



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Psicología

AUTORA

Bach. Seminario Alegre, Kelly Lusiana

ASESORA

Mg. Rojas Espinoza, Anabel

Lima, 14 de Marzo del 2020

Dedicatoria

A Dios, mis padres y a mi hermano por ser los pilares, la guía y fortaleza en mi camino para poder llegar a este punto de mi carrera. Gracias por darme su apoyo incondicional.

A mis abuelitos, a pesar de la distancia física, sé que este momento hubiera sido tan especial para ustedes como lo es para mí.

Agradecimiento

Mi más cordial agradecimiento al coordinador académico de la facultad de Psicología y asesora de tesis, por su orientación en la realización del trabajo.

A todos mis profesores, que con mucha dedicación me han hecho profesional.

A mi tía Nefróloga por darme la oportunidad de conocer el mundo de la hemodiálisis.

A todos los pacientes que han formado parte esta investigación. Los llevo conmigo siempre.

Presentación

Señores miembros del jurado calificador:

Presento ante ustedes la tesis titulada: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020; con la finalidad de obtener el título profesional de Licenciada en Psicología, dando fiel cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para tan digno fin.

El trabajo de investigación consta de cinco capítulos a través de los cuales se expone el problema de la investigación, los fundamentos teóricos que sustentan la investigación, así como los lineamientos metodológicos, los resultados obtenidos y las conclusiones a la que se llegó en el trabajo, constituyendo una contribución científica que puede ser tomada en cuenta para futuras investigaciones y en favor del bienestar de los miles de pacientes.

Pongo a su consideración el presente trabajo de investigación, para su valoración respectiva, esperando sea de su interés.

Atentamente

Seminario Alegre, Kelly Lusiana

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
CAPITULO I: MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION	14
1.1. Marco histórico	14
1.2. Bases teóricas	17
1.3. Investigaciones o antecedentes del estudio	38
1.4. Marco conceptual	44
CAPITULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPOTESIS Y VARIABLES	46
2.1. Planteamiento del Problema	46
2.1.1. Descripción de la realidad problemática	46
2.1.2. Antecedentes teóricos	49
2.1.3. Definición del problema general y específicos	56
2.2. Objetivos, Delimitación y Justificación del problema	57
2.2.1. Objetivo general y específicos	57
2.2.2. Delimitación del estudio	58
2.2.3. Justificación e importancia del estudio	58
2.3. Hipótesis, Variables y definición Operacional	61
2.3.1. Supuestos teóricos	61
2.3.2. Hipótesis general y específicas	63
2.3.3. Variables, definición operacional e indicadores	64
CAPITULO III: METODO, TECNICA E INSTRUMENTOS	66
3.1. Tipo de investigación	66
3.2. Diseño de investigación	66
3.3. Universo, población, muestra y muestreo	67
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	68

3.5. Procesamiento de datos	72
CAPITULO IV: PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	74
4.1. Presentación de resultados	74
4.2. Contratación de hipótesis	86
4.3. Discusión de los resultados	91
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
5.1. Conclusiones	94
5.2. Recomendaciones	96
Referencias	98
Anexos	106

	Pág.
Tabla 1. <i>Matriz de operacionalización de las Estrategias de Afrontamiento</i>	64
Tabla 2. <i>Matriz de operacionalización de la Calidad de vida</i>	65
Tabla 3. <i>Escala de calificación del Inventario</i>	69
Tabla 4. <i>Baremo de interpretación del Inventario</i>	69
Tabla 5. <i>Confiabilidad del Inventario</i>	70
Tabla 6. <i>Validación del instrumento</i>	70
Tabla 7. <i>Baremo de interpretación del Cuestionario</i>	71
Tabla 8. <i>Confiabilidad del Cuestionario WHOQOL-BREF</i>	72
Tabla 9. <i>Valores de interpretación del Rho de Spearman</i>	73
Tabla 10. <i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según el sexo</i>	74
Tabla 11. <i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según la edad</i>	75
Tabla 12. <i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según su estado civil</i>	76
Tabla 13. <i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según su situación económica</i>	77
Tabla 14. <i>Nivel de Estrategias de Afrontamiento en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal</i>	78
Tabla 15. <i>Nivel de Estrategias de Afrontamiento en los pacientes, según la dimensión Afrontamiento Activo</i>	79
Tabla 16. <i>Nivel de Estrategias de Afrontamiento en los pacientes, según la dimensión Afrontamiento Pasivo</i>	80
Tabla 17. <i>Nivel de Calidad de Vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal</i>	81
Tabla 18. <i>Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Salud Física</i>	82
Tabla 19. <i>Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Salud Psicológica</i>	83
Tabla 20. <i>Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Relaciones Sociales</i>	84
Tabla 21. <i>Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Ambiente</i>	85
Tabla 22. <i>Prueba de correlación de Spearman entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida</i>	86

Tabla 23	<i>Prueba de correlación de Spearman entre estrategias de afrontamiento y salud física</i>	87
Tabla 24.	<i>Prueba de correlación de Spearman entre estrategias de afrontamiento y salud psicológica</i>	88
Tabla 25.	<i>Prueba de correlación de Spearman entre estrategias de afrontamiento y relaciones sociales</i>	89
Tabla 26.	<i>Prueba de correlación de Spearman entre estrategias de afrontamiento y ambiente</i>	90

INDICE DE FIGURAS

		Pág.
<i>Figura 1.</i>	Modelo de adaptación	52
<i>Figura 2.</i>	Pirámide de las necesidades humanas	54
<i>Figura 3.</i>	Diseño de investigación	67
<i>Figura 4.</i>	<i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según el sexo</i>	74
<i>Figura 5.</i>	<i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según la edad</i>	75
<i>Figura 6.</i>	<i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según su estado civil</i>	76
<i>Figura 7.</i>	<i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según su situación económica</i>	77
<i>Figura 8.</i>	<i>Nivel de Estrategias de Afrontamiento en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal</i>	78
<i>Figura 9.</i>	<i>Nivel de Estrategias de Afrontamiento en los pacientes, según la dimensión Afrontamiento Activo</i>	79
<i>Figura 10.</i>	<i>Nivel de Estrategias de Afrontamiento en los pacientes, según la dimensión Afrontamiento Pasivo</i>	80
<i>Figura 11.</i>	<i>Nivel de Calidad de Vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal</i>	81
<i>Figura 12.</i>	<i>Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Salud Física</i>	82
<i>Figura 13.</i>	<i>Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Salud Psicológica</i>	83
<i>Figura 14.</i>	<i>Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Relaciones Sociales</i>	84
<i>Figura 15.</i>	<i>Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Ambiente</i>	85

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020. El estudio fue de tipo básica simple porque recoge información de la realidad para generalizar los resultados, el diseño de investigación es descriptivo correlacional y según el enfoque es cuantitativo.

La población de estudio lo conforman 120 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal, de una clínica particular del distrito de Ate, encuestados durante el periodo 2019. La muestra es de tipo intencional y no probabilística, constituido por 118 pacientes. La técnica de recolección de la información empleada es la encuesta y los instrumentos utilizados fueron un Inventario de estimación del afrontamiento (Adaptación del Brief COPE-28) de elaboración propia y el Cuestionario WHOQOL-BREF (versión abreviada) creado por la OMS.

