadas desde un punto de vista psicológico y que guarden relación con el contexto sociocultural del valle del Mantaro.

1.3. Formulación del problema

Teniendo en cuenta el planteamiento antes descrito, se procede a formular la siguiente interrogante.

1.3.1. Problema general:

¿Qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su edad, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017?
- ¿Qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su sexo, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017?
- ¿Qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de

acuerdo a su tiempo de tratamiento, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017?

- ¿Qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su estado civil, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017?
- ¿Qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su grado de instrucción, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017?

1.4. Justificación

Social

Los resultados obtenidos en la presente investigación permitirán que los profesionales de la salud en general, conozcan y tengan una mejor perspectiva acerca de los efectos psicológicos a los que conlleva el tratamiento de Hemodiálisis, de forma más específica podrán apreciar las estrategias de afrontamiento empleados y la calidad de vida percibida por estos pacientes; con ello se podrá ver cuán importante es continuar realizando mejoras continuas y cambios progresivo en el sector salud en la región Junín, cambios que no sólo abarquen mejoras en las atenciones del área físico del paciente sino que sean desarrollados desde un punto de vista más integral en el cuidado de la salud, es decir que se incluyan también las áreas psicológicas y sociales en el tratamiento de los pacientes.

Por otro lado, los mismos pacientes en terapia de hemodiálisis y sus familiares, podrán observar y ser conscientes, a través de datos y resultados reales,

cuán importante es recibir, solicitar o si el caso lo amerite exigir una atención integral de salud, ya que esto es muy necesario para que puedan sentirse mejor física y psicológicamente, en todos los ámbitos de su vida dentro el proceso de su tratamiento, sobre todo por tratarse de una enfermedad crónica.

Teórica

Esta investigación está orientada a proporcionar datos científicos en el tema, que serán de mucha utilidad a las instituciones hospitalarias y/o universitarias, brindándoles un punto de partida para la implementación, fortalecimiento de programas de intervención a la enfermedad, asimismo servir como base para el inicio de futuras investigaciones que consideren o requieran datos acerca de las estrategias de afrontamiento al estrés y/o la percepción de la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis y como complemento teórico para otros estudios que se hagan en el tema, especialmente de aquellos que requieran una perspectiva psicológica similar.

Respecto a nuestro tema, actualmente no ha sido posible encontrar estudios que hayan sido realizados por profesionales de la Psicología y llevados a cabo en el contexto sociocultural del Valle del Mantaro; es esa la razón fundamental por la que se hace necesaria la investigación; a través de los resultados obtenidos, además se estará despertado el interés y sensibilizando a los profesionales de este campo y así no dejar de lado la urgencia de atención psicológica que requieren los pacientes con esta enfermedad. También servirá como un punto de partida para todos aquellos profesionales de la salud en otras especialidades que desean desarrollar programas de estudio e investigación relacionados al tema, permitiendo además que se desarrollen

políticas y programas con sustento teórico dentro de los hospitales y clínicas que atienden a pacientes con esta enfermedad.

Metodológica

Nuestro estudio aportó con la adaptación semántica, validación y baremación del instrumento psicológico: Cuestionario para medir calidad de vida WHOQOL BREF al contexto de un Hospital del Seguro social; asimismo se hizo uso del instrumento psicológico: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés CAEPO el cual se encuentra ya adaptado y validado al contexto del Valle del Mantaro, facilitando metodológicamente a futuras investigaciones que se hagan acerca del tema, entre otras que estén relacionadas.

1.5. Objetivos

Objetivo general

Determinar qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

Objetivos específicos

- Identificar qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su edad, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.
- Identificar qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo al sexo, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

- Identificar qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su tiempo de tratamiento, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017
- Identificar qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su estado civil, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017
- Identificar qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su grado de instrucción, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

- Piedra, E. y Quevedo, A. (2019) en su investigación *Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis*. Ecuador. Esta investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. La muestra fue de 61 pacientes, entre 27 y 85 años de la Clínica del Riñón Contigo Da. Se utilizó el método cuantitativo, con un diseño de tipo no experimental, de alcance descriptivo. Se concluye que la calidad de vida de esta población tiene una tendencia positiva. En relación a los dominios, en el dominio de relaciones sociales y dominio físico obtienen la puntuación más baja. Al analizar las variables sociodemográficas, los hombres puntúan mejor en todos los dominios,

siendo el dominio ambiental el mejor percibido por los mismos; mientras que los dominios mejor puntuados por las mujeres fueron el psicológico y el ambiental. Los pacientes que no poseen pareja puntúan mejor en el dominio psicológico, mientras que los dominios físicos y de relaciones sociales poseen menores puntuaciones. En cuanto al nivel de instrucción, se puede evidenciar que mientras mayor sea el grado de instrucción que posee la persona, mejor tiende a ser su percepción de calidad de vida en general.

- Murillo, M. (2019) en su investigación *Estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica en una institución cuencana*. Ecuador. El estudio tiene como objetivo general, analizar las estrategias de afrontamiento ante el estrés que utilizan los pacientes con IRC. La muestra estuvo conformada por 103 pacientes, que se encuentran en edades de 18 a 70 años y reciben tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis en la Unidad de Servicios Renales del Austro. Se concluyó que las estrategias más usadas por los pacientes es la religión, seguida por el afrontamiento racional, mientras que el afrontamiento emocional era el menos habitual, en lo que concierne a las dimensiones en la reevaluación positiva perteneciente al afrontamiento racional era la de mayor uso lo cual indica que, frente a un evento estresante estos pacientes asumen un papel activo ante la enfermedad es decir buscan la mejor forma de resolver y afrontar los problemas.
- Ruiz de Alegria, B., Basabe, N. y Saracho, R. (2013) en su investigación *Afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis*. España. El objetivo fue conocer las formas de afrontamiento más utilizadas a lo largo del primer año de tratamiento y analizar su influencia en la calidad de vida y salud

emocional. Este estudio es longitudinal y estuvo conformada por 98 pacientes en tratamiento sustitutivo renal mediante hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP). Se concluyó en este estudio que no se observa que el uso de estrategias de afrontamiento tenga un efecto predictor sobre la calidad de vida. Siendo que las estrategias de evitación y aproximación son factores que influyen en el bienestar psicológico de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis. En esta investigación se observó que durante los doce primeros meses del tratamiento el uso de las estrategias de aproximación y evitación se ha mantenido estable.

- Acosta, P., Chaparro, L. y Rey, C. (2010) en su investigación *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal*. Realizado en Colombia. El objetivo fue determinar la relación entre calidad de vida y las estrategias de afrontamiento que tienen los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, teniendo en cuenta la edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación. La muestra estuvo conformada por 120 pacientes de los cuales 80 fueron de hemodiálisis, 40 de diálisis y 40 de la unidad de trasplante renal. Concluyendo que los pacientes en tratamiento de trasplante reportaban mayor calidad de vida y mejores estrategias de afrontamiento en comparación con los otros tratamientos, siendo mayores las puntuaciones en personas con edad de transición entre adultez media y tardía, mujeres, con estudios universitarios, casados y empleados.
- Contreras, F., Esguerra, G. y Espinoza, J. (2008) en su investigación *Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en*

pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Colombia. Cuyo objetivo del estudio fue identificar las variables psicológicas que medían el comportamiento de adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. La muestra estuvo conformada por 33 pacientes entre 15 hombres y 18 mujeres siendo la muestra no probabilística. Se concluyó que la adhesión al tratamiento depende de variables psicológicas como la autoeficacia generalizada, calidad de vida y estrategias de afrontamiento.

Antecedentes nacionales

- Gonzales, C. (2018) en su investigación *estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en clínica HZ Puente Piedra - Lima – 2018*. Perú. Con el objetivo de determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. La muestra estaba conformada por 50 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico de tipo intencional o deliberado. Se concluyó que las estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con la calidad de vida. Las estrategias de afrontamiento activo y pasivo se relacionan significativamente con la calidad de vida.
- De Los Santos, K. (2016) en su investigación *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*. Lima. La investigación tuvo como objetivo, determinar la calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento del paciente con Insuficiencia Renal crónica. La muestra fue seleccionada mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional o

deliberado, siendo 33 pacientes evaluados. Se concluyó que no se encontró relación significativa entre calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento, sin embargo, cuando se realizó la correlación entre estrategias de afrontamiento activa con calidad de vida se encuentra una alta relación significativa en comparación con las estrategias de afrontamiento pasivo, esto puede entenderse que las estrategias de afrontamiento activos tienen un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes.

- Espinoza, Y. y Pinto, F. (2017) en su investigación *Afrontamiento en personas sometidas a hemodiálisis en el hospital regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 Tumbes 2017*. Tumbes. Con el objetivo de describir el afrontamiento en personas sometidos a hemodiálisis. La muestra estuvo conformada por 40 personas, los cuales fueron 28 mujeres y 12 varones. Este estudio fue de tipo cuantitativa con diseño descriptivo simple no experimental. Se concluyó que las personas con enfermedad renal sometidas a hemodiálisis, presentan en un 65% afrontamiento activo, mientras que el 35% presentan un afrontamiento pasivo, lo que implica que estas personas aceptan su enfermedad y se esfuerzan por seguir adelante. Asimismo, en la dimensión del afrontamiento activo, se observó que las personas presentaron un bajo afrontamiento activo en un 73%, mientras que el 27% restante presentan un regular afrontamiento activo, y en la dimensión del afrontamiento pasivo se observa que el 93% de personas sometidas a hemodiálisis presentan un leve afrontamiento pasivo, mientras que el 7% presentan un regular afrontamiento pasivo.
- Pérez, K. (2015) en su investigación *Calidad de Vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en*

tratamiento con hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. con el objetivo de determinar la calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes seleccionados mediante muestreo probabilístico. Se concluyó que la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis es baja, presentando complicaciones en sus áreas físicas, sociales y psicológicas. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son enfocadas en la emoción predominando la aceptación.

- *Sánchez, J. (2014) en su investigación *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014.* Trujillo. Con el objetivo de describir la calidad de vida disgregada en las distintas dimensiones del cuestionario. La muestra estuvo conformada por 72 pacientes mayores de 20 años en terapia de hemodiálisis mayor a tres meses del Centro de Hemodiálisis. El estudio es descriptivo, observacional, transversal. Se concluyó que existen diferencias significativas en la calidad de vida en los pacientes masculinos y femeninos; la calidad de vida es más favorable en los pacientes con terapia hemodialítica mayor a 9 meses; de igual manera en los pacientes entre los 40 y 60 años comparada con los mayores de 60; y en general el componente físico es el más afectado en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.*

Antecedentes regionales

- Quispe, F. (2019) en su investigación *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo- 2018. Huancayo*. Esta investigación tuvo como objetivo describir la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2018. Se trabajó con una muestra de 31 pacientes que pertenecen al servicio de hemodiálisis. Utilizando el método cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo y de corte transversal, los resultados encontrados, muestran que el grupo materia percibe su salud de forma regular en su mayoría representando el 64.5%, dado que la degeneración provocada por la Insuficiencia Renal Crónica va afectando su salud física, como emocional, encontrándose que de los 31 encuestados, el 67.7% percibe que su salud es mala, siendo solo el 6,5% los que consideran tener buena salud física; respecto a su salud mental el 64.52% la considera regular. Se concluye que la Insuficiencia Renal Crónica tiene consecuencias en la calidad de vida del paciente, tanto a nivel físico como mental este se ve desmejorado.
- Ruiz, M. (2018) en su investigación *Funcionalidad familiar, afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica de un Hospital de Huancayo*. Huancayo. La investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre las variables de funcionalidad familiar, afrontamiento y adherencia al tratamiento desarrollando el análisis de la relación según edad, género, grado de instrucción, tiempo de hemodiálisis y condición laboral. Cuya muestra fue de 94 pacientes entre 29 mujeres y 65 varones los cuales fueron

seleccionados intencionalmente. La investigación fue de nivel descriptivo, tipo no experimental, con un diseño correlacional transeccional. Se concluyó en sus resultados la existencia de una relación directa significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, así como relación directa entre la funcionalidad familiar y el afrontamiento; por otro lado, el afrontamiento a la enfermedad influye de forma directa significativa en la adherencia al tratamiento. Asimismo, se encontró que la relación entre las variables se ve afectada por la edad, género y condición laboral.

2.2. Bases teóricas o científicas

2.2.1. Insuficiencia renal crónica

Definición

Es la pérdida lenta y progresiva de la función de los riñones con el paso del tiempo, estos órganos tienen como función principal eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo, filtran los desechos de la sangre y regulan otras funciones del cuerpo; como consecuencia, los desechos dañinos se van acumulando en el cuerpo del paciente, la presión arterial tiende a elevarse, se retiene el exceso de líquido y no hay una producción suficiente de glóbulos rojos. Se necesita, por lo tanto, un tratamiento para suplir esta deficiencia funcional (Avendaño, 2008).

Causas

En los pacientes con insuficiencia renal crónica los síntomas se agrava lentamente durante meses o años, en ocasiones es posible que no se note ningún síntoma durante algún tiempo, cuando la enfermedad llega a su etapa final, se denomina insuficiencia renal terminal (Avendaño, 2008).

En su investigación, Alarcón (2014) menciona que: “Las dos causas principales de la insuficiencia renal crónica son la diabetes y la hipertensión arterial, que son los responsables de hasta dos tercios de los casos” (p. 17); respecto a estas causas, explica lo siguiente:

En la diabetes mellitus, ocurre el descenso progresivo de la función renal, por la afectación de este órgano, a partir de los 10 años de la evolución de la enfermedad, se manifiesta clínicamente a partir de los 20 años y evoluciona hasta tener la presencia de proteínas en la orina de la persona.

En la hipertensión arterial se da cuando, la pared de los vasos renales se engrosa y disminuye su calibre, esto provoca una isquemia o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias renales y la hipertensión glomerular, esta última somete al glomérulo renal a un excesivo trabajo.

Diagnóstico y Evaluación

Respecto a la evaluación, Flores et al. (2009) menciona que aquellas personas que, al ser evaluadas en consulta o examen de salud preventivo, tengan uno o más factores de riesgo, deben someterse a pruebas para evaluar daño renal y estimar la velocidad de filtración glomerular; si en esta evaluación se sospecha de un deterioro en la función renal es indispensable la realización de un estudio diferencial. Por otra parte, Gómez, Arias, y Jiménez (2006) refieren en su investigación que el diagnóstico consiste en una exhaustiva historia clínica del paciente, entre ellos sus antecedentes personales y familiares, síntomas clínicos, parámetros analíticos y pruebas de imagen, los cuales pasa a describirlos de la siguiente manera:

- Antecedentes personales y familiares: en esta área se consideran ítems referentes a factores de riesgo cardiovascular, uso de drogas, exposición a elementos tóxicos, así como malformaciones o enfermedades hereditarias.
- Síntomas clínicos: en este tipo de enfermedades al principio, por lo común, hay ausencia de síntomas y se manifiesta en fases muy avanzadas.
- Parámetros analíticos: En esta área se observan alteraciones en aspectos como la hematología y metabolismo, entre ellos la anemia, tiempo de hemorragia, lípidos, hidratos de carbono, intolerancia a la glucosa con glucemia normal; los productos del metabolismo proteico, sin dejar de considerar los factores reversibles en todo diagnóstico siendo vital determinar situaciones que puedan acelerar el avance de la enfermedad.

Las personas a quienes se les detecte insuficiencia renal crónica deberán ser evaluados para determinar la descripción de la enfermedad, entre ellos su diagnóstico, complicaciones, riesgo en el progreso de la enfermedad renal y si hay la presencia de alguna enfermedad cardiovascular clínica o factores de riesgo cardiovasculares (Gómez et al., 2006).

Las enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal crónica son consideradas fuentes generadoras de estrés, ya que, implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, que va afectando la calidad de vida de la persona y da origen a nuevas exigencias que deben ser afrontadas. Por ello, la incidencia de las enfermedades crónicas, no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar, como introducción de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios; si no que implica también la

modificación de actividades laborales y sociales, además de la alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos (Cassaretto y Paredes, 2006).

Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica:

Flash, Pascal y Hall (citados por Cassaretto y Paredes, 2006) refieren que los tratamientos para la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), conllevan a que la persona se suscriba a tratamientos de reemplazo del funcionamiento renal tan pronto se detecte dicha pérdida. Estos tratamientos son básicamente de dos tipos, la diálisis (la hemodiálisis y diálisis peritoneal) y el trasplante renal. Al respecto Ramos (citado por Cassaretto y Paredes, 2006) sostiene que las características de cada tratamiento, permitirán entender el impacto de esta enfermedad en la calidad de vida del paciente, a continuación, pasamos a describir cada una de ellas:

- Diálisis Peritoneal: consiste en introducir una solución dializante en la cavidad peritoneal (cerca al abdomen), a través de un catéter silástico con el fin de filtrar, pasado un tiempo los contenidos de desecho localizados en dicha zona (Sierra y Julio, 2010).
- Hemodiálisis: es un proceso dinámico y continuo, en que la sangre es extraída, limpiada y suministrada al cuerpo del paciente casi de forma paralela (Sierra y Julio, 2010).
- Trasplante Renal: consiste en la inserción quirúrgica de un riñón sano en el paciente, el cual cumplirá con las funciones que los riñones del paciente solían ejecutar antes de ser afectados por la IRCT (Cassaretto y Paredes, 2006).

2.2.2. Hemodiálisis:

En 1943, Willelm Kolff, ideó un Riñón Artificial que el mismo construyó en Kampen, un pequeño pueblo en Holanda, durante la Segunda Guerra Mundial. Con este aparato pudo tratar con éxito a algunos pacientes con insuficiencia renal. Terminada la guerra viajó a Estados Unidos donde siguió ideando nuevos modelos de riñón artificial además de continuar sus investigaciones en órganos artificiales (Piazza, 1992).

En el Perú la Hemodiálisis se inició en 1957 para los casos de insuficiencia renal aguda y desde 1967 para el tratamiento de los enfermos con insuficiencia renal crónica. Desde entonces la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Universidad Federico Villarreal han programado el entrenamiento en Hemodiálisis dentro del currículo para el Residentado en la especialidad de Nefrología (Piazza, 1992).

Actualmente se cuenta con un sistema liderado por EsSalud, este establecimiento sólo atiende a un 25% de la población nacional. El Ministerio de Salud, el Colegio Médico, la Academia de Medicina están haciendo esfuerzos para lograr ampliar la atención médica en el Perú para toda la población, de lograrse ello el programa de atención a los enfermos con nefropatías tendrá que triplicarse y buscar otras medidas de prevención, por la demanda en la atención insuficiencia renal crónica se vienen incrementando clínicas particulares (Piazza, 1992).

Avendaño (2008), indica que la hemodiálisis es un procedimiento que limpia y filtra la sangre extrayendo del cuerpo los desechos nocivos, el exceso de sal y líquidos; el procedimiento incluye extraer la sangre del cuerpo a través de una vena

artificial ubicada en el antebrazo conocida como fístula arterio-venosa, de ahí la sangre pasa hasta una máquina de hemodiálisis y es llevada al hemodializador, en donde se extraen los productos de desecho, las sustancias químicas y otros fluidos en exceso; una vez que la sangre ha sido limpiada y purificada, regresa al paciente por otra serie de tubos.

Hinostroza (2016) indica que la hemodiálisis, ayuda a controlar la presión arterial y hace que el cuerpo mantenga el equilibrio adecuado de sustancias químicas importantes como, el potasio, el sodio, el calcio y el bicarbonato. Este procedimiento es realizado por personal especializado dura alrededor de tres a cuatro horas por sesión y en un mínimo tres veces por semana, lo que implica que el paciente llega a cada sesión con un nivel importante de malestar por las horas que transcurren entre sesiones sin que las toxinas acumuladas en el cuerpo sean desechadas.

Riesgos de la Hemodiálisis

Ross y Barry (como se citó en Cassaretto y Paredes, 2006) mencionan que existen dos tipos de riesgos clínicos, unos que pueden ocurrir y otros como consecuencia de esta a mediano o largo plazo. Entre las complicaciones que usualmente se asocia al tratamiento de la hemodiálisis están la hipotensión, calambres musculares, síndrome del desequilibrio de la diálisis, hipoxemia, arritmias, hemorragias, enfermedades asociadas a la transfusión de sangre, pericarditis y, principalmente, anemia).

En los efectos adversos, poco frecuentes, pero más graves desde el punto de vista clínico, están las reacciones alérgicas al dializador o algunos de los materiales de la diálisis, el desequilibrio de componentes químicos de la sangre (electrolitos),

las arritmias o latidos cardíacos irregulares, hemorragias más graves o coagulación completa del sistema (Hermosilla, Quirós, Remón, y Cuerva, 2011).

Y entre los riesgos de la hemodiálisis a mediano o largo plazo están, entre otros, la infección de la fístula arteriovenosa o de los catéteres venosos vasculares, que podría producir una endocarditis bacteriana y en algunos casos incluso la muerte, y la pérdida de sangre que conlleva a deficiencia de hierro y anemia (Hermosilla et al., 2011).

Efectos de la Hemodiálisis

La National Kidney Foundation (2007) explica que los efectos que puede producir el tratamiento en los pacientes con insuficiencia renal, son las repercusiones fisiológicas que tienen serias implicaciones en la vida del paciente y a menudo se debe a la extracción de un exceso de líquidos que conlleva a presentar hipotensión, fatiga, calambres en las piernas y dolores de cabeza lo cual ocasiona dificultades para caminar y/o agacharse.

Entre las repercusiones sociales, lo más característico, es la pérdida de las relaciones sociales y lazos afectivos, ocasionados por su negativa y expresar sus sentimientos y su poca participación a eventos sociales. Se han realizado investigaciones acerca del impacto psicológico de las personas con insuficiencia renal, las cuales señalan la presencia de cambios psicológicos y sociales, que no sólo afectan al paciente, sino también a toda su familia; algunas personas aceptan el hecho de que tienen una enfermedad renal y necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas (Hidalgo, 1997).

Otros, en cambio, tienen problemas para ajustarse a los desafíos que necesariamente demanda la enfermedad, durante la enfermedad habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión y frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares (Cassaretto y Paredes, 2006).

Beneficios de la Hemodiálisis

Este tratamiento continuo, permite vivir a pesar de que los riñones no funcionen ayudando a tener controlada su tensión arterial, mejora los niveles de impurezas en la sangre, favorece el equilibrio de los componentes químicos de la sangre tanto en la anemia como en las enfermedades de los huesos, sobre todo en su estado nutricional (National Kidney Foundation, 2007).

Salud mental en hemodiálisis

La experiencia de encontrarse en un programa de diálisis, especialmente en el caso de la hemodiálisis, implica un proceso de adaptación psicológica por lo que atraviesan los pacientes con insuficiencia renal crónica, que se dividen en cuatro etapas antes de entrar a diálisis y tres etapas estando en tratamiento (Hidalgo, 1997). La primera etapa se denomina, estado psíquico de uremia terminal, consiste en un estado afectivo que se produce antes de ingresar a diálisis a menudo existe un estado de confusión e inversión del periodo del sueño y vigilia como consecuencia del alto nivel de uremia, siendo la evaluación psicológica muy difícil en esta etapa (Sauceda y Maldonado, 2003).

Abraham (como se citó en Sauceda y Maldonado, 2003) menciona que la segunda etapa es llamada, el retorno de entre los muertos, surge en las primeras

semanas y puede durar hasta seis meses después, cuando la persona se siente mejor física y emocionalmente, debido a la disminución del alto grado de uremia y a la aceptación de su dependencia a una máquina; la tercera etapa lleva la denominación, el retorno entre los vivos, va desde los ocho meses a más, el paciente aquí a aprendido a conocer las ventajas y limitaciones del tratamiento; la última etapa es llamada fase crónica o de larga adaptación, siendo un proceso donde la persona ha aceptado realizarse el tratamiento, poder llevar a cabo sus actividades normales, además ha concluido la reincorporación al mundo exterior.

Intervenciones psicológicas en pacientes de hemodiálisis

Orozco y Castiblanco (2015) refieren que el psicólogo es uno de los profesionales que integran al equipo multidisciplinario en la atención a los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y su rol consiste en detectar dificultades relacionadas a la comprensión de la información, desde el primer momento de la enfermedad, en otras palabras su intervención está dirigida a orientar al paciente para aceptar su enfermedad, prevenir alteraciones emocionales, disipar los sentimientos de culpa, manejar la depresión, el enojo y la desesperación, a través de enfrentar al paciente a la realidad, además de evaluar y orientar a la familia.

Sauceda y Maldonado (2003) en su estudio revelaron que después de años de tratamiento se llega a aceptar la enfermedad, optando por una resignación activa que lleva a percibirlo como un desafío y lucha. El paciente se habitúa a vivir con la enfermedad y llega a considerar la hemodiálisis como parte de su vida, es importante tener en cuenta, que el tratamiento requiere la reorganización familiar para brindar la debida atención y el apoyo necesario al paciente, estos cambios surgen frente al

intento de alcanzar el equilibrio ante condiciones adversas que implican padecimiento en el paciente, el rol del psicólogo permite contribuir a mejorar su calidad de vida propiciando el trabajo conjunto entre el paciente, la familia y el equipo de salud.

2.2.3. Calidad de Vida

La calidad de vida es definida según la (Organización Mundial de la Salud, 1998), como la “percepción del individuo acerca de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”, como se puede apreciar se trata de un concepto multidimensional, que tiene repercusiones sobre la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación a las características principales del ambiente.

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, que se deriva del estado de realización de las potencialidades en la persona, la cual está compuesta por aspectos subjetivos y aspectos objetivos. También se define como una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, entre los aspectos subjetivos se encuentra la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, además de la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003).

Al respecto Schumaker y Naughton (como cita Botero y Pico, 2007) definen la calidad de vida como la evaluación subjetiva de la capacidad que tiene el

individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento, que le permite desarrollar actividades que son importantes para él y que afectan a su estado.

Características de la calidad de vida

La calidad de vida es subjetiva, ya que cada ser humano da sus propias valoraciones y juicios sobre su calidad de vida, es universal por la variedad de sus culturas, es dinámico y temporal, porque se modifica en el tiempo, de acuerdo a los cambios que se dan en las expectativas y aspiraciones, cambios relacionados a la edad, ciclo vital, su contexto y la etapa de la enfermedad que padece, es holístico ya que incluye todos los aspectos de la vida y son interdependientes, porque sus dimensiones se relacionan entre sí, es decir, cuando de forma que cuando una persona se encuentra afectada físicamente, también tiene repercusiones en los aspectos afectivos, psicológicos y sociales (Riveros, Castro, y Lara, 2009).

Dimensiones de la calidad de vida

Sanabria (citado por Contreras, Esguerra, Gutiérrez y Fajardo, 2006) explica que la calidad de vida es un constructo multidimensional, relacionado a la percepción del estado y funcionamiento del organismo, las dimensiones que la componen son:

Dimensión física

En esta área se valora las capacidades funcionales del estado de salud físico de la persona, como es de conocimiento, la falta de salud limita de forma significativa el desarrollo de las actividades en la vida diaria, aquí se considera una serie de indicadores como son la exploración, el dolor y las sensaciones físicas desagradables que experimenta una persona, en la medida en que estas son angustiantes e interfieren en su desenvolvimiento diario, por otro lado la energía, y la

observación del entusiasmo y la resistencia que una persona tiene para realizar las tareas propias de la vida del sujeto, y el indicador del sueño y descanso los cuales son aspectos fundamentales en el tema de salud y una mejor calidad de vida (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Dimensión psicológica

Aquí se da la percepción del individuo acerca de su estado cognitivo y afectivo. Entre las que ocurren con mayor frecuencia en los pacientes con insuficiencia renal crónica están la identificación de cambios en los sentimientos positivos como la alegría, el equilibrio, la paz, la felicidad, la esperanza y el disfrute de las cosas buenas de la vida, la observación de la claridad y la velocidad de su pensamiento, el aprendizaje, memoria, la concentración y su capacidad de tomar decisiones, este incorpora la velocidad y la claridad del pensamiento. La autovaloración de sí o autoestima, lo cual varía de acuerdo al sentimiento de autoeficacia, la satisfacción de uno mismo y el autocontrol, respecto a su imagen corporal y apariencia, satisfacción con la forma en que él o ella se ve y las secuelas que tiene sobre el concepto de sí mismo y la identificación de sentimientos negativos, como los sentimientos de crisis y tensiones guardadas, a las que enfrenta el paciente, pudiendo estos originar algún problema mental a futuro (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Dimensión social

Hay que tener en cuenta que en este aspecto los pacientes atraviesan por problemas relacionados con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos, ocasionados a su vez por las dificultades que tienen muchos de ellos al momento de

expresar sus sentimientos, los que hay que añadir el área psicosocial, el empleo del tiempo y los cambios a nivel laboral. Los aspectos que se consideran en esta dimensión son, las relaciones personales, fortaleciendo la sensación de bienestar, el apoyo social percibido por el paciente está compuesto por diferentes redes sociales en donde sienta un compromiso, la aprobación y disponibilidad de cuidados y asistencia práctica de parte de la familia y amigos; la autoevaluación de su actividad sexual, lo cual permite fortalecer el lazo de intimidad y la expresión de los sentimientos hacia su pareja, además de disfrutar de forma adecuada su deseo sexual (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Dimensión ambiente

En esta dimensión, se presta atención al entorno que rodea al individuo y su interacción con ella, está compuesta por la evaluación que realiza el paciente, acerca de aspectos como su libertad y seguridad, siendo un derecho de toda persona a vivir, pensar y tomar decisiones con libertad, de igual forma, el derecho a sentirse seguros en el lugar donde estén y al cual se dirijan; su ambiente físico o entorno físico donde se encuentra y la forma en que esto repercute en su vida; sus recursos económicos, donde se da la visualización de cómo se encuentran sus recursos financieros y otros recursos intercambiables, además de evaluar el grado en que estos recursos responden a las necesidades de un estilo de vida saludable y confortable (Organización Mundial de la Salud, 1998).

La oportunidad de información, es decir el hecho de ser informados de forma oportuna ante cualquier situación, de tal forma que pueda tomar la mejor decisión sin sentirse presionado y prevenirse de las posibles secuelas que trae consigo la

alternativa optada; ocio y descanso al sentirse en la capacidad, tener la oportunidades y la inclinación a participar en actividades de ocio, pasatiempo y relajación que le generen bienestar; su hogar al cual debería sentirlo como un lugar seguro para vivir y estar satisfecho de ello; la atención sanitaria y/o social en este aspecto que reciben debe ser de carácter integral y de acciones multidisciplinarias; y el transporte, aquí se considera su opinión acerca del nivel de disponibilidad o facilidad que tiene para encontrar y utilizar los servicios de transporte para un desplazamiento seguro (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Calidad de vida relacionada con la salud

Genera un impacto en la percepción de bienestar de un paciente, se entiende como la evaluación que realiza la persona sobre su estado de salud, tanto físico, funcional, psicológico y social, pese a los efectos de alguna enfermedad o tratamiento determinado sobre diversos ámbitos de la vida (Contreras et al., 2006).

La percepción de calidad de vida relacionada con la salud, se expresa en términos de bienestar, como un proceso dinámico que varía de acuerdo al sistema de valores que posea el individuo (González y Lobo, 2001). En este sentido, está influido por diversos factores, que en su mayoría supera la presencia misma de la enfermedad crónica y su tratamiento; factores en los que dependerá, en cierta medida, el nivel de bienestar del paciente, así como, su adherencia y respuesta al tratamiento de sustitución renal; ya que en este proceso de enfermedad y tratamiento tendrá que ir aprendiendo a convivir con ciertas limitaciones que se irán generando, además de modificar de manera significativa su estilo de vida (Cidoncha citado por Contreras, et al., 2006).