La conclusión a la que se llegó mediante el contraste de hipótesis fue que existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019; de acuerdo a $p=0.000$ y con un índice de $\rho=0,799$ que determina una relación positiva y de nivel alta. Determinándose que a mayores estrategias de afrontamiento, mayor calidad de vida en los pacientes.

Palabras claves: estrategias de afrontamiento, calidad de vida, conducta, pacientes, enfermedad.

ABSTRACT

The purpose of this research was to establish the relationship between coping strategies and quality of life in patients with end-stage chronic renal failure in a particular clinic in the Ate district, period 2020. The study was of a simple basic type because it collects information from the In reality to generalize the results, the research design is descriptive correlational and according to the approach it is quantitative.

The study population is made up of 120 patients diagnosed with chronic terminal renal failure, from a private clinic in the Ate district, surveyed during the 2019 period. The sample is intentional and non-probabilistic, consisting of 118 patients. The technique used to collect the information used is the survey, and the instruments used were an inventory of estimation of coping (Adaptation of Brief COPE-28) prepared by the author and the WHOQOL-BREF Questionnaire (abbreviated version) created by WHO.

The conclusion reached using the hypothesis test was that there is a significant relationship between coping strategies and quality of life in patients with end-stage chronic renal failure in a particular clinic in the Ate district, period 2019; according to $p = 0.000$ and with an index of $\rho = 0.799$ that determines a positive and high level relationship. Determining that the greater the coping strategies, the better the quality of life in the patients.

Key words: coping strategies, quality of life, behavior, patients, disease.

INTRODUCCION

El presente estudio aborda un tema muy importante ya que centra su atención en la forma que enfrentan los pacientes su enfermedad, lo cual alude a las estrategias de afrontamiento que utilizan, con relación a la calidad de vida que estos presentan. Considerando que el objeto de investigación está representado por pacientes con un diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal, resulta aún más relevante ya que su estado psicológico se ve seriamente afectado, así como el de su entorno familiar conjuntamente.

La enfermedad renal crónica (ERC) representa un problema de salud pública a nivel mundial y debido a las grandes limitaciones en la disponibilidad de los recursos sanitarios, representa un duro desafío para los países de bajos y medianos ingresos, sobre todo para el manejo de esta enfermedad en su fase terminal, cuando se requiere necesariamente terapia de sustitución renal. En nuestro país, esta realidad es alarmante debido a un índice de pacientes con este diagnóstico que supera las 12 000 personas, los cuales deben someterse a terapias de hemodiálisis.

Existe una lista larga de pacientes que esperan en los centros de salud, la oportunidad de recibir un trasplante de riñón, porque su organismo ya no resiste las terapias a las que se someten, desarrollando cuadros de ansiedad y depresión frente a su realidad. Esta alteración en su estado emocional repercute en el empeoramiento de su estado físico, lo cual es sustentado por la psicología de la salud. Partiendo de esta área de atención de la salud mental, lo que busca la psicología de la salud es brindar elementos de soporte para que el paciente asuma con actitud positiva y favorable, el cumplimiento de su tratamiento.

Lo cierto es que para que los pacientes con ERC, puedan resistir los largos periodos de espera mientras llega un donante o deban seguir resistiendo las hemodiálisis a las que se someten, deberán poseer adecuadas estrategias de afrontamiento que los ayude a mantener su estabilidad emocional y que le provea una mejor calidad de vida. Evidentemente afrontar optimistamente una enfermedad no esta tarea fácil, pero al presentar conductas favorables frente a la vida se contribuirá a un mejor estado de salud.

Por tanto, este estudio busca contribuir al diagnóstico de la relación dual entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, a fin de establecer en que áreas del bienestar humano incide con mayor énfasis el afrontamiento, para proponer en base a los resultados obtenidos, sugerencias significativas para lograr una mejor calidad de vida en los pacientes.

La tesista

CAPITULO I

MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION

1.1. Marco Histórico

1.1.1. Marco histórico del afrontamiento

El interés por el afrontamiento (coping) ante el estrés y el interés por el afrontamiento ante la enfermedad, entendida ésta como estresor comenzaron a desarrollarse sobre la década de los 60 y 70, destacando la importancia que tienen las actitudes de un individuo ante un problema y, por extensión, las actitudes de un enfermo hacia la enfermedad.

Inicialmente fue estudiado desde el modelo médico, luego por el psicoanálisis del yo y posteriormente desde la psicología cognitiva. A nivel fisiológico las investigaciones médicas sobre el afrontamiento, desarrolladas en los años treinta y cuarenta del siglo XX, planteaban que la supervivencia dependía en gran medida de la habilidad para darse cuenta que su medio ambiente es predecible y controlable con el fin de impedir, escapar o dominar a los agentes nocivos.

Por su parte, el psicoanálisis del ego en 1937 define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y reflexivos que buscan solucionar los problemas y, por tanto, reducen el estrés (Pearling y Schooler, 1978). Bajo este enfoque psicoanalítico se define un rango de estrategias que van desde mecanismos primitivos, los cuales producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados, ambos agrupados en lo que se conoce como mecanismos de defensa. Desde esta perspectiva, mediante el afrontamiento es que el individuo maneja su relación con el

entorno; este es considerado el proceso más organizado y maduro del yo, al ubicarlo en una escala jerárquica con otros recursos reguladores.

En 1986, la propuesta de Lazarus y Folkman es la que cuenta con un mayor reconocimiento; planteada desde una perspectiva cognitivo sociocultural, en este momento ya definen el afrontamiento como los “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164). Desde esta perspectiva se contempla el afrontamiento como un proceso en constante cambio, que hace referencia a cómo las condiciones del contexto sociocultural determinan la interacción del sujeto con él mismo y su entorno (Mattlin, Wethington y Kessler, 1990).

Blanco (1995), encuentra que todo acto tiene una parte externa referida a la conducta como tal para utilizar los recursos y solucionar los problemas, y una vertiente interna del mismo acto social depositada en la conciencia del individuo y que, en el caso del afrontamiento, se refiere a las estrategias cognitivas utilizadas por el sujeto para cada situación específica o evento. Por otra parte, Aguir y Muñoz (2002) encontraron que profesionales de la salud tendían a utilizar estrategias emocionales, como la desconexión conductual, la búsqueda de apoyo social y de apoyo emocional en la familia, el consumo de fármacos y tabacos, desahogarse en momentos de estrés puntual y la desconexión mental, como mecanismos para hacer cara a las situaciones desbordantes que se les presentaban. Actualmente las estrategias de afrontamiento son abordadas por el área de psicología de la salud, para promover un estado mental saludable.

1.1.2. Marco histórico de calidad de vida

El estudio y evolución de la calidad de vida viene dándose desde hace muchas décadas del siglo pasado, siendo en la actualidad un tema relevante que tiene que ver con la satisfacción y bienestar del ser humano.

En un primer momento, la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998).