Velarde y Ávila (como se citó en Contreras, et al., 2006) explican que la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud, incluye aspectos objetivos y subjetivos, con el fin de realizar una evaluación completa e integral del paciente

Calidad de vida en el paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis

Escobar (2015), sostiene que las personas necesariamente deben elegir una terapia de sustitución, debido a que existe un deterioro significativo de su función renal y su organismo ha estado sufriendo las secuelas físicas y psicológicas de la enfermedad. En el ámbito psicológico llegar a esta situación genera un fuerte golpe para el paciente y su familia quienes deben asumir una situación para la cual naturalmente nunca se está suficientemente preparado. Esta situación tiene efectos sobre todo los ámbitos de la vida de la persona entre ellos, ya que durante la hemodiálisis se presenta una disminución del deseo sexual; cambios en su salud física y emocional; y una serie de alteraciones metabólicas y nutricionales porque cuando el paciente se encuentra bajo una rutina de tratamiento, entiende que es bueno seguir una dieta prescrita, como llevar un control de medicación, e ir adaptándose a un nuevo estilo de vida.

La calidad de vida en la persona va depender de cómo ha sido preparada y de cuánto hayan sido evitados alguno de los factores de riesgo; con el proceso de aprender a sobrellevar la enfermedad, es normal el hecho de que sufra una serie de reacciones emocionales, aún después de haber comenzado la hemodiálisis, alguna de las reacciones más comunes son la negación de la enfermedad, sentimientos de culpa

por padecerla, miedo al porvenir, rabia, depresión y sensación de pérdida de control (Aica, 2015).

Calidad de Vida en la Psicología

El cuidado y la sensibilidad por la salud es un signo de nuestra época; al que acompaña la preocupación por su continua y reiterativa evaluación; por regla general y siguiendo al (modelo médico, biológico e individual) nuestra sociedad ha estado dando más énfasis al concepto de enfermedad prestando más atención a la curación de la enfermedad que a la prevención (Ortega, 2009).

En este contexto el aporte de disciplinas como la psicología ha influido en diferentes espacios clínicos y de la salud, prestando así mayor atención a los trabajos interdisciplinarios en el tema de enfermedades crónicas, por ende el papel del psicólogo ha obtenido el debido reconocimiento en diferentes contextos (Ortega, 2009).

La psicología de la salud actualmente tiene un reto importante poder trascender su origen desde un modelo biomédico centrado en las conductas de enfermedad hacia el campo de la salud propiamente dicho, es decir centrar sus acciones en la promoción de los estilos de vida saludables y la prevención de factores de riesgo (Ortega, 2009).

2.2.4. Estrés y enfermedad

El estrés es definido como una experiencia de acontecimientos (estresores) que la persona percibe como perjudiciales o dañinos para su salud física y psicológica, esta situación produce una reacción psicósomática (respuesta al estrés), caracterizada por la presencia de un estado de tensión excesiva, que se suma al

cansancio físico y psicológico. Al respecto otras investigaciones mencionan que aquellas personas que están expuestas a cantidades crecientes de estrés son susceptibles a sufrir trastornos físicos y mentales, que se estarían sumando a las enfermedades físicas en caso padezcan alguna; es así que cuando el estrés se prolonga se debilita el sistema inmunológico, entonces la persona está más propensa a sufrir infecciones menores, lo que causa o agrava a la enfermedad de algún otro órgano y sistema del organismo; además de ocurrir en un elevado estado de estrés el colapso nervioso, en el cual ya será limitada la capacidad que tenga para realizar los problemas más cotidianos elementales de su vida (Sánchez, 2008).

La definición interactiva o relacional de estrés considera a la persona como un agente activo que se relaciona con su entorno, depende de los estímulos y de sus propias características, para dar respuestas y consecuencias adaptativas, es decir la aparición o no de estrés dependen de los factores o condiciones ambientales externas, así como de las cualidades de la persona, como son: su grado de vulnerabilidad, sus recursos de afrontamiento a los estímulos y de la naturaleza de la relación entre estos dos; en esta relación se dan básicamente dos procesos cognitivos, la primera es la valoración que hace la persona de los estímulos para determinar si son o no amenazantes, y la segunda es la valoración de los riesgos y recursos con que cuenta para hacer frente a dichas condiciones de su entorno; de esta valoración dependerá la medida en que la persona se sentirá perjudicada por la situación, además de determinar las conductas y estrategias que pondrá en acción para responder ante ellas (Pereyra, 2010).

El investigador cubano Álvarez(1987), considera que la definición de estrés, debe incluir necesariamente los siguientes aspectos: a) Es una reacción del

organismo y surge ante estímulos de origen psicosocial, físico o biológico que rompen su equilibrio o bienestar; b) la respuesta, integra de forma sistémica los niveles psicológico, neurológico y endocrino; c) en algunos niveles es independiente de la naturaleza del estímulo, es decir, en parte es una respuesta inespecífica; d) el carácter estresante del estímulo psicosocial, depende del sujeto, la significación que le da al estímulo, las experiencias previas y el grado de control sobre el ambiente, etc; f) la repuesta de estrés influye sobre el estímulo psicosocial, el significado que se le dé, por ello se caracteriza por ser activo; g) el primer eslabón en la cadena de respuestas psiconeuroendocrinas es la vida social (Morales, 1999).

El estrés se vincula al aumento en los índices de morbilidad y mortalidad en situaciones de enfermedad, es un estado en el cual se experimenta un malestar emocional o emociones negativas, como la ansiedad, disgusto, tristeza, ira, culpa, miedo, entre otros de semejante naturaleza. Emociones que aisladas de la enfermedad, en la mayoría de los casos van acompañadas de molestias somáticas, que, si no son tratadas debidamente y a tiempo, podrían generar trastornos mentales como la depresión, síntomas que, sumados a los propios de la enfermedad, alteran negativamente el proceso de tratamiento y hacen que los síntomas experimentados por el paciente se perciban de forma negativa (Smith, Nolen, Fredrickson y Loftus, 2003).

Afrontamiento al estrés:

Belloch, Sandín y Ramos (2009), sostienen que en la actualidad el afrontamiento se entiende como, aquellos esfuerzos tanto cognitivos como conductuales constantemente cambiantes, que realiza el individuo para afrontar y

reducir las secuelas negativas que producen los agentes estresantes sobre su equilibrio o bienestar psicológico; al respecto Newman (como se citó en Cassaretto y Paredes, 2006) refiere que las demandas de las enfermedades crónicas varían a lo largo de su proceso, como consecuencia, para adecuar su efectividad las estrategias y estilos de afrontamiento también cambian para ajustarse a los diversos momentos y períodos.

Sin embargo, Miller en el 2000 afirma que las víctimas de enfermedades en su mayoría son menos flexibles en el uso de sus estrategias de afrontamiento, esto puede conducir a estrategias de afrontamiento que afecten de forma negativa al tratamiento médico (Cassaretto y Paredes, 2006).

Maquera (2017), sostuvo que a lo largo de la enfermedad, el afrontamiento es una variable fundamental que permite comprender los efectos del estrés, debido a que los pacientes manejan un conjunto de estrategias de afrontamiento cognitivo y afectivo; el manejo de estas estrategias influyen sobre los niveles de recuperación, reforzamiento y logro de metas que van directamente relacionadas con la salud; de igual manera en su investigación aclara que básicamente el afrontamiento cumple dos funciones: Regular las emociones estresantes, y modificar los problemas en la relación de la persona y el agente estresante; así mismo; González (2004) menciona que el afrontamiento cumple dos funciones básicas, una primera que se centra en el problema, actúa definiéndolo, buscando soluciones alternativas y valorando su costo y beneficio; y la segunda dirigida a regular las emociones que surgen durante el problema, se basa en aquellos procesos cognitivos que se dirigen a menguar el malestar emocional.

Es fundamental que para entender mejor el concepto de afrontamiento, resulta importante resaltar tres conceptos básicos: el primero es que el afrontamiento no necesariamente se trata de una conducta ya realizada, sino que también puede considerarse al intento de realizar dicha conducta o al esfuerzo realizado; lo segundo es que este esfuerzo no solo puede expresarse en forma de conductas observables, sino también consistir de cogniciones (ideas o pensamientos); y tercero la valoración o evaluación cognitiva de la circunstancia como amenaza es un factor necesario para comenzar con la actividad de afrontamiento. Como consecuencia se considera al afrontamiento como un proceso que se modifica en función a como son evaluados los esfuerzos personales, es decir si estos tendrán éxito o no, aunque Lazarus en 1993 sostuvo que las personas suelen generalmente utilizar formas de afrontamiento regularmente estables para tratar con el problema; así mismo el afrontamiento no se da de manera automática, ya que es una respuesta, a modo de patrón, que es posible de ser aprendida y requiere dirigir los esfuerzos para a manejar o adaptarse a la situación estresante (Alarcón, 2014).

Los estilos de afrontamiento al estrés, según Lipowski en 1970, son respuestas conductuales y de actividades cognitivas que dependen de los factores individuales de cada persona y permanecen regularmente constantes a lo largo del tiempo, de tal manera que se pueden identificar con facilidad; en cambio las estrategias de afrontamiento, son respuestas más concretas y específicas ante una experiencia, dependen directamente de factores que influyen en el sujeto, como son: los factores derivados de la enfermedad que padece (el tipo de enfermedad, su ubicación en el organismo, el grado de cronicidad, el nivel de significancia que tienen las secuelas de la enfermedad para la persona); los factores ambientales, tanto

físicos como las relaciones sociales que se establecen; y los factores personales entre los que se consideran la edad, las creencias y habilidades personales y la inteligencia, estos factores influyen en el significado personal que le dé el sujeto a la enfermedad y el tipo de estrategias que empleará para afrontarlo (González M. , 2004).

Callista, Bula y Gonzales en el 2011 refieren que hay 2 tipos afrontamiento: el afrontamiento innato, el cual se caracteriza por ser una respuesta inmediata, automática, natural e inherente ante situaciones comunes de la vida, que se desarrollan a modo de reflejo, es decir no tienen que ser aprendidos ni entrenados y en su gran mayoría son reconocidos como propios; y el tipo de afrontamiento adquirido, siendo esta una respuesta que se caracteriza por formarse, percibirse y ser concebido a partir de la experiencia de una situación anterior, viene a ser entonces un proceso que se desarrolla como un patrón adquirido o por medio de estrategias como el aprendizaje de experiencias que sirven para la formación de una respuesta particular ante los estímulos de su medio en un determinado momento (Maquera, 2017).

Es importante tener en cuenta algunas de las conclusiones a las que llegan Lazarus y Smith en 1993 acerca del afrontamiento, los cuales se mencionan a continuación: resulta ser un proceso complejo, ya que una persona es capaz de emplear toda clase de estrategias, siendo alguna de estas usadas más que otras; está vinculado con el valor que le dé la persona a la situación, en efecto, cuando el valor es positivo, lo que más destacarán serán las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, en cambio, si se le atribuye un valor negativo destacarán estrategias centradas en la emoción; es un importante intermediario de las respuestas

emocionales, es decir, de acuerdo a las emociones, positivas o negativas, se irá asociando a estrategias específicas, las cuales serán diferentes dependiendo al tipo de emoción; el afrontamiento, también es de ayuda para señalar cuáles son los elementos que participan directamente en la relación que se establece entre el evento estresante y los síntomas de la enfermedad; además actúa como regulador del conflicto emocional, en caso sea efectivo habrá ausencia de malestar emocional, si no es el caso, la salud de la persona tendrá efectos negativos, corriendo el riesgo de sufrir mortalidad y morbilidad (Alarcón, 2014).

2.2.5. Afrontamiento a la Enfermedad Crónica

Aldwin, Felton, Ravenson y Taylor (citados por Cassaretto y Paredes, 2006) refieren que para atravesar mejor la enfermedad crónica y el afrontamiento sea efectivo durante este proceso, el paciente debe aceptar sus limitaciones y pérdidas que están implicadas para su tipo de enfermedad, de esta forma se mantendrá un equilibrio entre sus sentimientos positivos y negativos respecto a la vida y de sí mismo. También el poseer un repertorio variado de estrategias y estilos de afrontamiento es necesario para una mejor adaptación y asimilación de la enfermedad crónica en la vida personal, ya que, de este repertorio no son en su totalidad necesarias en todo momento, ni para toda clase de enfermedad.

Cassaretto y Paredes en el (2006) mencionan en su investigación que de acuerdo a Newman las enfermedades crónicas comprenden exigencias que cambian en el transcurso del tiempo, por ende, las estrategias y los estilos de afrontamiento también cambian para adecuar su efectividad a las demandas que surgen en cada momento y períodos determinados. Sin embargo, Martin y Brantley citados en la

misma investigación, afirman que existe evidencia que sugiere que la mayoría de las personas enfermas tienden a ser menos flexibles en el uso de sus estrategias de afrontamiento y esto puede conducir respuestas de afrontamiento mal adaptativas que pueden afectar negativamente el tratamiento médico.

Al respecto, Aldwin et al. sostienen que la efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se logra al aceptar las limitaciones y pérdidas que ésta impone y al mantener un balance entre sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo (Cassaretto y Paredes, 2006).

Estrategias de afrontamiento:

De acuerdo a Folkman, Lazarus, Dunkel, De Longis y Gruen (citados por (González, 2004) por lo común hay ocho formas para hacer frente las situaciones estresantes, consideradas como estrategias de afrontamiento y son las siguientes: La confrontación, es la estrategia dada en forma de acciones ya sean directas o agresivas con la finalidad de cambiar la situación; el distanciamiento, el cual a través de acciones como tratar de olvidar el problema, no hablar de él o ignorarlo, se esfuerza por alejarse del problema; el autocontrol, consiste en acciones que tratan de regular los propios sentimientos y acciones; búsqueda de apoyo social, acciones realizadas con el objetivo de buscar información, consejo, apoyo y comprensión de los demás; aceptación de la responsabilidad, se da cuando la persona reconoce el problema y se esfuerza por solucionarlo; huida y evitación, son acciones realizadas con el fin de evadir el problema, ya sea a través de la ingestión de comida, el dormir o el beber; planificación, consiste en buscar una solución del problema de manera analítica; y la

reevaluación positiva, la cual consiste en buscar el desarrollo personal buscando una interpretación positiva del problema.

Lipowski por su parte establece ocho estrategias de afrontamiento de acuerdo a como la persona percibe la enfermedad: el percibirla como un reto o una situación que debe resolverse, activa estrategias adaptativas y racionales; el percibirla como un enemigo al que se debe vencer, de acuerdo a como la persona vea la posibilidad de superarla, las estrategias irán desde la rendición hasta la negación del problema; el percibirla como un castigo que podría merecerlo o no es decir que podría ser justo o injusto, las estrategias serian de colaboración y aceptación pasiva o sentimientos de depresión; el percibirlo como una debilidad personal, le producen sentimientos de culpa, frente a esto las estrategias que surjan serán de negación u ocultamiento de la enfermedad; percibir la enfermedad como una liberación de sus responsabilidades o como una forma de tener el apoyo y atención de los demás, lleva a realizar acciones que alarguen la enfermedad, a través del uso de estrategias de fingimiento, conversión y quejas hipocondriacas (falsos síntomas de enfermedad); percibirlo como pérdida o daño irreparable ocasiona sentimientos depresivos, de hostilidad y resistencia a colaborar con el tratamiento; y aunque según el autor, de una forma menos probable también la enfermedad puede percibirse como un valor o ayuda al desarrollo y crecimiento personal (González M. , 2004).

Respecto a las estrategias de afrontamiento, Lazarus y Smith en 1993 mencionan que la efectividad de una estrategia de afrontamiento dependerá del evento que se esté atravesando o de la personalidad del individuo, por lo común los afrontamientos poco útiles se vinculan con estrategias como la evitación, confrontación, auto-inculpación, en cambio, la aplicación de estrategias como la

planificación en la resolución de problemas, por lo general, tienen consecuencias más satisfactorias (Alarcón, 2014).

2.3. Marco conceptual

A continuación, se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar su comprensión en el estudio.

Insuficiencia Renal Crónica

La insuficiencia renal crónica del riñón es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. La principal función de estos órganos es eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo (Sierra y Julio, 2010).