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la calidad de vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término. (Gómez y Sabeh, 2000)

Para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1994), los enfoques de investigación de la calidad de vida son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: enfoques cuantitativos y enfoques cualitativos. El enfoque cuantitativo se centra en evaluar la calidad de vida en indicadores sociales, psicológico y ecológicos. El enfoque cualitativo en cambio, adopta una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

El concepto de calidad de vida, está en continua evolución, en sus orígenes se basaba en el cuidado de salud personal y con la evolución del mismo se ha preocupado por la salud e higiene pública, extendiéndose a los derechos humanos, laborales y ciudadanos además de la preocupación por la vida social de las personas, sus actividades cotidianas y su salud. (Moreno y Ximénez, 1996).

En la actualidad, la calidad de vida es un principio que procuran asegurar las organizaciones para sus colaboradores, los jefes de estado para con sus habitantes; porque se comprenden que la satisfacción de las personas con el entorno en que viven, les proporciona un desarrollo adecuado y les hace merecer el reconocimiento de una buena gestión de aquellos que la dirigen.

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Estrategias de afrontamiento

1.2.1.1. Conceptualización del afrontamiento

De acuerdo a Aliaga (1993), el afrontamiento al estrés hace referencia a los esfuerzos, mediante una conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las

demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Esta definición del afrontamiento conlleva a expresarlo mediante la movilización de actitudes positivas que ayudan a estabilizar emocionalmente al sujeto frente a una situación de tensión.

De otra parte, se define el afrontamiento como cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, desarrollando sus capacidades cognitivas como conductuales, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas (...) para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación (Peñaranda, 2005).

Lo referido por el autor anterior alude al afrontamiento como una forma de contar con mecanismos de defensa que permitan superar un problema o crisis, adoptando decisiones asertivas frente a una situación que altera el normal funcionamiento de la vida de una persona.

De acuerdo a Carver, Scheier y Weintraub (1989), el afrontamiento al estrés son las diferentes maneras en que las personas responden a las exigencias de su entorno. En tal sentido, es la reacción del sujeto para adaptarse dentro de su medio social, desplegando una serie de acciones que logre equilibrar su tranquilidad interior.

Por lo antedicho, se define el afrontamiento al estrés como acciones deliberadas que el hombre realiza para no ver alterado su tranquilidad personal.

1.2.1.2. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento. (Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013)

Díaz (2004) afirma que las estrategias desarrollan en los pacientes aspectos psicológicos y emocionales que determinan el afrontamiento a la enfermedad y que, de alguna van a servir; van a ser usadas en el momento del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, haciendo posible la adaptación del individuo ante una situación de crisis, reconociendo la relación que existe entre el afrontamiento del individuo y su condición clínica.

Al respecto, las estrategias de afrontamiento son formas concretas y particulares que la persona con diagnóstico médico se enfoca en realizar con la finalidad de encontrar una solución a su problema. Dichas estrategias se movilizan ya adecuan en función del objetivo que se desea conseguir.

Fernández (1997), afirma que los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones

desencadenantes. En este sentido, se deduce que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación a enfrentar.

Los mecanismos cognitivo-comportamentales que le permiten al individuo reajustarse y reducir la probabilidad de desórdenes psicofisiológicos, han sido descritos en la literatura científica como estrategias de afrontamiento o 'coping'. Se llama así al conjunto de conductas o pensamientos tendientes a manejar, tolerar, reducir o minimizar situaciones que el individuo percibe como estresantes (Omar, 1995).

En tal sentido, las estrategias de afrontamiento vienen a ser acciones específicas adecuadas a la situación tensa que se presenta en la vida del hombre, los cuales ayudan a mantener el equilibrio emocional para salir exitosamente de cualquier problema.

1.2.1.3. Dimensiones de las estrategias de afrontamiento

Tomando la postura de Lazarus y Folkman (1984), posteriormente adoptada por Carver en la versión abreviada del Cuestionario COPE, quien plantea como estrategias de afrontamiento a catorce formas de asumir acciones para enfrentar el estrés, se considera su agrupación en dos grandes categorías denominadas: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo.

a) **Afrontamiento activo:** se refiere a aquellos esfuerzos realizados para hacer frente al problema de forma directa y comprende actividades dirigidas a la modificación o minimización del impacto de la situación crítica, a la regulación de la emoción y a la interpretación positiva o búsqueda de un significado del suceso, a fin

de valorarlo de tal manera que resulte menos desagradable.

Las personas que ante los problemas ponen en marcha y empiezan a actuar para solucionarlos, siempre que esto sea posible, y si no, al menos utilizan estrategias para minimizar el malestar que les genera hacen uso del afrontamiento activo. En general, el afrontamiento activo se relaciona con mayores índices de bienestar, dado que el ser humano busca de forma concreta enfrentar su problema de manera que mantengan su estabilidad emocional.

b) Afrontamiento pasivo: se refiere a las formas de evitación o escape ante la situación que se está presentando e implica falta de compromiso para querer resolver la situación problemática. Estas personas se ven como «náufragos» ante la marea sin posibilidad de escapar. Esta actitud ha demostrado ser perjudicial para la salud física y psicológica de todas las personas y es lo que en psicología se denomina como “afrontamiento pasivo”.

También se considera el afrontamiento pasivo como la inhibición de toda actuación para cambiar una realidad crítica o estresante, que muchas veces hace que las personas se nieguen a ver su realidad y optan por actitudes negativas que perjudican su bienestar.

Por lo general, las personas que presentan actitudes pasivas suelen tener pocas habilidades sociales y se vuelven pesimistas con cada problema que se les presenta, se sienten muy vulnerables ante la situación que viven y no hacen nada por cambiar su realidad.

1.2.1.4. Importancia del afrontamiento en pacientes

El tema del afrontamiento es de gran importancia dentro del campo de la salud. Con él están relacionadas múltiples categorías y procesos asociados a la estabilidad psíquica y al modo de vida de los individuos y grupos, es la expresión del papel activo del hombre ante los desafíos de la vida, y se ha constatado que puede mediatizar los efectos adversos del estrés sobre la salud, incluso sobre la competencia inmunológica del individuo. (Roca y Pérez, 1999)

En tal sentido, el poseer estrategias de afrontamiento ayuda a sobre llevar el cuadro clínico, especialmente en enfermedades crónicas o terminales, favoreciendo al estado anímico de la persona y fortalecimiento las defensas del organismo, debido a la actitud positiva frente a la vida.

Existen evidencias acerca de un grupo de factores determinantes del afrontamiento, que aporta al manejo de la situación estresante siendo de lo más significativo y, dentro de ella, las enfermedades crónicas y las situaciones que implican evaluación social se consideran como los acontecimientos vitales más demandantes. (Mochales y Gutiérrez, 2003)

En tal sentido, dado que una enfermedad limita la funcionalidad de la persona, esto genera un estado anímico decaído y con pocas expectativas hacia el futuro en el paciente, debiendo apelar a predisposición positiva de este para que pueda completar su tratamiento. Además, el estilo de afrontamiento del paciente debe estar unido a abordar su problema de salud directamente y hallar su bienestar

personal.

Debido a que las exigencias de las enfermedades crónicas rebasan los marcos institucionales sanitarios y abarcan la vida cotidiana de la persona y sus redes sociales, los significados alrededor del cuerpo, las construcciones de género y los sentidos atribuidos al proceso salud-enfermedad como categorías psico-socio-culturales resultan básicos para comprender la experiencia de afrontar el padecer. (Ledón, 2001)

En efecto, las consecuencias que se desprenden de una enfermedad son difíciles de asimilar, pero si se opta por un adecuado mecanismo de afrontamiento y se cuenta con los soportes sociales suficientes, esta tarea se hace más fácil y provee bienestar al paciente y su entorno familiar que también se ven afectados por la situación.

En líneas generales, el afrontamiento es parte de las exigencias que tiene que ir asumiendo el hombre a lo largo de su vida, lo cual le facilita salir de situaciones complicadas en la medida que tenga un adecuado estilo de enfrentar situaciones problemáticas. Siendo una de estas, el cuadro de enfermedad, la cual requiere de una actitud positivista y esperanzadora para hallar su mejoría, cumplir el tratamiento, buscar diferentes métodos terapéuticos, entre otros.

Lo importante es no amilanarse y tener la confianza que todo es superable, tratando de realizar su vida con la mayor normalidad posible. Asumiendo, que a todas las personas les toca vivir en algún momento esta situación, buscando apoyo

del entorno cercano, buscando consejería o apoyo psicológico, viendo el lado positivo de las cosas buenas que le han pasado antes, proponiéndose nuevas metas por cumplir en cuanto sea posible. Todo lo descrito constituye una adecuada forma de afrontar la enfermedad, que permite que la persona supere sus dificultades y fortalezca su personalidad con nuevas experiencias.

1.2.1.5. Técnicas para fortalecer el afrontamiento en pacientes

De acuerdo a Montgomery (1997), las necesidades actuales en torno al servicio psicoterapéutico han propiciado el auge de un modelo de asesoría conductual cuyo propósito es la enseñanza de estrategias preventivas y de afrontamiento autónomo de los problemas que aquejan a las personas. Las técnicas que provienen de la desensibilización sistemática, el recondicionamiento encubierto, la terapia racional emotiva, la solución de problemas, el entrenamiento autoinstruccional y asertivo, aunadas a la práctica de la relajación progresiva y ciertos cambios en el estilo de vida, son los pilares básicos para mejorar el afrontamiento en los pacientes.

Por lo general, el psicólogo clínico desconoce el resultado final de su intervención terapéutica, debido a la diversidad de problemas y pacientes con que tiene que enfrentarse y ante la falta de control de variables influyentes sobre la conducta de aquellos. En tal sentido, desde hace tiempo se viene desarrollando efectivamente la terapia conductual (TC) y en la modificación de conducta (MC), un modelo conceptual y programático que permite capacitar a los usuarios de los servicios psicológicos. Dicho modelo, cuyas características son la autovigilancia y la relajación, el adiestramiento en destrezas de afronte y ciertos cambios en el

estilo de vida de los pacientes. (Marlatt y Gordon, 1986)

Los procedimientos incorporados a los programas de tratamiento requieren, de acuerdo a Milan y Mitchell (1991, p. 136):

- a) Enseñar a los pacientes alguna forma de autoobservación, de autoevaluación y de autorregistro.
- b) Introducir un criterio de «emparejamiento», como el de que las autoevaluaciones de los pacientes sean comparables a las evaluaciones por otras personas significativas.
- c) Arreglar la situación para el reforzamiento de la conducta deseada.
- d) Enseñar a los usuarios a autoinstruirse y/o a autorreforzarse para guiar su propia conducta.
- e) Transferir gradualmente las contingencias artificiales cuando se han demostrado el autocontrol.
- f) Retirar gradualmente las contingencias artificiales cuando se ha demostrado el autocontrol.

En el esquema clásico del proceso psicoterapéutico, el paciente presenta un estado inicial insatisfactorio que deberá ser objeto de la intervención. El psicólogo clínico se encarga a veces con el paciente de seleccionar las metas que superarán el malestar, y de proponer una serie de acciones para llevar a cabo esa tarea. (Gavino, 1991).

Según Bellak (2000), la terapia psicodinámica anima a la exploración y la

discusión de todo el abanico de emociones del paciente. El terapeuta lo ayuda a describir y a expresar los sentimientos, incluyendo aquellos que son contradictorios.

Según Martínez (2007), las técnicas eficaces a emplearse con pacientes con enfermedades crónicas son el dialogo socrático, que consiste en la conversación que busca el encuentro del paciente consigo mismo. Se da cuando el consultante enfatiza en los aspectos positivos, evitando la hiperreflexión, la cual alude a que el paciente centra sus pensamientos solo en la enfermedad. También el autor refiere la necesidad de las técnicas de reflexión, en la cual el paciente aprende a ignorar los síntomas, apartando el sufrimiento o preocupación.

1.2.2. Calidad de vida

1.2.2.1. Conceptualización según autores

La Organización Mundial de la Salud (1997) definió la calidad de vida como la apreciación que las personas tienen del lugar donde viven, de su cultura y construcción de valores en base a sus objetivos, necesidades, expectativas y normas. Su definición es amplia y se ve influenciado por diversos factores como la salud física de la persona, el estado psicológico, las relaciones sociales y su relación a las características principales del ambiente.

Lo afirmado por la OMS, determina que la calidad de vida es multidimensional y abarca varios factores que deben ser satisfechos, para sentir el bienestar general de la persona. Cada persona presenta diversas necesidades que se ven influenciadas por

el entorno en que viven, la satisfacción de dichas necesidades determina la calidad de vida.

Para Natalicio (2003), la calidad de vida es un término que implica un estado de sensación de bienestar en las áreas de salud psicofísica y socioeconómica, menciona que el objetivo de la calidad de vida es la satisfacción de las necesidades y demandas del individuo en cada etapa de su vida.

La calidad de vida es un estado de bienestar integral que abarca el estar bien tanto a nivel físico como mental, lo cual hace posible que la persona se desenvuelva con normalidad y se perciba en armonía con su entorno.

Tuesca (2012), afirma que la calidad de vida es un concepto difícil de definir dándole una connotación dual subjetiva-objetiva; en la cual la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida denominada “felicidad” y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.

Al respecto, la calidad de vida se determina por el aspecto intrínseco personal donde la persona se siente bien y contenta con su estado actual y por el aspecto de dinamicidad que posee para desenvolverse por si solo.

La calidad es la relación entre una realidad y unos propósitos o aspiraciones (llámense objetivos, situaciones ideales o niveles óptimos deseables). Cuando estos propósitos son compartidos colectivamente, se observa referentes más o menos

estandarizados, comunes a un conjunto de personas y se puede hablar de calidad de vida social. (Pinazo y Sánchez, 2005).

En tal sentido, la calidad de vida, se da en función de los propósitos alcanzables de la persona, lo cual satisface su forma de vida y le hace percibir bienestar personal, siendo además de índole colectivo cuando esta serie de fines es del interés de un grupo de personas, que esperan lo mismo.

Para Lora (2008), la calidad de vida es un concepto vasto que va más allá de buscar la felicidad y su consideración personal de serlo, el cual se orienta hacia una mirada de bienestar y que esta a su vez tenga una dimensión subjetiva que está asociada a la felicidad. Por tanto, la calidad de vida, incluye varios aspectos importantes de la existencia de una persona, lo cual va de la mano de la sensación de armonía interna y externa en el individuo, que se relaciona con el hecho de vivir tranquilo y feliz.