Hemodiálisis

Es un procedimiento, orientado a eliminar toxinas y exceso de fluidos de la sangre a través de un filtro conocido como dializador o riñón artificial, es una máquina que hace las funciones del riñón manteniendo en equilibrio adecuado al cuerpo de las sustancias químicas (Sierra y Julio, 2010).

Calidad de Vida

La calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva que realiza cada individuo respecto a su salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica, social y el grado de funcionamiento que tiene para realizar las actividades cotidianas (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Afrontamiento al Estrés

Son las manifestaciones o conductas que los pacientes adoptan para enfrentarse a situaciones de estrés y/o situaciones nuevas que viven por la enfermedad de la insuficiencia renal crónica terminal (Sierra y Julio, 2010).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general

H₀ No existe una relación significativa entre la Calidad de vida y Afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017.

H_i Existe relación significativa entre la Calidad de vida y el Afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017.

3.2. Hipótesis específicas

H₀₁ No existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la edad, en pacientes con insuficiencia renal crónica en

tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

H_{i1} Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la edad, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en un hospital de Huancayo – 2017.

H₀₂ No existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su sexo, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

H_{i2} Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su sexo, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

H₀₃ No existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su tiempo de tratamiento, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

H_{i3} Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su tiempo de tratamiento, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

H₀₄ No existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su estado civil, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro

Priale Priale, Huancayo – 2017.

- H_{i4} Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su estado civil, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.
- H₀₅ Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la grado de instrucción, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.
- H_{i5} Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la grado de instrucción, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

3.3. Identificación de Variables

V1 Calidad de vida

Definición conceptual

Según la organización mundial de la salud, se define como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida dentro del contexto cultural y de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Definición operacional

La calidad de vida se conoció a través del cuestionario de calidad de vida WHOQOL BREF aplicada a los pacientes de insuficiencia renal crónica de

un hospital de Huancayo, los resultados obtenidos fueron clasificados en bajo medio y alto.

V2 **Afrontamiento al estrés**

Definición conceptual

Lazarus y Folkman, definen el afrontamiento al estrés como, aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes y encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como agotadoras o que sobrepasan los recursos personales (González, 2004).

Definición operacional

El afrontamiento al estrés se conoció a través del cuestionario de afrontamiento al estrés CAEPO aplicada a los pacientes de insuficiencia renal crónica de un hospital de Huancayo, los resultados obtenidos fueron clasificados en afrontamiento positivo, afrontamiento preferentemente positivo, no definido, preferentemente negativo y negativo.

Variables sociodemográficas:

Las variables sociodemográficas consideradas en el presente estudio fueron

- Edad
- Sexo
- Tiempo de tratamiento
- Estado civil
- Grado de instrucción

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

En el estudio se aplicó el método científico, lo cual consiste en un conjunto de procedimientos sistemáticos, objetivos y rigurosos que guían la investigación científica, cuyo principal objetivo es la adquisición del conocimiento científico acerca de un fenómeno o problema (Sánchez y Reyes, 1998).

4.2. Tipo de investigación

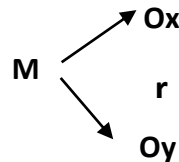
La Investigación es de tipo aplicativo, ya que emplea el conocimiento teórico y los convierte en conocimientos prácticos, es decir, transforma los conocimientos científicos en tecnología; haciendo posible la solución de problemas y la mejora de las condiciones de vida (Sánchez y Reyes, 1998).

4.3. Nivel de investigación

Se ubica en el nivel de Investigación Descriptiva, ya que tiene como propósito indagar y presentar la situación del estado o momento actual de un fenómeno (Sánchez y Reyes, 1998).

4.4. Diseño de la investigación

El diseño es descriptivo correlacional, ya que se encuentra orientada a determinar el grado de relación entre dos variables de interés en una misma muestra (Sánchez y Reyes, 1998).



Dónde:

M : Muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis

Ox : Observación de la Variable 1 Calidad de vida

Oy : Observación de la Variable 2 Afrontamiento al estrés

R : Relación entre las 2 variables.

4.5. Población y muestra

Población:

La población en estudio estuvo conformada por 151 personas, quienes fueron la totalidad de pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis.

4.6. Muestra y tipo de muestreo

La muestra estuvo conformada por 80 pacientes quienes fueron la totalidad de pacientes en tratamiento de hemodiálisis, que cumplían con los criterios de inclusión establecidos en la presente investigación.

El muestreo empleado es de tipo no probabilístico intencional, ya que, nuestra muestra es representativa de la población en estudio y la selección tuvo como base nuestro criterio personal, sólo se administró la prueba a aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión señalados en esta investigación (Sanchez y Reyes, 1998).

Criterios de inclusión:

- Pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis que estén recibiendo tratamiento en un Hospital de Huancayo.
- Pacientes que acepten de manera voluntaria participar en el estudio.
- Pacientes que sean mayores de 18 años.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis que se encuentren estables.

Criterios de exclusión

- Pacientes que sean menores de 18 años.
- Pacientes que tengan limitación o dificultad para comunicarse.

4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la medición de la variable Calidad de vida se utilizó el instrumento “Cuestionario de calidad de vida WHOQOL- BREF” y para la medición de la variable Afrontamiento al estrés se utilizó el “Cuestionario de afrontamiento al estrés - CAEPO”, a continuación, se detallan las fichas técnicas de ambos instrumentos.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL – BREF

FICHA TÉCNICA

Autores	: Organización Mundial de la Salud (1996)
Administración	: Individual
Adaptación	: Aliaga y Tenicela. Perú. 2019 (Aliaga y Tenicela 2019)
Tiempo de administración	: 30 min. Aproximadamente
Composición	: El cuestionario consta de 24 preguntas.

Propiedades psicométricas:

La validez de contenido demuestra cuán adecuado es el instrumento que se usó para poder medir la variable “Calidad de vida”. Para la validación del instrumento se utilizó la técnica de juicio de expertos, para ello, se estableció la concordancia de jueces a través de la prueba binomial, cuyo resultado indica que el instrumento de medición es válido en su contenido, debido tener un P promedio menor al nivel de significancia (0,05).

Se realizó la prueba piloto con 16 pacientes, al aplicar el alfa de Cronbach, el resultando fue de 0.912 que indica un alto nivel de confiabilidad y validez relación ítem test, además se encontró que todos los ítems pasaban de 0.30 en la correlación del ítem, siendo todos los ítems válidos. Por lo tanto, el instrumento es válido y confiable de acuerdo al proceso estadístico realizado.

Particularidad:

Instrumento que evalúa diversas dimensiones que permite proporcionar información si la enfermedad afecta o impacta al bienestar subjetivo de las personas.

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS (CAEPO)

FICHA TÉCNICA

- Autores** : Gonzales Martinez María Teresa (2004)
- Administración** : Individual
- Adaptación** : Ruiz, M. Perú. 2017 (Ruiz, 2018)
- Confiabilidad** : El cuestionario mostró un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.68 y tiene un coeficiente alfa >0.68 considerando como buena.
- Validez** : La validez de constructo mostró apropiadas propiedades psicométricas con respecto a la consistencia interna, indicando validez de constructo y de criterios en el contexto del Valle del Mantaro.

Tiempo de administración: 25 min aproximadamente

Composición : Consta de 40 preguntas de tipo Lickert

Particularidad:

El instrumento de evaluación es válido y de gran interés para el caso de pacientes con cualquier enfermedad crónica o aguda, aporta información que puede ser relevante respecto a la función que unas u otras estrategias de afrontamiento tienen en el proceso de adaptación e inadaptación de un sujeto, tanto internas como procedentes del entorno.

4.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para la realización del análisis de datos y procesamiento de información se empleó el programa de SPSS, versión 25, a través de la estadística descriptiva se describió la muestra por medio de frecuencias y porcentajes; para la comprobación de la hipótesis se trabajó con técnicas propias de la estadística inferencial como son la prueba del Chi cuadrado, el nivel de significancia (P valor), y los coeficientes de correlación (Phi).

4.9. Aspectos éticos de la investigación

Se consideró las condiciones éticas de acuerdo a lo estipulado por el Código de ética y deontología profesional de los psicólogos del Perú (2018), tomando como base el Capítulo III. Art. 20, se respetó la integridad de las personas, reservando en anonimato su participación. Se consideró también el Capítulo III. Art 24, ya que el consentimiento voluntario de los sujetos fue esencial, los participantes fueron informados de manera clara acerca de las implicancias y el objetivo de su participación, de manera que contaron con el suficiente conocimiento y comprensión

del asunto, para tomar una decisión consciente al momento de aceptar su colaboración.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados

A continuación, se presentan los resultados hallados en el presente estudio, para lo cual hicimos uso de la estadística descriptiva, a través de las tablas; así mismo se emplea la estadística inferencial para poder mostrar la relación existente entre las variables en estudio y cada uno de los objetivos planteados.

Datos generales

Tabla 1

Distribución de la muestra por edades

Edades	Frecuencia	Porcentaje
20 a 39	15	18.8 %
40 a 64	25	31.2 %
65 a más	40	50.0 %
Total	80	100.0 %

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla 1, se aprecia que el 18.8 % de la muestra se encuentra entre 20 y 39 años, el 31.2 % de la muestra tiene entre 40 a 64 años y el 50 %, tiene de 65 a más años.

Tabla 2

Distribución de la muestra según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	54	67.5 %
Femenino	26	32.5 %
Total	80	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla 2, se aprecia que el 67.5 % de la muestra son de sexo masculino, el 32.5 % de la muestra son de sexo femenino.

Tabla 3

Distribución de la muestra según tiempo de tratamiento

Tiempo de Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
0 a 1 año 11 meses	39	48.7 %
2 años a 3 años 11 meses	24	30.0 %
4 años a 5 años 11 meses	12	15.0 %
6 años a más	5	6.3 %
Total	80	100.0 %

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla 3, se aprecia que el 48.7 % de la muestra llevan 0 a 1 año 11 meses de tratamiento; el 30 % de la muestra llevan de 2 años a 3 años 11 meses de tratamiento; el 15 % de la muestra lleva de 4 años a 5 años 11 meses de tratamiento; y el 6.3 % de la muestra lleva de 6 años a más de tratamiento.

Tabla 4

Distribución de la muestra por estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	16	20 %
Casado	52	65 %
Viudo	7	8.8 %
Divorciado	5	6.3 %
Total	80	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla número 4, se aprecia que el 20 % de la muestra son solteros, el 65 % son casados, el 8.8 % son viudos y el 6.3 % son divorciados.

Tabla 5

Distribución de la muestra por grado de instrucción

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	15	18.8 %
Secundaria	26	32.5 %
Superior	39	48.8 %
Total	80	100.0 %

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla número 5, se aprecia que el 18.8 % de la muestra tienen grado de instrucción hasta el nivel primario, el 32.5 % de la muestra hasta el nivel secundario y el 48.8 % hasta el nivel superior.

Variables

Calidad de vida

Tabla 6

Distribución de la muestra por niveles de calidad de vida

Calidad de Vida	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	14	17.5 %
Medio	59	73.8 %
Alto	7	8.8 %
Total	80	100.0 %

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla 6, se aprecia que el 17.5 % de la muestra tienen un nivel de calidad de vida baja, el 73.8 % considera que tienen un nivel de calidad de vida media y el 8.8 % de la muestra, un nivel de calidad de vida alta.

Afrontamiento del estrés

Tabla 7

Distribución de la muestra por tipos de afrontamiento al estrés

Afrontamiento al estrés	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	0	0 %
Preferentemente positivo	0	0 %
No definido	17	21.3 %
Preferencialmente negativo	53	66.2 %
Negativo	10	12.5 %
Total	80	100.0 %

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla 7, se aprecia que el 21.3 % de la muestra tiene como resultado el tipo de afrontamiento al estrés no definido, el 66.2 % el tipo de afrontamiento preferentemente negativo, el 12.5 % el tipo de afrontamiento negativo, y el 0 % de nuestra muestra usa los tipos de afrontamiento positivo y preferentemente positivo.

Calidad de vida y afrontamiento del estrés

Tabla 8

Distribución de la muestra de la Calidad de vida y afrontamiento del estrés

		Afrontamiento al estrés						Total	
		Negativo		Preferentemente negativo		No definido			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Calidad de vida	Bajo	7	8.8%	5	6.3%	2	2.5%	14	17.5%
	Medio	2	2.5%	44	55%	13	16.3%	59	73.8%
	Alto	1	1.3%	4	5%	2	2.5%	7	8.8%
	Total	10	12.5%	53	66.3%	17	21.3%	80	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla 8, se puede apreciar que de los pacientes que obtuvieron como resultado una baja calidad de vida, el 8.8 % emplea una estrategia de afrontamiento al estrés negativo, el 6.3 % una estrategia de afrontamiento al estrés preferentemente negativo y el 2.5 % una estrategia de afrontamiento al estrés no definido; conformando el 17.5 % de pacientes con calidad de vida baja dentro de la muestra total. De los pacientes que obtuvieron como resultado una mediana calidad de vida, el 2.5 % emplea la estrategia de afrontamiento al estrés negativo, el 55 % la estrategia de afrontamiento al estrés preferentemente negativo y el 16.3 % la estrategia de afrontamiento al estrés no definido; conformando el 73.8 % de pacientes con calidad de vida media dentro de la muestra total. Y de los pacientes que obtuvieron como resultado una alta calidad de vida, el 1.3 % emplea una estrategia de afrontamiento al estrés negativo, el 5 % una estrategia de afrontamiento al estrés preferentemente negativo y el 2.5 % una estrategia de afrontamiento al estrés no definido; conformando el 8.8 % de pacientes con calidad de vida alta dentro de la muestra total.

5.2. Contrastación de hipótesis

Para evaluar si las variables en estudio guardan relación o no y poder determinar la aprobación o el rechazo respectivo de las hipótesis, se utilizó el estadístico chi cuadrado, el coeficiente de contingencia, y por último se comparó con las normas interpretativas sugeridas por Cohen a la hora de evaluar la intensidad de la asociación para este coeficiente, las cuales resultan más apropiadas cuando se tiene la presencia de variables nominales, cuyos valores varían de 0 a 1, donde 0 significa que las variables no guardan correlación alguna; y 1, que hay correlación perfecta entre ellas (Coolican, 2005).

Siendo las categorías para los niveles de asociación los siguientes:

- $\varphi \leq 0,3$ => nivel bajo de asociación
 $0,3 < \varphi \leq 0,5$ => nivel medio de asociación
 $\varphi > 0,5$ => nivel alto de asociación.

Así mismo este estudio se realizó a un nivel de confianza o significancia del 95%, por pertenecer al campo de las ciencias sociales, es decir posee un margen de error, nivel de confianza, nivel Alpha o nivel de error estimado de 5%, equivalente a 0,05 ($p < 0.05$).

5.2.1. Prueba de Hipótesis General

- H_0 No existe una relación significativa entre la Calidad de vida y Afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017.
- H_i Existe relación significativa entre la Calidad de vida y el Afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo - 2017.

Tabla 9

Correlación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento en hemodiálisis.

Chi2 - x^2 (ϕ)	0.535
Significancia asintótica (bilateral)	0.000
Grados de libertad (gl)	4
Razón de verosimilitud	0.001
N de casos validos	80

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

La tabla 9, indica la correlación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento en hemodiálisis. Se muestra un coeficiente phi de 0.535 ($\phi > 0,5$), lo que indica que ambas variables tienen un nivel alto de asociación, así mismo la relación es significativa, por lo que el P valor es de $0.000 < \alpha (0.05)$, este resultado permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis general de investigación. Se observa también que la relación tiene un grado de libertad igual a 4 y razón de verosimilitud igual a 0.001, siendo este menor igual a 0.05 por lo que se rechaza la independencia entre las variables. Es decir, a mayor calidad de vida le corresponde un afrontamiento al estrés preferentemente positivo.

5.2.2. Prueba Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

- H_{01} No existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la edad, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.
- H_{i1} Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la edad, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en un hospital de Huancayo – 2017.

Tabla 10

Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la edad

Edad	Chi2 χ^2 (ϕ)	Significancia asintótica (bilateral)	Grado de libertad (gl)
20 - 39 años	0.817	0.040	4
40 - 64 años	0.632	0.041	4
65 a más años	0.454	0.083	4
Total	0.535	0.000	4

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla 10, se observa la relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés por grupos de edad en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Se aprecia que, en los pacientes en edades de 20 a 39 años, las variables tienen una relación significativa, siendo su P valor de $0.040 < \alpha (0.05)$, además de tener un coeficiente phi de 0.817 ($\phi > 0,5$), lo cual indica que entre las variables hay un nivel alto de asociación, aceptándose la hipótesis para este grupo de edad; es decir la calidad de vida es influida por el afrontamiento al estrés y viceversa. En edades de 40 a 64 años, ambas variables tienen una relación significativa, siendo su P valor de $0.041 < \alpha (0.05)$, con un coeficiente phi de 0.632 ($\phi > 0,5$), indicando que las variables tienen un nivel alto de asociación, aceptándose la hipótesis, esto significa que a mayor calidad de vida le corresponde un afrontamiento al estrés preferentemente positivo. Y en el grupo de edades de 65 años a más ambas variables tienen una relación no significativa, siendo su P valor de $0.083 > \alpha (0.05)$, quedando rechazada la hipótesis de investigación y aceptada la hipótesis nula en este grupo de edad.

Hipótesis específica 2

H₀₂ No existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su sexo, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

H_{i2} Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su sexo, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

Tabla 11

Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al sexo

Sexo	Chi2 χ^2 (ϕ)	Significancia asintótica (bilateral)	Grado de libertad (gl)
Masculino	0.662	0.000	6
Femenino	0.535	0.114	4
Total	0.535	0.000	6

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla 11 se observa la relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a sexo de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Se aprecia que, en los pacientes de sexo masculino, las variables tienen relación significativa, siendo su P valor de $0.000 < \alpha (0.05)$, con un coeficiente phi de 0.662 ($\phi > 0,5$), lo cual indica que entre las variables hay un nivel alto de asociación, aceptándose la hipótesis; es decir, la calidad de vida es influida por el afrontamiento al estrés y viceversa. En cambio, en las pacientes de sexo femenino, ambas variables tienen una

relación no significativa, siendo su P valor de 0.114 > alfa (0.05), por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula.

Hipótesis específica 3

H₀₃ No existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su tiempo de tratamiento, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

H₁₃ Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su tiempo de tratamiento, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

Tabla 12

Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al tiempo de tratamiento

Tiempo de tratamiento	Chi2 χ^2 (<i>phi</i>)	Significancia asintótica (bilateral)	Grado de libertad (gl)
0 - 1 año 11 meses	0.775	0.000	4
2 años - 3 años 11 meses	0.365	1.000	4
4 años - 5 años 11 meses	0.775	0.126	4
6 años a más	-	-	-
Total	0.535	0.000	4

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla 12, se observa la relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al tiempo de tratamiento en los pacientes en terapia de hemodiálisis. Se aprecia que los pacientes con tiempo de tratamiento entre 0 años a 1

año 11 meses, ambas variables tienen una relación es significativa, siendo su P valor de $0.000 < \alpha (0.05)$, con un coeficiente phi de $0.775 (\phi > 0,5)$, lo cual indica que entre las variables hay un nivel alto de asociación, quedando aceptada la hipótesis, es decir, la calidad de vida es influida por el afrontamiento al estrés y viceversa, mientras que en los pacientes con tiempos de tratamiento entre 2 años a 3 años 11 meses y 4 años a 5 años 11 meses, no existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés, siendo sus P valores 1.000 y 0.126 respectivamente, ambos mayores a alfa. En el caso de los pacientes de 6 años a más en tratamiento de hemodiálisis, no se pudo determinar el grado de correlación debido a la reducida cantidad de pacientes presentes en nuestra muestra ($N = 12 < 15$).

Hipótesis específica 4

H₀₄ No existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su estado civil, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

H_{i4} Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su estado civil, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

Tabla 13

Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al estado civil

Estado civil	Chi2 χ^2 (<i>phi</i>)	Significancia asintótica (bilateral)	Grado de libertad (gl)
Soltero	0.738	0.069	4
Casado	0.527	0.006	4
Viudo	1.000	0.030	2
Divorciado			
Total	0.535	0.001	6

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla 13, se observa la relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al estado civil en pacientes en terapia de hemodiálisis. Se aprecia que en los pacientes solteros se presenta un coeficiente de correlación no significativo, con P valor de $0.069 > \alpha$ (0.05), rechazando la hipótesis de investigación y aceptándose la hipótesis nula. En los pacientes casados, se presenta una relación significativa, siendo su P valor de $0.006 < \alpha$ (0.05), con un coeficiente phi de 0.527 ($\phi > 0.5$), lo cual indica que entre las variables hay un nivel alto de asociación; aceptándose la hipótesis, es decir, la calidad de vida es influida por el afrontamiento al estrés y viceversa. En los pacientes viudos, se presenta una relación significativa, siendo su P valor de $0.030 < \alpha$ (0.05), además de tener un coeficiente phi de 1.000 ($\phi > 0.5$), lo cual indica que entre las variables hay un nivel alto de asociación; aceptándose la hipótesis, es decir, la calidad de vida es influida por el afrontamiento al estrés y viceversa. En el caso de los pacientes divorciados en tratamiento de hemodiálisis, no se pudo determinar el grado de relación debido a la reducida cantidad de pacientes presentes en nuestra muestra ($N=12 < 15$).

Hipótesis específica 5

H₀₅ Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la grado de instrucción, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

H_{i5} Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la grado de instrucción, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.

Tabla 14

Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al grado de instrucción

Grado de instrucción	Chi2 χ^2 (ϕ)	Significancia asintótica (bilateral)	Grado de libertad (gl)
Primaria	1.010	0.004	4
Secundaria	0.541	0.107	4
Superior	0.568	0.013	4
Total	0.535	0.000	4

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

En la tabla 14, se observa la relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al grado de instrucción en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Se aprecia que, en los pacientes con grado de instrucción de nivel primario, se presenta una relación es significativa entre las variables, siendo su P valor de $0.004 < \alpha (0.05)$, con un coeficiente phi de 1.010 ($\phi > 0.5$), lo cual indica que entre las variables hay un nivel alto de asociación; aceptándose la hipótesis, es

decir la calidad de vida es influida por el afrontamiento al estrés y viceversa. En los pacientes con grado de instrucción de nivel secundario, se presenta un P valor de $0.107 > \alpha (0.05)$, lo que indica que ambas variables tienen una relación no significativa, quedando rechazada la hipótesis de investigación y aceptada la hipótesis nula. En los pacientes con grado de instrucción de nivel superior, se presenta una relación es significativa, siendo su P valor de $0.013 < \alpha (0.05)$, con un coeficiente phi de $0.568 (\phi > 0.5)$, lo cual indica que entre las variables hay un nivel alto de asociación; aceptándose la hipótesis, es decir, la calidad de vida es influida por el afrontamiento al estrés y viceversa.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad en la cual se va perdiendo de forma gradual e irreversible la función de los riñones, como consecuencia el paciente sufre una serie de síntomas, que lo obligan a ingresar a programas de tratamiento, siendo uno de ellos la hemodiálisis, actualmente es un tratamiento empleado en un 90% de los pacientes, permitiendo que su sangre sea filtrada y purificada, dándoles así la posibilidad de alargar sus vidas, para llevarlo a cabo se requiere que el paciente asista a su centros de salud tres veces por semana, además de cumplir con restricciones, que implican un cambio total en su estilo de vida, obligándolos a emplear mecanismos de afrontamiento para adaptarse, reducir o anular el impacto de esta situación en sus vidas; las estrategias de afrontamiento son respuestas que surgen ante un estresor y contexto determinado. (Vergaray, 2016; Alarcón, 2014; De los Santos, 2016; Cassaretto y Paredes, 2006).

A pesar de la consideración que se debe prestar al estudio de estos temas desde el punto de vista psicológico, pudimos observar que aún existen muy pocas investigaciones que traten acerca de variables como la calidad de vida y/o el afrontamiento al estrés en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis dentro del contexto del valle del Mantaro; es por ello que nos vimos motivadas a poder brindar conocimientos respecto a la relación que guardan las dos variables en mención; además de detallar el tipo relación existente cuando se consideran las variables sociodemográficas como la edad, sexo, tiempo de tratamiento, estado civil y grado de instrucción. A continuación, pasamos a explicar y analizar cada uno de los resultados obtenidos.

1. Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés.

En la hipótesis general del presente estudio, se planteó la existencia de una relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo. Los resultados obtenidos confirman y hacen válida dicha relación (tabla 9), encontrándose un nivel alto de asociación con un coeficiente phi de 0.535, así mismo la relación significativa, siendo su P valor igual a $0.000 < \alpha (0.05)$, este resultado permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis general de investigación, es decir que ambas variables se influyen positivamente entre sí, dando a entender que la calidad de vida es influida por el afrontamiento al estrés y viceversa.

También concuerda con lo obtenido por Gonzalez (2018) cuando halló un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.776 lo que indica que existe correlación positiva alta entre las variables en estudio y concluye en que las

estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis (P valor = $0.000 < 0.05$). Contreras (2007) por su parte también concluye en que los resultados obtenidos en su estudio permiten identificar que hay estrategias de afrontamiento que se relacionan de forma significativa ya sea directa o inversa con las dimensiones de calidad de vida percibida por los pacientes.

Es semejante también a las conclusiones a las que llega De los Santos (2017), a partir de los resultados obtenidos en su investigación en la cual ambas variables inicialmente no guardan relación significativa, sin embargo cuando realiza la correlación entre estrategias de afrontamiento activas con la calidad de vida, se encuentra una alta relación significativa, a comparación de las estrategias pasivas, mencionando entonces que el empleo de las estrategias de afrontamiento activos tienen un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes, permitiéndoles una mejor adaptación ante los cambios que genera la hemodiálisis, y por el contrario las estrategias de afrontamiento pasivas, lo llevan a guardar sentimientos de insatisfacción, culpa y entre otros sentimientos negativos por la situación que atraviesa.

Algo similar sucede en el estudio longitudinal de Ruiz de Alegria, Basabe y Saracho (2013) en la que obtienen como resultado general, que el uso de estrategias de afrontamiento no tienen un efecto predictor sobre la calidad de vida, sin embargo, halló que las estrategias de evitación sí influyen en el componente mental de la calidad de vida de los pacientes en diálisis, esto abre puertas a la necesidad de hacer estudios, respecto a las estrategias de afrontamiento concretas de los pacientes, para determinar específicamente cuál de las estrategias estarían guardando una relación

positiva o negativa con la calidad de vida de los pacientes; de esta manera, se estaría facilitando aún más en el trabajo del personal de salud, en su intervención a los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Alarcón (2014) afirma que tanto la enfermedad como sus tratamientos deterioran la calidad de vida de quienes la padecen y depende de cuán eficaces sean sus estrategias de afrontamiento para adaptarse a la situación. González (2004), menciona acerca de la presencia de estrategias de afrontamiento positivas o adaptativas, y estrategias de afrontamiento negativas o no adaptativas, los cuales se manifiestan a través de los pensamientos y conductas de los pacientes, y lo que implica el predominio de una de estas en el modo de afrontar su situación; explica que las primeras llevan al paciente a tener un buen ajuste al tratamiento, por ende una mejor percepción de su calidad de vida; mientras que las segundas interfieren su ajuste al tratamiento y afectan negativamente la percepción de su calidad de vida.

El poder conocer la relación que guardan nuestras variables permite redirigir y fortalecer los esfuerzos que se hacen en la atención de los pacientes en terapia de hemodiálisis, asegurar aún mejor su nivel de bienestar, para poder favorecer su calidad de vida; la misma que, de acuerdo a lo que se observa en la tabla de distribución de la muestra por niveles de calidad de vida (tabla 6), hay un predominio de calidad de vida media en el 73% de la muestra, lo que significa que tiene el riesgo de descender al nivel bajo; dato que de acuerdo a nuestros resultados, estarían siendo influenciados por el predominio en el uso de estrategias de afrontamiento preferentemente negativas en un 66.2% de la muestra (tabla 7), es decir, actualmente ya es una necesidad trabajar y fortalecer este área.

2. Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la edad.

Para determinar la relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la edad, se dividió la muestra en tres grupos de edad, estos rangos de edad se organizaron tomando en consideración las etapas de desarrollo establecidos por (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010) siendo los adultos tempranos los de 20 a 40 años, los adultos intermedios de 40 a 65 años y los adultos tardíos de 65 años a más; la muestra en estudio estuvo conformado por el 18.8% de pacientes entre 20 a 39 años; 31,2% de 40 a 64 años y 50%, de 65 a más años, siendo este último, el grupo con mayor número de pacientes (Tabla 1).

En nuestro resultado se pudo apreciar (tabla 10) que en los pacientes en edades de 20 a 39 años, se presenta un alto nivel de asociación con un coeficiente phi igual a 0.817 ($\phi > 0,5$), y un P valor igual a 0.040, $<$ alfa (0.05), lo que indica que ambas variables tienen una relación significativa; en el caso los pacientes de edades entre 40 a 64 años, se presenta un P valor igual a 0.041, $<$ alfa (0.05), y un coeficiente phi igual a 0.632 ($\phi > 0,5$), lo que indica que ambas variables tienen una relación significativa y un nivel de asociación alta; en ambos grupos de edad se aceptó la hipótesis, es decir la calidad de vida es influida por el afrontamiento al estrés y viceversa.

Sin embargo, en el grupo de edades de 65 años a más, ambas variables tienen una relación no es significativa, debido a que se obtiene un P valor igual a 0.083, $<$ alfa (0.05), por lo que se rechazó la hipótesis de investigación y se aceptó la hipótesis nula. Es decir, en este grupo de edad nuestras variables no se relacionan entre sí, sin

embargo, en sus niveles de calidad de vida hubo un predominio del nivel medio, similar a los resultados obtenidos en el resto de grupos de edades en las cuales si resulta significativa la relación entre las variables en estudio; el resultado particular en este grupo de edad podría explicarse por la intervención de factores distintos a las estrategias de afrontamiento empleadas o variables extrañas.

Al respecto Alfaro (2011) refiere que en el grupo de pacientes longevos (61 - 70 años) se presenta una peor calidad de vida, mayores síntomas depresivos y de ansiedad, debido al hecho de que, conforme los pacientes avanzan en edad también reducen su capacidad funcional e incrementan su comorbilidad en otras enfermedades, a su vez esto los lleva a realizar menos actividades físicas y sociales, afectando su interacción con otras personas. Perez (2001), por su parte refiere que frente al problema que se presenta en la calidad de vida de los adultos mayores (de 65 años a más), el objetivo de superarlo resulta una tarea complicada a comparación de otras edades, debido a que los principales factores que lo condicionan son la edad en sí misma y la comorbilidad, es por ello que principalmente se deben atender aspectos como el soporte social, su condición física.

Sin embargo, sería importante seguir investigando, en nuestro contexto, acerca de la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en personas adultas mayores en tratamiento de hemodiálisis, dado su importancia por la cantidad de población existente y la característica particular de su calidad de vida y sus patrones de morbimortalidad, como también lo sugiere Perez (2001) en su estudio acerca de pacientes geriátricos en hemodiálisis.

3. Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al sexo.

Respecto al sexo de los pacientes, en nuestro estudio hubo predominio en la cantidad de pacientes del sexo masculino con un 67.5 % de la muestra, a comparación del sexo femenino que fue el 32.5 % restante (Tabla 2). Respecto al segundo objetivo específico planteado (Tabla 11), en los pacientes de sexo masculino, se presenta una relación significativa entre las variables, siendo su P valor de $0.000 < \alpha (0.05)$ y un alto nivel de asociación con un coeficiente phi igual a 0.662 ($\phi > 0,5$), aceptándose la hipótesis, es decir, la calidad de vida es influida por el afrontamiento al estrés y viceversa. En cambio, en las pacientes de sexo femenino, no se halló una relación significativa entre las variables, siendo su P valor igual a $0.114 > \alpha (0.05)$, por lo que se rechazó la hipótesis de investigación y se aceptó la hipótesis nula.