1.2.2.2. Características de la calidad de vida

Setien (1993; citado por Somarriba, 2008), sostiene que la naturaleza de la calidad de vida ocasiona dificultades a la hora de definirla, por tratarse de un concepto vago, complejo, indirectamente medible, dinámico, multidisciplinar y heterogéneo. En suma, estas vendrían a ser las características de identifican a la calidad de vida.

a) *Es un concepto vago*, debido a que su contenido es discutible. Habitualmente se suele emplear otros conceptos sinónimos o cercanos, lo cual incrementa la confusión. Es común usar el término calidad de vida como sinónimo de bienestar, felicidad, bienestar subjetivo, salud, dependiendo de la disciplina en que encuentre

inmerso. De dicha forma se ponen de manifiesto la confusión semántica que trae consigo el término.

Al respecto, Ostroot et al. (1982, p. 93), establece cierta relación con los conceptos de bienestar, calidad de vida y felicidad, afirmando que:

“Es indudable que el concepto [calidad de vida] va unido a una evaluación global de lo que se denomina bienestar, que a su vez está asociado a la felicidad [...] Mucho antes de que se hablara de calidad de vida, el término corriente para designar el bienestar era, sin duda el de felicidad”

En tal sentido, el autor anterior refleja la similitud de los términos partiendo del significado que le atribuían desde sus inicios y como a partir de su evolución histórica fue adoptado con otro nombre, para describir el estado óptimo del individuo.

b) Es de carácter complejo o multidimensional, dado que comprende múltiples facetas o dimensiones. Según Salomón et al. (1980), “la calidad de vida es un concepto inclusivo que cubre todos los aspectos de la vida, tal y como son experimentados por los individuos” (p. 224).

El concepto de calidad de vida goza de un carácter multidimensional, de forma que comprende varios componentes del aspecto humano que se toman en consideración para su estudio. Tal como lo señala la OMS (1997) la calidad de vida comprende las dimensiones físicas, psicológica, de relaciones sociales y el ambiente.

También desde el punto de vista de Schallock y Verdugo (2002), los componentes de la CV serían ocho: bienestar físico, bienestar emocional, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos.

c) *Resulta indirectamente medible*, por este motivo se utilizan indicadores sociales con el objetivo de obtener una aproximación a este concepto. Es decir, son los componentes de la calidad de vida los que dan contenido al concepto y los que, por medio de los indicadores sociales, nos permiten aproximarnos a la medición de la calidad de vida. Para realizar dicha medición se puede emplear un instrumento, que evalúa a los indicadores establecidos de la calidad de vida. Su medición es muy necesaria y valiosa para la toma de decisiones encaminadas al incremento de la calidad de vida, tanto de los individuos como de la sociedad en su conjunto.

d) *Es un concepto dinámico*, en la mayoría de las investigaciones sobre calidad de vida se asume que el punto de referencia es fijo, es decir, que las actitudes de los individuos en una determinada construcción permanecen estables. Sin embargo, las actitudes de los individuos no permanecen inalterables, variando en el tiempo a causa de la experiencia y la adaptación.

e) *Es multidisciplinar*, implica que ofrece diferentes perspectivas a la hora de abordar su análisis, a la vez que enriquece nuestra investigación. La calidad de vida ha sido y es objeto de estudio en disciplinas diversas como la economía, sociología, medicina, psicología, filosofía... lo que en la actualidad ha derivado en un intercambio de conocimientos, de forma que las diferentes ciencias se han nutrido entre sí, intercambiando conceptos y teorías.

f) *Es universal*, de forma que existe una gran pluralidad de posibles aproximaciones. La calidad de vida, dependiendo de características como la cultura, la religión o el carácter general de la sociedad a la que nos refiramos, puede presentar diferentes enfoques, sin embargo, es un concepto universal que a lo largo del tiempo y del espacio siempre ha sido objeto de maximización por las sociedades.

g) *Es un concepto heterogéneo*, en el sentido de que se nutre de diferentes tipos de información. El intercambio de conocimientos entre ciencias, especialmente de la sociología y de la psicología a la economía, ha permitido aceptar el análisis sobre la CV empleando información objetiva o subjetiva o combinando ambos tipos de información, existiendo diversas posiciones al respecto y siendo este tema objeto de debate recurrente.

En particular, se considera que el análisis de la calidad de vida se debe de realizar no sólo por medio de información de tipo objetivo sino incorporando la información que suministra la percepción del propio individuo sobre su vida (información subjetiva).

1.2.2.3. Dimensiones de la calidad de vida

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1997), la calidad de vida se mide en cuatro grandes áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Para dicho fin crearon el WHOQOL- BREF, que mide el perfil de la calidad de vida en pacientes.

a) Salud física: en esta dimensión se toma en cuenta la atención a nivel de salud general, a domicilio, hospitalaria o preventiva, se toma en cuenta las situaciones de malestar, dolor, incomodidad y como esto afecta en su estado de salud y que imposibilita tener una vida saludable con actividad normal. La salud física es importante para la autonomía e independencia funcional, el sentir un buen estado físico contribuye a un normal desenvolvimiento.

En tal sentido, la salud física se caracteriza por la sensación de bienestar corporal que percibe el paciente, al poder realizar sus cosas por sí solo sin depender de terceros, con una disminución de las molestias propias de la enfermedad.

b) Salud psicológica: es el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera. El aspecto emocional juega un rol muy importante en la calidad de vida de las personas, pues las empodera de seguridad para enfrentar cualquier situación de riesgo o problemática.

Se considera que el factor psicológico influye de manera muy positiva en el estado de ánimo de las personas, lo cual a su vez repercute positivamente en su salud física, por tanto, favorece a la recuperación de las personas que atraviesan situaciones críticas como la enfermedad crónica.

c) Relaciones sociales: se entiende a partir de las interacciones cercanas que la persona tiene con su familia, amigos, son aquellas actividades de participación, relación con el grupo de pares, buena relación con la familia. Las redes de apoyo social

juegan un rol importante en base a los soportes que brinda para ayudar a superar la enfermedad, pues el apoyo moral o material que pueda brindarle sus seres queridos es un gran aliciente para superar las situaciones críticas.

El sentirse acompañado y comprendido, favorece a que la persona mantenga sus vínculos sociales, los cuales cumplen la función de mantener conectada socialmente a la persona, evitando que recaiga en el aislamiento.

d) Ambiente: se entiende como el espacio en que se desarrolla la persona, el lugar donde vive o reside. Todas las características del entorno físico en que se desarrolla son de relevancia para que el paciente perciba la comodidad y complacencia en el ambiente en donde vive.

Por otro lado, un adecuado ambiente favorece a la percepción que tiene la persona sobre su mundo, permitiéndole disfrutar de todo aquello que le resulte útil y sobre lo cual pueda adquirir el dominio.