Estudios hechos por de Ware y Kosinski, y por Álvarez, Ruiz y Vázquez (como se cita en Vergaray, 2016) afirman que entre la calidad de vida y el sexo de los pacientes no existe ninguna relación significativa, es decir la calidad de vida no está determinada por el sexo de los pacientes. Sin embargo, en los resultados obtenidos en la presente investigación se muestran diferencias de significancia en la correlación de las variables en estudio, esto se podría estar dando por las diferencias psicológicas y/o físicas presentes en ambos sexos, entre otras variables externas que tienen características particulares en ambos sexos, y que en el caso de las mujeres estas variables estén influyendo en mayor grado que las estrategias de afrontamiento empleadas; esta justificación surge a partir de la información revisada y que se menciona a continuación.

Alfaro (2011) menciona que en el caso de las mujeres, a comparación de los varones, se presentan mayores dificultades al momento de realizar actividades

físicas, su nivel de tolerancia frente al dolor es diferente, en ocasiones se muestran más sensibles ante molestias físicas, lo que las lleva por lo general a limitar sus actividades; así mismo existen diferencias psicológicas ya presentes no solo en los pacientes de hemodiálisis sino en la población en general, como la mayor tendencia a padecer de síntomas de ansiedad y rasgos depresivos por parte de las mujeres; además de haber factores sociales importantes que deben ser consideradas, como el tener un menor acceso a actividades públicas, el menor status económico, mayor tasa de desempleo y el acceso restringido a la educación en algunos contextos.

Resultaría importante incluir estas variables físicas, psicológicas y sociales como un tema de estudio para futuras investigaciones comparativas respecto al sexo de los pacientes en terapia de hemodiálisis, y su influencia en la calidad de vida; otro tema importante en vista de la diferencias presentadas, sería poder determinar cuáles son las estrategias específicas de afrontamiento las que influyen de forma significativa en la percepción de la calidad de vida en los pacientes en terapia de hemodiálisis de acuerdo a su sexo. Los resultados ya obtenidos y los que se hagan a partir de este estudio permitirán mejorar la forma de intervención que se haga a los pacientes, ya que se podrá atender de forma más particular las necesidades que en ellos se presenten y puedan mejorar sus niveles de bienestar psicológico.

4. Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al tiempo de tratamiento.

Para poder apreciar la relación entre las variables en estudio de acuerdo al tiempo de tratamiento que llevan los pacientes en terapia de hemodiálisis, se dividió la muestra en cuatro categorías, los que tuvieron entre 0 y 1 año 11 meses de

tratamiento fueron el 48.7 % de la muestra, siendo ellos el mayor número de pacientes; los que tuvieron entre 2 años a 3 años 11 meses de tratamiento fueron el 30 % de la muestra; los de 4 años a 5 años 11 meses de tratamiento, el 15 %; y los que llevan de 6 años a más, el 6.3 % (Tabla 3).

Luego del procesamiento de datos (Tabla 12), se obtuvo como resultado que en los pacientes con tiempo de tratamiento entre 0 años a 1 año 11 meses, ambas variables tienen una relación significativa, siendo su P valor de 0.000, $< \alpha (0.05)$ y un alto nivel de asociación con un coeficiente phi de 0.775 ($\phi > 0,5$), aceptándose la hipótesis; es decir que, la calidad de vida es influida por el afrontamiento al estrés y viceversa; mientras que en los pacientes con tiempos de tratamiento entre 2 años a 3 años 11 meses y 4 años a 5 años 11 meses, no existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés; en el caso de los pacientes de más de 6 años de tratamiento, no se pudo determinar el grado de correlación debido a la reducida cantidad de pacientes presentes en la muestra de este grupo ($N=12 < 15$).

Los resultados obtenidos se podrían explicar a través del proceso de adaptación al tratamiento de hemodiálisis, Rudnicki(2006), lo subdivide en etapas: la 1° se inicia luego de 1 a 2 semanas después de la primera sesión y dura de 6 semanas a 6 meses, el paciente experimenta sentimientos de satisfacción y confianza, por la mejoría en sus estados físico y emocional, acepta su dependencia a la máquina, al procedimiento médico y al personal de salud, demuestra gratitud y cooperación en su tratamiento; en la 2°, los sentimientos anteriores se reducen y surge la sensación de desamparo y tristeza debido a temas como el empleo, la familia y responsabilidades económicas que cambiara por la enfermedad crónica; y en la última etapa se da la aceptación de las limitaciones propias y del tratamiento, es gradual y variable está

marcada por fluctuaciones en los niveles de bienestar físico y emocional, que varían paciente a paciente.

Es posible que durante el periodo de 0 a 1 años 11 meses, casi la totalidad de las acciones, emociones y pensamientos de paciente están enfocados en el restablecimiento de su salud, además de la predisposición que tiene a poder aprender, obedecer y colaborar en el proceso de tratamiento, hacen que la variable estrategias de afrontamiento al estrés, este relacionado directamente con la calidad de vida del paciente. En cambio, conforme pasa el tiempo ganan importancia otro tipo de variables externas que podrían estar afectando en el nivel de significancia correlacional de nuestras variables, haciendo que se anule nuestra hipótesis para los tiempos de tratamiento de 2 años en adelante.

Sin embargo, se pudo observar que para este tipo de resultados referentes al tiempo de tratamiento lo más adecuado sería un tipo de investigación longitudinal, debido a que los cambios experimentados en la calidad de vida a lo largo del tiempo de tratamiento, se experimenta de forma particular en cada paciente. Por otro lado también se abre la posibilidad de hacer investigaciones relacionados a la calidad de vida y afrontamiento al estrés (con las variables juntas o de forma separada), en cada etapa de adaptación al tratamiento de enfermedad renal crónica por la que atraviesan los pacientes en terapia de Hemodiálisis, de acuerdo a la clasificación que le da Rudnicki (2006), y de esta manera los profesionales de la salud podrían conocer, acompañar, orientar y realizar más mejoras en sus intervenciones a los pacientes crónicos y sus familiares.

5. Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al estado civil.

Para determinar el tipo de relación que existe entre nuestras variables respecto al estado civil, se consideraron cinco categorías; los solteros, representando el 20 % de pacientes dentro de la muestra; los casados, conformado por el 65 % siendo, en cantidad la gran mayoría de pacientes en la presente investigación; los viudos con el 8.8 % de representación dentro de la muestra y los divorciados, conformado por el 6.3 % de la muestra en estudio (Tabla 4).

De los cuales se obtuvo como resultado (Tabla 13) que, en los pacientes casados, ambas variables tienen una relación significativa, siendo su P valor igual a $0.006 < \alpha (0.05)$, con un coeficiente phi de 0.527 ($\phi > 0.5$), siendo su nivel de asociación alto; de forma similar ocurre en el caso de los pacientes viudos, con P valor de $0.030 < \alpha (0.05)$ y coeficiente phi de 1.000 ($\phi > 0.5$), lo que indica que ambas variables tienen una relación significativa y un nivel de asociación alto; en ambos casos se acepta la hipótesis, es decir que, la calidad de vida es influida por el afrontamiento al estrés y viceversa. En el caso de los pacientes divorciados, no se pudo determinar el grado de correlación debido a la reducida cantidad de pacientes presentes en nuestra muestra.

En los pacientes solteros se presenta un coeficiente de correlación no significativo, siendo su P valor igual a $0.069 > \alpha (0.05)$, quedando anulada la hipótesis de investigación, es decir en el caso de los pacientes solteros nuestras variables en estudio no guardan relación entre ellas, en lo referente a los resultados obtenidos, no se pudieron encontrar antecedentes o fuentes bibliográficas que nos

ayuden a justificarlos, aunque, autores como Verdejo (2009) remarcan que la familia hace que los pacientes cubran sus necesidades de apoyo y protección emocional, es considerada también como un factor de soporte emocional, que da la posibilidad de que los miedos y angustias se disipen durante el tratamiento de hemodiálisis, debido a la constante necesidad de ayuda requerida, haciendo de ello un factor esencial para mejorar su calidad de vida.

Por otra parte, durante el análisis de nuestros resultados pudimos observar que una alternativa recomendable para el estudio de nuestras variables de acuerdo al estado civil de los pacientes, sería el de considerar las categorías siguientes: con pareja y sin pareja, puesto que podrían darse casos como el de ser solteros pero estar conviviendo o un casado que lleva un buen tiempo separado de su esposa pero que aún no se divorcia; lo cual ya no nos fue posible modificar en el proceso, porque los datos sociodemográficos de estado civil considerados, no nos permite realizar modificaciones en sus categorías.

6. Relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su grado de instrucción.

De acuerdo a grado de instrucción, en la muestra se pudo apreciar que el 18.8 % de tuvo el grado de instrucción hasta el nivel primario, el 32.5 % de la muestra hasta el nivel secundario y el 48.8 % hasta el nivel superior, siendo esta última categoría numéricamente la mayor parte de nuestra muestra (Tabla 5). En lo que respecta a la relación de entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al grado de instrucción (Tabla 14) se obtuvo que, en los pacientes con grado de instrucción de nivel secundario, se presenta una relación no significativa, siendo su P

valor igual a $0.107 > \alpha (0.05)$, quedando rechazada la hipótesis de investigación y aceptada la hipótesis nula.

En el caso de los pacientes con grado de instrucción de nivel primario, se presenta una relación significativa entre las variables, siendo su P valor igual a $0.004 < \alpha (0.05)$ y un nivel de asociación alto con un coeficiente phi de $1.010 (\phi > 0.5)$; de igual forma en los pacientes con grado de instrucción de nivel superior, cuyo P valor es igual a $0.013 < \alpha (0.05)$ y coeficiente phi de 0.568 , lo cual indica que la relación entre las variables es significativa, con un nivel de asociación alto; es decir en el caso de los pacientes de grado de instrucción primario y superior, ambas variables en estudio están relacionadas entre sí.

Alfaro (2011) refiere que el mayor grado de instrucción está asociada a un mejor uso recursos cognitivos, lo que se entienden como estrategias de afrontamiento, que le permitirían una mejor adaptación a la enfermedad y la posibilidad de tener una mejor calidad de vida, debido a que este grupo de pacientes presentan una mayor capacidad de obtener información acerca de su enfermedad y los cuidados propios del tratamiento que siguen; lo que da entender que ambas variables están relacionadas entre sí similar a lo obtenido en nuestro estudio, sin embargo durante el análisis de nuestros datos pudimos observar que en la muestra, ocurre lo contrario a los resultados obtenidos por el autor cuando se miden las variables por separado, esto se podría explicar por la condición laboral en la que se encontraban nuestros pacientes, ya que como sostiene el autor las personas sin un trabajo perciben un mayor deterioro en su calidad de vida.

Sería importante la realización de futuras investigaciones que consideren también la condición laboral de los pacientes para comprobar de forma más específica la relación entre las variables estudiadas. Por otro lado en el caso de los pacientes con grado de instrucción de nivel primario se pudo observar que la mayoría pertenece al tiempo de tratamiento de 0 a 1 año 11 meses, variable que podría estar influyendo en nuestros resultados ya que en ambos casos hay una relación significativa entre la variables estudiadas; para el caso de los paciente con grado de instrucción secundario en quienes no se haya una relación significativa, la mayoría de ellos son de la edad de 65 años a más, esto podría estar influyendo en los resultados, ya que en esas edades no se halló una relación significativa.

En lo referente al grado de instrucción no se descarta el hecho de haber otras variables extrañas que estén relacionadas de alguna forma a la calidad de vida de pacientes debilitando su relación con las estrategias de afrontamiento empleadas, lo cual abre las puertas a la realización de estudios futuros que precisen mejor estos aspectos.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las cuales se pudieron llegar, surgen a partir de los objetivos planteados en este estudio y los resultados obtenidos en el análisis de datos; aportando en conocimientos que se detallan a continuación.

1. Se determinó que existe relación entre las variables calidad de la vida y afrontamiento al estrés, en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo. Se muestra un coeficiente phi de 0.535 ($\varphi > 0,5$), lo que indica que ambas variables tienen un nivel alto de asociación, así mismo la relación es significativa, por lo que el P valor es de $0.000 < \text{alfa} (0.05)$, este resultado permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis general de investigación.
2. Se identificó que la relación de la calidad de vida y el afrontamiento al estrés de acuerdo a la edad; en los pacientes en edades de 20 a 39 años y en los de edades de 40 a 64 años, siendo su P valor de $0.040 < \text{alfa} (0.05)$ con un coeficiente phi

de 0.817 ($\phi > 0,5$) y P valor de 0.041 < alfa (0.05) con un coeficiente phi de 0.632 ($\phi > 0,5$) respectivamente, en ambos casos la relación es significativa con un alto nivel de asociación, se aprueba la hipótesis de investigación y se rechaza la nula; mientras que, en el grupo de edades de 65 años a más, se observa que la relación no es significativa, siendo su P valor de 0.083 > alfa (0.05), en este caso se rechaza la hipótesis de investigación y se aprueba la independencia de las variables en estudio.

3. Se identificó que la relación de la calidad de vida y el afrontamiento al estrés de acuerdo al sexo de los pacientes; en los de sexo masculino se presenta una relación significativa con un nivel alto de asociación, siendo su P valor de 0.000 < alfa (0.05) y coeficiente phi de 0.662 ($\phi > 0,5$), siendo aprobada la hipótesis de investigación y la influencia entre las variables estudiadas, mientras que en las de sexo femenino, ambas variables no guardan una relación significativa, siendo su P valor de 0.114 > alfa (0.05) y se rechaza la hipótesis de investigación, quedando aprobada la hipótesis nula.
4. Se identificó que la relación de la calidad de vida y el afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia de hemodiálisis de acuerdo a su tiempo de tratamiento; en los que tienen entre 0 años a 1 año 11 meses de tratamiento, se presenta una relación significativa con un nivel alto de asociación, siendo su P valor de 0.000 < alfa (0.05) y coeficiente phi de 0.775 ($\phi > 0,5$), es decir ambas variables están relacionadas, quedando aprobada en este caso la hipótesis de investigación; en cambio, en los pacientes con tiempos de tratamiento entre 2 años a 3 años 11 meses y 4 años a 5 años 11 meses, no existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés, siendo sus P

valores 1.000 y 0.126 respectivamente, ambos mayores a alfa (0.05), quedando aprobada la hipótesis nula y la independencia entre estas variables. En el caso de los pacientes de más de 6 años en tratamiento, no se pudo determinar el grado de correlación debido a la reducida cantidad de pacientes que se hallaron para este estudio.

5. Se identificó que la relación de la calidad de vida y el afrontamiento al estrés de acuerdo al estado civil de los pacientes; en los solteros se presenta una relación no significativa entre las variables, con P valor de $0.069 > \alpha (0.05)$, quedando rechazada la hipótesis de investigación y aprobada la hipótesis nula. En el caso de los pacientes casados y viudos, se presenta una relación significativa con un alto nivel de asociación, siendo sus P valor de $0.006 < \alpha (0.05)$ con un coeficiente phi de 0.527 ($\phi > 0.5$) y 0.030 $< \alpha (0.05)$ con un coeficiente phi de 1.000 ($\phi > 0.5$) respectivamente, quedando aprobada la relación de las variables y la hipótesis de investigación. En el caso de los pacientes divorciados en tratamiento de hemodiálisis, no se pudo determinar el grado de correlación debido a la reducida cantidad de pacientes hallados para el estudio.
6. Se identificó que la relación entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al grado de instrucción; en los pacientes de grado de instrucción de nivel primario y superior, se presenta una relación significativa con alto nivel de asociación entre las variables en estudio, siendo sus P valor de, $0.004 < \alpha (0.05)$ con un coeficiente phi de 1.010 ($\phi > 0.5$) y $0.013 < \alpha (0.05)$ con un coeficiente phi de 0.568 ($\phi > 0.5$), respectivamente, en ambos casos se aprueba la hipótesis de investigación y se rechaza la nula; en los pacientes con grado de instrucción de nivel secundario, no hay una relación significativa entre ambas

variables, siendo su P valor de $0.107 > \alpha (0.05)$, en este caso se rechaza la hipótesis de investigación y se aprueba la independencia de las variables en estudio.

RECOMENDACIONES

Publicar el presente estudio en el repositorio de tesis de la Universidad Peruana los Andes, así como en otros medios académicos y/o científicos, a fin de que sirva como antecedente a futuras investigaciones acerca del tema y se siga ampliando el conocimiento y bibliografía actual. Así mismo se profundice más en el estudio de la calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica, mejorando los niveles y la metodología científica utilizada.

Diseñar o adaptar instrumentos de evaluación psicológica, que permitan hacer un seguimiento continuo a los pacientes con enfermedades crónicas y que sean propias para cada tipo de enfermedad, como es el caso de la insuficiencia renal crónica; que le permitan a los profesionales de la salud, identificar los distintos aspectos del estado psicológico de los pacientes, debido a que en el transcurrir del tiempo este cambia por ende las atenciones y orientaciones que se les brinde a los

pacientes y sus familiares, también requieren ser más específicas en cada etapa que deben afrontar.

Diseñar y desarrollar programas educativos de intervención a pacientes de insuficiencia renal crónica, en las que se cuente con el aporte y participación del equipo médico multidisciplinario (doctores, enfermeras, nutricionistas y psicólogos), en las que se brinde orientación comprensible y especializada respecto a la enfermedad y los cuidados que se deben tener a lo largo de su tratamiento, que estén dirigidos tanto a los pacientes, como a sus familiares y personas de su entorno social; esto en vista de que son muchos los factores que determinan la calidad de vida del paciente. Que estos programas cuenten con la evaluación a los pacientes con un (pre y post test) para confirmar su eficacia y la realización de mejoras continuas.

Desarrollar nuevos trabajos de investigación en el área de psicología que estén dirigidas al estudio de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis ya sea en diálisis peritoneal y/o hemodiálisis, en aspectos como la calidad de vida, estrategias de afrontamiento al estrés, adhesión al tratamiento, afrontamiento a la enfermedad, la funcionabilidad familiar, etc. Al respecto actualmente es muy necesaria la realización de estudios de tipo longitudinal y contextualizados al entorno sociocultural de los pacientes, por tratarse de una enfermedad crónica; los cuales permitan hacer un seguimiento más preciso del estado psicológico de los pacientes, además de complementar los conocimientos obtenidos por los estudios transversales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, P., Chaparro, L., & Rey, C. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos. *Revista Colombiana de Psicología, 17*, 9-26.
- Aica, S. (2015). *Calidad de vida del paciente adulto en hemodiálisis del Centro Especializado en Enfermedades Renales*. Título de Especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Alarcón, S. (2014). *Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro especializado de enfermedades renales*. Tesis de Post Grado , Universidad Nacional Mayor de San Marcos , Perú.
- Alarcón, S. (2014). *Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro especializado de enfermedades renales*. Título de especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Alfaro, P. (2011). *Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis*. Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Aliaga, J., & Tenicela, A. (2019). *Calidad de vida y Afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo- 2017*. Tesis de licenciatura, Universidad Peruana los Andes, Huancayo.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología, 35*(2), 161- 164.
- Avendaño, L. (2008). *Historia de la Nefrología en España*. Barcelona, España: Nefrología de la Sociedad Española de Nefrología.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Botero, B., & Pico, M. (2007). Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista hacia la promoción de la Salud, 12*, 11- 24.
- Cassaretto, M., & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP, 24*(1), 109-140.
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2018). La enfermedad renal crónica en el Perú. *Boletín Epidemiológico del Perú*,

27(16), 291-293. Obtenido de
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/16.pdf>

Colegio de ética y deontología profesional de los psicólogos del Perú. (16 de julio de 2018). Código de ética y deontología. Perú. Recuperado el 1 de diciembre de 2018, de
https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

Contreras, F., Esguerra, G. J., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (2007). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487- 499.

Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología. Manual en español*. Mexico DF: Manual Moderno.

Cuñado, R. (2015). *Repercusiones de la enfermedad renal y de los tratamientos sustitutivos en los pacientes renales crónicos*. Tesis de licenciatura, Universidad de Valladolid, Valladolid.

De los Santos, K. (2016). *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 de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

Dirección General de Epidemiología. (2015). *Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú*. Lima: Ministerio de salud del Perú.

Escobar, N. (2015). *Calidad de vida de los pacientes que reciben hemodiálisis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza - 2013*. Tesis de especialidad , Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Espinoza, Y., & Pinto, F. (2017). *Afrontamiento en personas sometidas a hemodiálisis en el Hospital regional José Alfredo Mendoza Olavarria II-2 Tumbes 2017*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Tumbes , Perú.

Flores, J., Miriam, A., Borja, H., Morales, J., Vega, J., Zuñiga, C., . . . Jorge, M. (2009). Enfermedad Renal Crónica: Clasificación, identificación manejo y complicaciones. *Revista medica de Chile*(137), 137-177.

Gómez, A., Arias, E., & Jiménez, C. (2006). Insuficiencia Renal Crónica. En S. E. gerontología, *Tratado de geriatría para residentes* (págs. 637-646). Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A.

Gonzales, C. (2018). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en clínica HZ Puente Piedra - Lima – 2018*. Tesis de maestría , Universidad César Vallejo, Perú.

- González, M. (2004). *Manual de Afrontamiento al Estrés para pacientes Oncológicos*. Madrid, España: TEA, Ediciones, S.A.
- González, V., & Lobo, N. (2001). Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Aproximación a un proyecto integral de apoyo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 4(14), 6-12.
- Hermosilla, T., Quirós, P., Remón, C., & Cuerva, Á. G. (2011). *Herramienta de ayuda a la toma de decisiones de pacientes susceptibles de diálisis*. Sevilla, España: Agencia de Evaluación de Tecnologías de Andalucía.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico D.F.: Mc. GrawHille.
- Hidalgo, C. (1997). La dimensión Psicológica de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y su tratamiento. *PSYKHE*, 6(1), 35 - 45.
- Hinojosa, M. (2016). *Insuficiencia renal crónica terminal en Hemodiálisis en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo 2011 - 2015*. Tesis de licenciatura, Universidad Peruana los Andes, Huancayo.
- Maquera, A. (2017). *Afrontamiento y adaptación en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Altiplano, Perú.
- Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la Salud*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Murillo, M. (2019). *Estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica en una institución cuencana*. Tesis de titulación, Universidad de Cuenca, Ecuador.
- National Kidney Foundation. (2007). *Acerca de la insuficiencia renal crónica*. New York, Estados Unidos: Kidney Learning System.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Manual del WHOQOLD*. Ginebra, España: Ergon.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (10 de marzo de 2015). *La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento*. Obtenido de paho.org:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es.
- Orozco, Á., & Castiblanco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas no Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217.

- Ortega, E. (2009). La psiconefrología en el Perú. *Temática psicológica*, 5(1), 27-33.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México D.F., México: McGrawHill.
- Pereyra, M. (2010). Estrés y Salud. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida* (págs. 213 - 248). México DF, México: Cengage Learning.
- Pérez, R. (2001). Pacientes geriátricos en hemodiálisis. Diálisis en el anciano. *Revista SEDEN*, 4(15), 64-73.
- Piazza, A. (1992). Historia del servicio de Nefrología, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Nefrología*, 12(3), 46-50.
- Piedra, E., & Quevedo, A. (2019). *Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis*. Tesis de titulación, Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Quispe, F. (2019). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de Hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo - 2018*. Tesis de licenciatura, Universidad Continental, Perú.
- Riveros, A., Castro, C., & Lara, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 291- 304.
- Rodriguez, E., Campillo, M., & Avilés, M. (Junio de 2013). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. *Hacer psicología*. Obtenido de <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>
- Romero, E., Martínez, B., Makaiza, E., Guarín, A., & Perez, J. (2013). Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis. *Avances en enfermería*, 31(1), 32-41.
- Rudnicki, T. (2006). Aspectos emocionales del paciente Renal Crónico. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 279 - 288.
- Ruiz de Alegria, B., Basabe, N., & Saracho, R. (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio Ingitudinal y multicéntrico. *Revista Nefrología*, 33(3), 342 - 354.
- Ruiz, M. (2018). *Funcionalidad familiar y afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de un Hospital de Huancayo*. Tesis doctoral, Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima.
- Sanabria. (2003). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica*.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (1998). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima, Perú: Mantaro.

- Sánchez, J. (2014). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014*. Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. México DF, Mexico: El Manual Moderno.
- Sauceda, J., & Maldonado, M. (2003). *La familia: su dinámica y tratamiento*. Washington DC, EE.UU.: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Sierra, C., & Julio, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dilítica. *Psicogente*, 13(23), 27- 41.
- Smith, E., Nolen, S., Fredrickson, B., & Loftus, G. (2003). *Introducción a la psicología*. Madrid, España: Thomson Editores Spain.
- Toasa, J. (2017). *Estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de Hemodiálisis*. Tesis de licenciatura, Universidad técnica de Ambato, Ecuador .
- Verdejo, M. (2009). *Calidad de vida del paciente en hemodiálisis*. Tesis de postgrado, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Vergaray, B. (2016). *Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Reginal Hermilio Valdizan Medrano Huanuco 2014*. Tesis de licenciatura, Universidad de Huanuco, Huanuco.

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE DE ESTUDIO	METODOLOGÍA
Calidad de vida y Afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo – 2017	<p>Problema general ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017?</p> <p>Problemas específicos ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su edad, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017? ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su sexo, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017? ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de</p>	<p>Objetivo general Determinar qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017</p> <p>Objetivos específicos Identificar qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su edad, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017 Identificar qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su sexo, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017 Identificar qué relación existe entre calidad de vida y</p>	<p>Hipótesis general Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.</p> <p>Hipótesis específicas H1.- Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a la edad, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017. H2.- Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo al sexo, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017. H3.- Existe relación significativa entre calidad de</p>	<p>Variable 1 Calidad de vida</p> <p>Dimensiones Físico Psicológico Relaciones sociales Ambiente</p> <p>Variable 2 Afrontamiento al estrés</p> <p>Dimensiones Afrontamiento positivo Afrontamiento negativo Afrontamiento no definido</p>	<p>Tipo de investigación Aplicativa</p> <p>Nivel de investigación Descriptivo</p> <p>Diseño de investigación Descriptivo Correlacional</p>  <p>Donde: M: muestra de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis O1: Calidad de vida r: Relación O2: Afrontamiento</p>

	<p>acuerdo al tiempo de tratamiento, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017? ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo al estado civil, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017? ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su grado de instrucción, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017?</p>	<p>afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo al tiempo de tratamiento, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017 Identificar qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su estado civil, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017 Identificar qué relación existe entre calidad de vida y afrontamiento al estrés en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su grado de instrucción, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017</p>	<p>vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su tiempo de tratamiento, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017. H4.- Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su estado civil, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017. H5.- Existe relación significativa entre calidad de vida y afrontamiento al estrés de acuerdo a su grado de instrucción, en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo – 2017.</p>		<p>al estrés</p> <p>Población 151 pacientes</p> <p>Muestra 80 pacientes</p> <p>Técnica de muestreo No probabilística – intencional</p>
--	---	---	--	--	--

ANEXO 2: Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Naturaleza de la variable	Escala de medición
Calidad de vida	Según la Organización Mundial de la Salud, la define como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida dentro del contexto cultural y de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” Organización Mundial de la salud, (1998).	La calidad de vida se conoció a través de la cuestionario de calidad de vida WHOQOL BREF aplicada a los pacientes de insuficiencia renal crónica de un hospital de Huancayo, los resultados obtenidos fueron clasificados en bajo, medio y alto.	Calidad de vida Global	percepción general de la calidad de vida	1	Cuantitativo (Sanchez y Reyes, 1998).	Ordinal (Sanchez y Reyes, 1998).
			Salud General	Percepción general de su salud.	2		
			Salud Física	Dolor e incomodidad	3; 4; 10; 15; 16; 17; 18		
				Energía y fatiga			
				Actividad sexual			
			Psicológica	Sueño y descanso	5; 6; 7; 11; 19; 26		
				Funciones sensoriales			
				Sentimientos positivos			
espiritualidad							
Relaciones Sociales	Pensamiento	20; 21; 22					
	Aprendizaje						
	Memoria y concentración						
Ambiente	Autoestima	8; 9; 12; 13; 14; 23; 24; 25					
	Apariencia corporal						
	Sentimientos negativos						
	Las relaciones personales						
	Actividad sexual						


Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Naturaleza de la variable	Escala de medición
Afrontamiento al estrés	Lazarus y Folkman definen el afrontamiento al estrés como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes y encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que agotan o sobrepasan los recursos personales. González (2004).	El afrontamiento al estrés se conoció a través del cuestionario de afrontamiento al estrés CAEPO aplicada a los pacientes de insuficiencia renal crónica de un hospital de Huancayo, los resultados obtenidos fueron clasificados en afrontamiento positivo, afrontamiento preferentemente positivo, no definido, preferentemente negativo y negativo.	Afrontamiento positivo (González, 2004, p.37)	Enfrentamiento y lucha activa (ELA)	1; 2; 13; 16; 17; 21; 24; 31; 39	Cuantitativo	Ordinal
				Autocontrol y control emocional (ACE)	3; 7; 12; 19; 25; 28; 40		
				Búsqueda de apoyo social (BAS)	10; 5; 33; 15		
			Afrontamiento negativo: (González, 2004, p.38)	Ansiedad y preocupación ansiosa (APA)	4; 6; 14; 22; 26; 32		
				Pasividad y resignación pasiva (PRP)	11; 23; 34; 35; 37		
				Huida y distanciamiento (HD)	8; 9; 18; 29; 30; 38		
				Negación (N)	20; 27; 36		
	Afrontamiento no definido (González, 2004, p.38)						

ANEXO 3: Matriz de operacionalización de instrumento

Variable	Instrumento	Respuestas de las preguntas del cuestionario	Dimensiones	Escala valorativa	Indicadores
Calidad de vida	Whoqold Bref	Varía según las preguntas que se presenten.	Calidad de vida	0-30 calidad de vida baja 31-69 calidad de vida media 70-100 calidad de vida alto	La calidad de vida de manera general valora la salud física, psicológica, las relaciones sociales y ambiente permitiendo evaluar los efectos que ocasiona la enfermedad en la calidad de vida del individuo.
		Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente		Dominio 1	0-17 calidad de vida baja 18-21 calidad de vida media 22-35 calidad de vida alto
		Muy insatisfecho Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho	Dominio 2	0-17 calidad de vida baja 18-21 calidad de vida media 22-35 calidad de vida alto	Esta área permite valorar el estado afectivo y cognitivo del evaluado.
		Nunca Raramente Moderadamente Frecuentemente Siempre	Dominio 3	0-17 calidad de vida baja 18-21 calidad de vida media 22-35 calidad de vida alto	Área en el que se observa la percepción ante las relaciones interpersonales, apoyo familiar y la interacción de médico paciente.
			Dominio 4	0-17 calidad de vida baja 18-21 calidad de vida media 22-35 calidad de vida alto	Son indicadores que permiten valorar el entorno que rodea al individuo y su interacción con éste.