1.2.2.4. Factores que afectan a la calidad de vida relacionada con la salud

Ruiz y Pardo (2005), sustentan que existen diversas variables que pueden afectar a la percepción que un sujeto tiene sobre su calidad de vida. Entre los principales factores tenemos a:

a) El sexo: entre otras cosas, por la distinta tolerancia al dolor. El varón suele resistir más los malestares propios de una enfermedad, mientras las mujeres suelen ser más sensibles y expresivas a mostrar el dolor.

b) La edad: Cuando más joven es la persona que padece una enfermedad, se percibe más resistente frente al dolor, en cambio, una persona de edad avanzada se sentirá más débil y susceptible al dolor. Esto se da básicamente por el deterioro del organismo y la pérdida de movilidad y autonomía.

c) El estado civil: por su relación con aspectos de apoyo social y sentimental, dado que una persona con pareja e hijos, suele tener mayor apoyo para sobrellevar una enfermedad. En cambio, una persona soltera, divorciada o viuda, no siempre se encuentra acompañada.

d) La educación: por diferencias en las escalas de valoración social y su relación con el nivel socioeconómico. Fundamentalmente, aquellos que poseen el nivel básico de educación, solo alcanzan a comprender parcialmente aspectos del tratamiento y control de su enfermedad.

e) El nivel socioeconómico: por la capacidad de acceso a la salud, dado que una persona con capacidad económica podrá pagar las medicinas, tratamiento, cubrir una adecuada alimentación, entre otros gastos necesarios para lograr un mayor bienestar. En cambio, las personas de bajos ingresos económicos desmejora aún más su salud por no poder acceder a lo que el médico sugiere para su tratamiento.

f) El hábitat: al ambiente rural o urbano influye en la calidad de vida de las personas, pues a mayores ruidos se genera el estrés, a mayor contaminación ambiental impacta en el estado de salud, entre otros.

g) La experiencia previa: el haber sufrido anteriormente una enfermedad permite a los sujetos tener percepciones más realistas sobre el estado de salud actual.

1.2.2.5. Consecuencias de la IRC en la calidad de vida de los pacientes

Las personas que son diagnosticadas con insuficiencia renal crónica (IRC) se ven obligadas a cambiar todo su estilo de vida y la dinámica habitual que desarrollan a causa de la enfermedad, que merma su calidad de vida. Al respecto existe varias teorías que lo corroboran en estudios previos sobre este grupo de pacientes.

La persona con IRC se somete al tratamiento con diálisis que le impide llevar una vida normal. La hemodiálisis es un tratamiento desagradable que implica procedimientos invasivos y dependencia a una máquina para poder vivir, lo que altera las actividades cotidianas y provoca cambios psicológicos, sociofamiliares, económicos y laborales importantes y un deterioro significativo en la calidad de vida de la persona y su familia (Hurtado, Enamorado, Oteroy y Bohórquez, 2000).

A pesar que la diálisis ayuda a sostener la vida, la enfermedad sistémica subyacente responsable de la falla renal continúa progresando y afectando otros órganos y sistemas. Es así que la diálisis mejora la sobrevida, pero no necesariamente lo que la persona considera calidad de vida. (Rodríguez, Castro y Merino, 2005)

Al respecto, queda claramente establecido que a pesar que el tratamiento de diálisis busca prolongar la vida de los afectados por insuficiencia renal crónica, esto no asegura el bienestar de los pacientes, quienes se sienten debilitados físicamente por

los efectos derivados del tratamiento. A su vez, este desgaste corporal afecta a su estabilidad emocional, volviéndose pesimistas y con cuadros depresivos.

En el caso de la IRC, el inicio de la diálisis supone para la persona la exposición a distintas fuentes de ansiedad: dependencia a una máquina y al equipo médico, restricción dietética, tratamiento multifarmacológico, complicaciones derivadas del acceso vascular y dificultad para replantear y planificar su futuro. La respuesta del individuo frente a este estrés puede ser la irritabilidad, depresión y ansiedad, las cuales influyen directamente en la calidad de vida (Martín et al., 2004; Vinokur y Bueno, 2002).

En consecuencia, se derivan actitudes negativas en el paciente que no ayudan a lograr un buen estado de ánimo, siendo muchas veces predictores del fracaso del tratamiento. Los pacientes al verse limitados en varios aspectos de su vida, tienden a sentirse inútiles, con pocas esperanzas al futuro; lo cual afecta también a las personas de su entorno inmediato.

Los usuarios hemodializados tienen 10% más de probabilidad de desarrollar depresión que la población en general (Mollaoglu, 2004). Los trastornos depresivos y ansiosos influyen en la percepción del estado de salud y la progresión de la enfermedad, lo que favorece el deterioro de la calidad de vida (Álvarez-Ude et al., 2001).

En tal sentido, los pacientes con IRC son muy susceptibles a sufrir depresión, que conlleva al empeoramiento de su salud. Ya que ellos mismos se vuelven negligentes en cumplir las indicaciones médicas y pierden el interés por la vida.

Sumado al estrés que les invade, el sistema inmunológico se debilita y los efectos desfavorables del tratamiento impacta con mayor fuerza en el organismo del paciente.

La IRC y el tratamiento dialítico desencadenan diversas situaciones para el paciente, comprometiendo varios aspectos relacionados con la salud. Las condiciones de tratamiento y la evolución crónica de la enfermedad limitan a los portadores de IRC y son, por tanto, factores agresores que desencadenan estrés, aislamiento social, así como limitaciones a la posibilidad de locomoción y paseos, disminución de las actividades físicas, dependencia y sentimiento de miedo e inseguridad con relación a la salud y bienestar. Por tanto, la calidad de vida es un factor de extrema importancia porque interfiere directamente en la efectividad de tratamientos e intervenciones en el área de salud. (Carrijo y Car, 2003)

Lo afirmado por el autor describe claramente el cambio drástico en sus actividades y modo de relacionarse que sufren los pacientes con insuficiencia renal crónica, lo cual lógicamente afecta a su calidad de vida. Las personas al abandonar el trabajo o estudios, sufren un recortamiento de su círculo social, lo cual los vuelve antisociales; aparte que el mal humor que suelen tener frecuentemente, hace que los familiares con quienes vive, disminuyan la fluidez en la comunicación.

Costa, Pinheiro, Medeiros, Costa, y Cossi (2016), sostienen que la IRC es una enfermedad incapacitante en la dimensión profesional, o sea, impone dificultades y limitaciones físicas que anulan, la mayoría de las veces, la aptitud para el trabajo. Por ende, los pacientes terminan desempleados. En cuanto a la cuestión salarial, la falta de empleo en estas personas genera conflictos, viendo reducidos el nivel de vida por el

hecho de gozar solamente de beneficios/jubilación/pensión, siendo tal situación un factor importante en la alteración de la calidad de vida.

Evidentemente, la falta o reducción de ingresos económicos merma la calidad de vida de los pacientes, pues tendrán que limitarse en acceder a varias cosas que antes podían costearse o en su defecto tendrá que invertir lo que antes gastaban en su tratamiento, movilidad, medicinas, etc.; lo cual llega a ser insuficiente incluso. Por eso, los autores anteriores afirman que se perjudica la calidad de vida de los pacientes, al verse con menores recursos económicos. En ocasiones incluso, llegan a depender totalmente de otros familiares, ya que no acceden al beneficio de una pensión de jubilación.

1.3. Investigaciones o Antecedentes del estudio

1.3.1. Antecedentes Internacionales

- González (2017), desarrollo una investigación con el objetivo de determinar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes oncológicos. El tipo de investigación que se realizó fue correlacional, bibliográfica y documental. La investigación contó con la participación de 100 pacientes mayores de edad, del Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes”, de la ciudad de Ambato, a quienes se les aplicó la Escala de Afrontamiento de Lazarus y Cuestionario SF-36 de Calidad de vida. Estableciendo como conclusión que las estrategias de afrontamiento si se relacionan con la calidad de vida de los pacientes oncológicos, considerando esta relación como positiva y en rango menor negativa, ya que 35 personas que presentaron calidad de vida buena se relacionan con el afrontamiento adaptativo, y 16 personas que presentaron calidad de vida regular y mala se relacionan de manera directa con el afrontamiento desadaptativo

- Mendoza (2017), realizó una investigación con el propósito de describir la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de pacientes con trasplante renal en el programa nacional de salud renal, en La Paz. El enfoque desarrollado en el estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, con un diseño de investigación no experimental-transversal. La muestra estuvo representada por 16 pacientes con trasplante renal del departamento de La Paz, a quienes se les aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal y el Cuestionario de Calidad de vida Whoqol-100 (OMS). Los resultados obtenidos demostraron que el 62% de pacientes afirma que en torno a su calidad de vida les va muy bien, lo que indica que tras el trasplante renal están más satisfechos y retomaron sus actividades. Y el 38% de la muestra afirman que les va bien en su calidad de vida bien, ya que con el reciente trasplante renal y el autocuidado que tienen, poco a poco están mejorando. Estableciendo como conclusión que existe un grado de relación positiva y significativa entre la variable Estrategias de afrontamiento y la variable Calidad de vida, con una $\rho = 0.76$.

- Reverté (2017), desarrollo una investigación donde propuso como hipótesis que los pacientes con ictus isquémico agudo que reciban tratamiento endovascular (TEV), presentarán mejor calidad de vida, cambios en sus conductas de salud y mejores estrategias de afrontamiento, en comparación a los pacientes que reciban tratamiento estándar (grupo control) a los tres meses y al año del ictus. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, longitudinal y comparativo. El tamaño muestral fue de 40 pacientes por grupo del Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. Los instrumentos utilizados fueron la Escala del Ictus del National Institute Health, el Índice de Barthel, la Escala de Rankin Modificada, la Escala de Calidad de vida EQ-5D y la Escala de

afrontamiento (COPE-28). Concluyendo que los pacientes del tratamiento médico presentan mayores puntuaciones en el afrontamiento centrado en el problema a corto plazo, y al año son significativas en el afrontamiento activo con una tendencia, aunque no significativa, en la aceptación.

- Cayambe y Haro (2016), realizaron una investigación con el propósito de determinar las estrategias de afrontamiento y niveles de calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial Docente Riobamba, período Octubre 2015 – Marzo 2016. La investigación fue descriptiva, de enfoque cuantitativo, no experimental, tipo correlacional y corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 120 pacientes diagnosticados con VIH en estado activo en el Sistema de Información Epidemiológica Nacional y conto con una muestra de 39 pacientes, a quienes se les aplico el Inventario de Valoración y Afrontamiento y el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL – BREF. Concluyendo que el 73% de los pacientes utilizan estrategias de afrontamiento activo que se relaciona con una mejor calidad de vida, frente al 27% que utilizan estrategias de afrontamiento pasivo relacionado con diestrés, trastornos del ánimo y deterioro de la calidad de vida. Además, el 46% de los pacientes perciben su calidad de vida como moderadamente satisfactoria, los indicadores alarmantes son: baja autoestima, energía, ingresos económicos, apoyo social, vida sexual insatisfactoria.

- Moreno (2016), realizo una investigación con el propósito de conocer las distintas estrategias de afrontamiento que presenta el paciente oncológico y explorar qué efectos tienen en la calidad de vida de estos pacientes. El estudio fue de tipo cualitativa, descriptivo y explicativo. La población de estudio fueron los casos de pacientes con diagnóstico oncológico. La técnica empleada fue la revisión bibliográfica. Estableciendo

como conclusión que el afrontamiento activo o positivo se relaciona positivamente con una mejor calidad de vida y el afrontamiento negativo o pasivo se relaciona con una peor calidad de vida.

1.3.2. Antecedentes Nacionales

- Gonzales (2018), realizó una investigación con el propósito de determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de Clínica HZ Puente Piedra, Lima, 2018. La investigación fue de tipo no experimental, de enfoque cuantitativo y de diseño descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la clínica HZ, a quienes se les aplicó la Escala de Estrategias de Afrontamiento Revisada (EEC-R) desarrollada por Chorot y Sandín (1999) y el Cuestionario SF 36. Concluyendo que las estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ, con un coeficiente de $\rho=0.776$, que demostró una alta asociación entre las variables. Además, las estrategias de afrontamiento activo se relacionan significativamente con la calidad de vida de los pacientes con ERC con un coeficiente de correlación $\rho=0.829$ a nivel alto y las estrategias de afrontamiento pasiva también se relacionan significativamente con la calidad de vida con un coeficiente de correlación $\rho=0.714$, a nivel alto.

- López y Quiñones (2018), realizaron una investigación con el propósito de comprender las estrategias de afrontamiento de las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal ante el tratamiento de hemodiálisis atendidas en un centro de

diálisis, Chiclayo – 2017. El estudio fue de tipo cualitativo, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 20 personas hemodializadas de ambos sexos, entre 40 a 80 años de edad, con más de dos años de diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal y la muestra fue de 18 personas, con dichas características. La técnica de recolección de la información fue la entrevista semi- estructurada. Estableciendo como conclusión que las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal con tratamiento de hemodiálisis, en su mayoría, utilizaron las estrategias de afrontamiento entradas en el problema y centradas en la emoción.

- De los Santos (2017), desarrollo una investigación con el objetivo de determinar la calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis. El estudio fue de diseño descriptivo-correlacional, nivel aplicativo, de corte transversal y prospectivo. La muestra estuvo constituida por 33 pacientes que asistían al Servicio de Hemodiálisis del Hospital Dos de Mayo, a quienes se les aplicó la Escala de estrategias de afrontamiento revisada (EEC-R) y el Cuestionario SF-36 para medir la calidad de vida. Estableciendo como conclusión que no se encontró relación significativa entre calidad de vida y las estrategias de afrontamiento de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis. Sin embargo, se encontró relación significativa entre calidad de vida con estrategias de afrontamiento activo, en la que se observó que a una regular a buena de calidad de vida se da un nivel medio a alto de aplicación de las estrategias de afrontamiento, y en el caso de una mala calidad de vida hay una baja aplicación de estrategias de afrontamiento.