Variable	Instrumento	Respuestas de las preguntas del cuestionario	Dimensiones	Escala valorativa	Indicadores
Afrontamiento al estrés	Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes Oncológicos (CAEPO)	Nunca Algunas veces Muchas veces Casi siempre	Afrontamiento positivo	Afrontamiento positivo (3 a 9)	Hay presencia de estrategias de afrontamiento positivas exclusivas o claramente dominantes
				Afrontamiento preferentemente positivo (1 a 2)	Se aprecian tanto estrategias de afrontamiento positivas como negativas, pero hay una mayor presencia de estrategias positivas.
			Afrontamiento no definido	Afrontamiento no definido (0)	Coexisten con igual intensidad las estrategias de afrontamiento positivas y negativas. No hay predominancia de ninguna de ellas.
			Afrontamiento negativo	Afrontamiento preferentemente negativo (-1 y -2)	Se aprecian tanto estrategias de afrontamiento positivas como negativas, pero hay una mayor presencia de estrategias negativas.
				Afrontamiento negativo (-9 a -3)	Se observan estrategias de afrontamiento negativas exclusivas o claramente dominantes

ANEXO 4: Constancia de aplicación de instrumentos




"Año del Dialogo y Reconciliación Nacional"
"Año del fortalecimiento de la atención primaria en EsSalud"

CARTA N° 1561 -UCID-HNRPP-ESSALUD-2018

Huancayo, 27 de Diciembre del 2018

Señor:
Doctor JORGE ESCOBAR ZAVALETA
Jefe del Departamento de Medicina y Especialidades Médicas
Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé
EsSALUD



CIUDAD -

ATENCION: DR. ROBERT LEON GONZALES
ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES A LAS BACHILLERES TENICELA CALDERON DENISE ADRIANA Y ALIAGA HUERE JAQUELIN JOHANA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

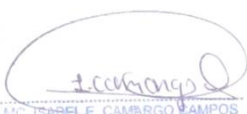

De mi especial consideración:

Por la presente me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente a nombre de la Unidad de Capacitación Investigación y Docencia de la Red Asistencial Junín y al mismo tiempo presentarle a las Bachilleras, TENICELA CALDERON DENISE ADRIANA Y ALIAGA HUERE JAQUELINE JOHANA, de la Universidad Peruana Los Andes, que ha sido aprobado su trabajo de Investigación titulado : CALIDAD DE VIDA Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (IRC) EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO – 2017". Para optar el título de Licenciada en Psicología, por lo que solicito se le brinde las facilidades de acuerdo a normas. A partir del 26 de Diciembre 2018 al 30 de Enero del 2019 de lunes a Viernes de 8.00p.m. a 1.00 p.m. y 3.00 p.m. a 8.00p.m.

Cabe señalar que los materiales que utilicen corren a cargo de las interesadas.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,


M.C. ISABEL E. CAMARGO CAMPOS
Unidad de Capacitación,
Investigación y Docencia
RED ASISTENCIAL JUNIN


ICC/Mirs.
C.c.
Archivo
NIT: 1302-2018-8196

www.essalud.gob.pe | Av. Independencia 296
El Tambo Huancayo
Junín Perú
T.: (064) 248368

ANEXO 5: Confiabilidad del instrumento
Validez del instrumento de Calidad de vida WHOQOL-BREF
validez del instrumento mediante la prueba binomial

		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)
JUEZ1	Grupo 1 DA	2	25	0.96	0.50	.000
	Grupo 2 D	1	1	0.04		
	Total		26	1.00		
JUEZ2	Grupo 1 DA	2	24	0.92	0.50	.000
	Grupo 2 D	1	2	0.08		
	Total		26	1.00		
JUEZ3	Grupo 1 DA	2	21	0.81		
	Grupo 2 D	1	5	0.19	0.50	.002
	Total		26	1.00		
JUEZ4	Grupo 1 DA	2	20	0.77	0.50	.009
	Grupo 2 D	1	6	0.23		
	Total		26	1.00		
JUEZ5	Grupo 1 DA	2	23	0.88		
	Grupo 2 D	1	3	0.12	0.50	.000
	Total		26	1.00		

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis de un hospital de Huancayo.

Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida Whoqol Bref

Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida Whoqol Bref

Alfa de Cronbach	N de Items
.912	24

En la validez relación ítem test

validación items test

	escala media si se elimina el elemento	Variación de la escala si se elimina el artículo	correlación del Item	Alfa de Cronbach
item1	67.06	103.129	.345	.912
item2	68.19	100.163	.473	.910
item3	68.00	98.533	.585	.907
item4	67.25	102.333	.526	.909
item5	67.94	103.129	.509	.909
item6	67.81	97.629	.794	.903
item7	67.94	104.596	.381	.911
item8	68.25	97.667	.690	.905
item9	66.88	104.783	.314	.912
item10	67.19	100.829	.550	.908
item11	67.56	96.796	.680	.905
item12	68.13	99.317	.524	.909
item13	68.06	93.929	.679	.905
item14	67.94	98.196	.619	.906
item15	67.88	101.717	.473	.910
item16	68.13	94.650	.891	.900
item17	67.25	100.467	.679	.906
item18	67.69	104.096	.322	.912
item19	68.00	104.133	.401	.911
item20	67.56	102.529	.383	.911
item21	67.88	104.650	.403	.911
item22	67.94	99.929	.661	.906
item23	67.81	103.496	.370	.911
item24	67.50	104.533	.333	.912

BAREMACIÓN DE LA PRUEBA CALIDAD DE VIDA WHOQOL BREF

**BAREMACION DEL CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA
WHOQOL BREF AL CONTEXTO DEL VALLE DEL MANTARO**

		DOMINIO	DOMINIO	DOMINIO	DOMINIO
		1	2	3	4
N	Validó	16	16	16	16
	Faltantes	0	0	0	0
	Mediana	19.0000	20.0000	9.0000	23.0000
	Desviación estandar	4.28515	2.70108	1.42449	3.80351
	Minimo	13.00	13.00	6.00	15.00
	Maximo	27.00	23.00	11.00	31.00
Percentiles	0				
	6	13.0000	13.0400	6.0200	15.0800
	13	13.2100	15.4200	7.0000	19.2100
	19	14.4600	17.2300	7.2300	20.2300
	25	16.2500	18.0000	8.0000	21.2500
	31	17.2700	18.0000	8.0000	22.0000
	38	18.0000	18.9200	8.4600	22.4600
	44	18.4800	20.0000	9.0000	23.0000
	50	19.0000	20.0000	9.0000	23.0000
	56	19.5200	20.0000	9.0000	23.0000
	63	20.0000	20.0000	9.0000	23.7100
	69	21.4600	20.7300	9.7300	24.0000
	75	22.7500	21.7500	10.0000	26.2500
	81	23.7700	22.0000	10.0000	27.0000
	88	25.9200	22.0000	10.9600	27.9600
	94	26.9800	22.9800	11.0000	30.9400
	100	27.0000	23.0000	11.0000	31.0000

ANEXO 6: Procesamiento de datos

	afrontamiento	edad	sexo	estadocivil	gradodeinstruccion	tiempodetratamiento	calidaddevida
1	NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	BAJO
2	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	CASADO	PRIMARIOS	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
3	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	DIVORCIADO	SECUNDARIOS	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
4	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	VIUDO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
5	NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	4 años a 5 años 11 meses	BAJO
6	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	4 años a 5 años 11 meses	MEDIO
7	REFERENTEMENTE NEGATIVO	20 A 39	FEMENINO	CASADO	SUPERIOR	4 años a 5 años 11 meses	MEDIO
8	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	FEMENINO	CASADO	PRIMARIOS	4 años a 5 años 11 meses	MEDIO
9	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
10	REFERENTEMENTE NEGATIVO	20 A 39	FEMENINO	CASADO	PRIMARIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
11	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SECUNDARIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
12	REFERENTEMENTE NEGATIVO	20 A 39	MASCULINO	SOLTERO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
13	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SECUNDARIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
14	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
15	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	VIUDO	PRIMARIOS	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
16	REFERENTEMENTE NEGATIVO	20 A 39	FEMENINO	SOLTERO	SECUNDARIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
17	NEGATIVO	20 A 39	FEMENINO	SOLTERO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	ALTO
18	NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	PRIMARIOS	0 A 1 año 11 meses	BAJO
19	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	DIVORCIADO	SUPERIOR	4 años a 5 años 11 meses	MEDIO
20	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SECUNDARIOS	2 A 3 años 11 meses	BAJO
21	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
22	NEGATIVO	20 A 39	MASCULINO	CASADO	SECUNDARIOS	0 A 1 año 11 meses	BAJO

	afrentamiento	edad	sexo	estadocivil	grado de instruccion	tiempo de tratamiento	calidad de vida
23	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
24	NO DEFINIDO	65 A MÁS	FEMENINO	CASADO	SECUNDARIOS	6 años a más	MEDIO
25	NEGATIVO	20 A 39	MASCULINO	SOLTERO	SECUNDARIOS	0 A 1 año 11 meses	BAJO
26	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	DIVORCIADO	SUPERIOR	4 años a 5 años 11 meses	ALTO
27	REFERENTEMENTE NEGATIVO	20 A 39	FEMENINO	CASADO	SECUNDARIOS	4 años a 5 años 11 meses	MEDIO
28	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	FEMENINO	CASADO	PRIMARIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
29	NO DEFINIDO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
30	REFERENTEMENTE NEGATIVO	20 A 39	FEMENINO	SOLTERO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
31	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	FEMENINO	CASADO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
32	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
33	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	PRIMARIOS	6 años a más	MEDIO
34	NEGATIVO	20 A 39	MASCULINO	SOLTERO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	BAJO
35	NO DEFINIDO	65 A MÁS	FEMENINO	CASADO	PRIMARIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
36	NO DEFINIDO	65 A MÁS	FEMENINO	SOLTERO	SECUNDARIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
37	NO DEFINIDO	40 A 64	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
38	REFERENTEMENTE NEGATIVO	20 A 39	MASCULINO	CASADO	SECUNDARIOS	4 años a 5 años 11 meses	BAJO
39	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SECUNDARIOS	2 A 3 años 11 meses	BAJO
40	NEGATIVO	40 A 64	FEMENINO	CASADO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
41	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
42	REFERENTEMENTE NEGATIVO	20 A 39	FEMENINO	SOLTERO	SUPERIOR	4 años a 5 años 11 meses	MEDIO
43	NO DEFINIDO	20 A 39	MASCULINO	SOLTERO	PRIMARIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
44	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
45	NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	SOLTERO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	MEDIO

	afrontamiento	edad	sexo	estadocivil	gradodeinstruccion	tiempodetratamiento	calidaddevida
46	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	SOLTERO	SECUNDADIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
47	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	BAJO
48	NO DEFINIDO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
49	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	FEMENINO	CASADO	SECUNDADIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
50	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	FEMENINO	VIUDO	PRIMARIOS	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
51	NO DEFINIDO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SECUNDADIOS	0 A 1 año 11 meses	BAJO
52	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	FEMENINO	DIVORCIADO	SECUNDADIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
53	NO DEFINIDO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SECUNDADIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
54	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	FEMENINO	DIVORCIADO	PRIMARIOS	0 A 1 año 11 meses	ALTO
55	NO DEFINIDO	20 A 39	FEMENINO	CASADO	SECUNDADIOS	4 años a 5 años 11 meses	BAJO
56	NO DEFINIDO	65 A MÁS	MASCULINO	VIUDO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	ALTO
57	NO DEFINIDO	40 A 64	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
58	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	FEMENINO	VIUDO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
59	NO DEFINIDO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SECUNDADIOS	2 A 3 años 11 meses	ALTO
60	NO DEFINIDO	40 A 64	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
61	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	6 años a más	MEDIO
62	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	FEMENINO	VIUDO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
63	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
64	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	PRIMARIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
65	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SECUNDADIOS	4 años a 5 años 11 meses	MEDIO
66	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	FEMENINO	CASADO	SECUNDADIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
67	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	SOLTERO	SECUNDADIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
68	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	FEMENINO	CASADO	SECUNDADIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO

	afrontamiento	edad	sexo	estadocivil	gradodeinstruccion	tiempodetratamiento	calidaddevida
69	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SECUNDADIOS	4 años a 5 años 11 meses	ALTO
70	NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	BAJO
71	REFERENTEMENTE NEGATIVO	20 A 39	MASCULINO	SOLTERO	SECUNDADIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
72	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	FEMENINO	VIUDO	PRIMARIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
73	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	FEMENINO	CASADO	PRIMARIOS	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
74	NO DEFINIDO	40 A 64	MASCULINO	SOLTERO	SUPERIOR	0 A 1 año 11 meses	MEDIO
75	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	FEMENINO	CASADO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	BAJO
76	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	SOLTERO	SUPERIOR	6 años a más	MEDIO
77	REFERENTEMENTE NEGATIVO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SECUNDADIOS	2 A 3 años 11 meses	MEDIO
78	REFERENTEMENTE NEGATIVO	40 A 64	MASCULINO	SOLTERO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	ALTO
79	NO DEFINIDO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	PRIMARIOS	6 años a más	MEDIO
80	NO DEFINIDO	65 A MÁS	MASCULINO	CASADO	SUPERIOR	2 A 3 años 11 meses	MEDIO

ANEXO 7: Documento de validación del instrumento por criterio de jueces.

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

DATOS DEL EXPERTO:

Nombre Completo: Miriam Jacqueline Doza Damian

Profesión: Licenciada en Psicología

Grado Académico: Magister en Gerencia Social

Institución en la que Labora: UPLA - CEM

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión del instrumento escala de calidad de vida WHOQOL- BREF presentado por la Bach. Aliaga Huere Johana Jaquelin y Bach. Tenicela Calderón, Denise Adriana.

Quienes vienen realizando un trabajo de investigación titulada "Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo - 2017".

Una vez indicadas las correcciones pertinentes considero que el instrumento se encuentra validado para su aplicación.


Psic. Miriam Doza Damian
C.Ps.P. 09381

DNI: 21139134

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

DATOS DEL EXPERTO:

Nombre Completo: *Jesús Armando Cordero Ramos.*
Profesión: *Psicólogo.*
Grado Académico: *Psicólogo (diplomado)*
Institución en la que Labora: *Hospital "Domingo Olayo" Jauja*

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión del instrumento escala de calidad de vida WHOQOL- BREF presentado por la Bach. Aliaga Huere Johana Jaquelin y Bach. Tenicela Calderón, Denise Adriana.

Quienes vienen realizando un trabajo de investigación titulada "Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo - 2017".

Una vez indicadas las correcciones pertinentes considero que el instrumento se encuentra validado para su aplicación.




DNI: *40324194*

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

DATOS DEL EXPERTO:

Nombre Completo: ROBERT FREDDY LOAN GONZALEZ
Profesión: MEDICO - NEFROLOGO
Grado Académico: 2da ESPECIALIDAD.
Institución en la que Labora: ESSALUD

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión del instrumento escala de calidad de vida WHOQOL- BREF presentado por la Bach. Aliaga Huere Johana Jaquelin y Bach. Tenicela Calderón, Denise Adriana.

Quienes vienen realizando un trabajo de investigación titulada "Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo - 2017".

Una vez indicadas las correcciones pertinentes considero que el instrumento se encuentra validado para su aplicación.



.....
DNI: 0986264

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

DATOS DEL EXPERTO:

Nombre Completo: MAGDLY GONZALES DUAGA

Profesión: PSICOLOGA

Grado Académico: MAGISTER

Institución en la que Labora: ESSALUD

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión del instrumento escala de calidad de vida WHOQOL- BREF presentado por la Bach. Aliaga Huere Johana Jaquelin y Bach. Tenicela Calderón, Denise Adriana.

Quienes vienen realizando un trabajo de investigación titulada "Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo – 2017".

Una vez indicadas las correcciones pertinentes considero que el instrumento se encuentra validado para su aplicación.



DNI: 41329348

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

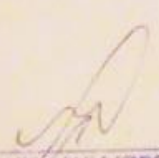
DATOS DEL EXPERTO:

Nombre Completo: JOSE LUIS LAU LI JORGE
Profesión: PSICOLOGO
Grado Académico: MAGISTER
Institución en la que Labora: HOSPITAL RAMIRO PRIME PRIALE

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión del instrumento escala de calidad de vida WHOQOL- BREF presentado por la Bach. Aliaga Huere Johana Jaquelin y Bach. Tenicela Calderón, Denise Adriana.

Quienes vienen realizando un trabajo de investigación titulada "Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo - 2017".

Una vez indicadas las correcciones pertinentes considero que el instrumento se encuentra validado para su aplicación.


Ps. JOSÉ LUIS LAU LI JORGE
UNIDAD DE PSICOLOGIA
C.P.S.P. 10723
Hospital Nacional "Ramiro Prímepriale" - RAJ

DNI: 43241434