- Ponciano (2017), desarrollo un estudio con el objetivo de determinar la relación entre calidad de vida y tipo de afrontamiento en los pacientes adultos oncológicos de una

Clínica de Lima-Perú. El estudio fue descriptivo, de tipo correlacional y diseño no experimental, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 62 pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en una Clínica de Lima, durante el periodo 2016; a quienes se les aplicó el Cuestionario de la EORTC de Calidad de Vida modificado y el Cuestionario COPE-28 adaptado para medir el afrontamiento. Los resultados encontrados determinaron que el 59,7% de pacientes adultos oncológicos presentó un nivel regular de calidad de vida y el tipo de afrontamiento que utilizan con mayor frecuencia es el afrontamiento orientado a la emoción. Concluyendo que No existe relación significativa entre calidad de vida y estilo de afrontamiento que adoptan los pacientes oncológicos.

- Rojas (2016), realizó una investigación con el propósito de conocer la relación existente entre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y los estilos y estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes con cáncer gastrointestinal. El estudio fue de enfoque cuantitativo y diseño descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 38 pacientes, entre 31 y 70 años, que asisten a tres hospitales de Lima, a quienes se les aplicó el Cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud (SF-36) y el Inventario de estimación de afrontamiento COPE. Los resultados determinaron que existen relaciones significativas e inversas entre la dimensión de salud mental con el estilo evitativo y la estrategia desentendimiento conductual. Respecto a las dimensiones de calidad de vida, salud mental y salud general estuvieron asociadas a las estrategias de planificación y acudir a la religión. La mayoría de participantes presentan niveles promedio y alto en las dimensiones de CVRS, lo que nos indica que la calidad de vida se encuentra preservada, a excepción del rol físico y componente físico. Además, respecto al afrontamiento se observó que la muestra hace un mayor uso del estilo centrado en la emoción y de la estrategia acudir a la religión.

1.4. Marco conceptual

- **Afrontamiento:** son las respuestas y actitudes que adoptan las personas frente a una situación, con la finalidad de dar solución al problema. Movilizando una serie de recursos personales con los que cuenta para mantener su estabilidad emocional.
- **Bienestar:** hace referencia al conjunto de aquellas cosas que se necesitan para vivir bien. El dinero para satisfacer las necesidades materiales, salud, tiempo para el ocio y relaciones afectivas sanas son algunas de las cuestiones que hacen al bienestar de una persona.
- **Calidad de vida:** conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social. Se considera también como la percepción que tiene el individuo de su entorno y las condiciones que les provee bienestar, felicidad y/o satisfacción.
- **Conducta:** modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.
- **Enfermedad:** estado desfavorable de la salud del organismo humano, la cual sufre un deterioro. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno.
- **Estrés:** es un sentimiento de tensión suscitado por cualquier una situación o pensamiento que lo preocupa, lo cual le hace sentir frustrado, furioso o nervioso. En ocasiones puede ocasionar daños en la salud física o psicológica.
- **Paciente:** persona que padece una enfermedad, la cual recibe asistencia médica y requiere de cuidados especiales. El paciente puede padecer una enfermedad física o

mental, que le impide desenvolverse con normalidad.

- **Personalidad:** es un conjunto de características del individuo que caracteriza su forma de ser y actuar. Son aquellos rasgos que hacen único y diferente a cada persona.
- **Respuesta emocional:** es la reacción del individuo frente a un determinado sentimiento, acompañada de cambios fisiológicos que suelen manifestarse externamente, a través del comportamiento o actitud asumida.
- **Satisfacción:** Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad.

CAPITULO II

EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPOTESIS Y VARIABLES

2.1. Planteamiento del problema

2.1.1. Descripción de la realidad problemática

Las personas enfrentan momentos críticos cuando se les presenta una enfermedad con la que tienen que convivir por un tiempo prolongado o de por vida. Precisamente este es el caso de los pacientes con insuficiencia renal crónica, la cual los va debilitando

llegando al punto de dejar de lado, las actividades que acostumbraban realizar, como trabajar, estudiar, practicar algún deporte, etc.

Evidentemente este padecimiento coge por sorpresa a las personas, quienes dan un giro de 360° a su vida. Llegando en ocasiones a impedirles tener una vida normal y placentera. Una vez diagnosticado la enfermedad renal, las personas se ven en la necesidad de cambiar hábitos, estilos de vida, rutina; lo que a larga recae en una desfavorable percepción de su calidad de vida.

A pesar de contar con el apoyo de su entorno familiar, los pacientes perciben que su vida ya no es la misma y tienden a sufrir de estrés y depresión, que a su vez afecta a su salud mental. Cuando las personas no manejan estrategias de afrontamiento, adoptan actitudes negativas que impide asimilar favorablemente el tratamiento que están siguiendo.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología, 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 presenta síntomas hasta etapas avanzadas, cuando las soluciones como la diálisis y el trasplante de riñón ya son altamente invasivas y muy costosas. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

Siendo totalmente inesperado, el diagnóstico de insuficiencia renal crónica, para las personas que lo padecen. Los miedos e inseguridades los invaden, al punto de desestabilizarlos emocionalmente y afectar no solo a su salud física sino también a su

salud mental. Solo las personas altamente resilientes y con fuerza de voluntad, suelen adoptar adecuadas estrategias de afrontamiento para seguir adelante su tratamiento.

Según datos de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, en América Latina un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes tuvo acceso en el 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función que sus riñones ya no pueden realizar: hemodiálisis (realizada por una máquina), diálisis peritoneal (utilizando fluidos en el abdomen a través de un catéter) y el trasplante de riñón. Sin embargo, la distribución de estos servicios es muy inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a doscientos. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

Lo citado con anterioridad revela que existe una alta tasa de falta de cubrimiento en los servicios de salud que necesitan los pacientes con insuficiencia renal crónica, lo que empeora aun más su estado de salud y lo coloca en riesgo de muerte. Dicha situación impacta negativamente en las expectativas que tiene el paciente, llegando a perder toda esperanza y deseos de seguir viviendo.

Según el Global Burden Disease (GBD), la prevalencia de la enfermedad de insuficiencia renal crónica aumentó en 87% y la mortalidad en 98% de 1990 al 2016, siendo los países de ingresos medios y bajos como el Perú, los que tienen el 63% de la carga global de la enfermedad. (Xie et al., 2018). Al respecto, urge que el sistema sanitario de nuestro país adopte medidas de contingencia para brindar una mejor atención a estos pacientes, que de por sí se encuentran desorientados y desanimados a enfrentar esta enfermedad.

En el Perú dos millones y medio de personas mayores de 20 años tienen algún estadio de la enfermedad renal crónica (ERC) y 12,067 se encuentran en estadio V o enfermedad renal crónica terminal y requieren de diálisis o trasplante renal, informó el Ministerio de Salud. Por ello, el Minsa, a fin de intervenir sobre la insuficiencia renal crónica, ha implementado las guías de práctica clínica (GPC) en dos de las principales enfermedades asociadas a este mal: diabetes e hipertensión arterial y en el 2019 implemento cinco GPC aprobadas y en proceso de implementación. (Agencia Peruana de Noticias, 2019)

Dicha iniciativa del Minsa es asertiva y pertinente, pero también se requiere de la implementación de consejería psicológica gratuita a los pacientes con insuficiencia renal crónica, para poder empoderarlos de estrategias de afrontamiento positivas que conduzcan a obtener una mejor calidad de vida.

Por todo lo expuesto, la presente investigación se centra en estudiar las “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019”, debido al impacto y trascendencia que tiene este tema para un gran número de personas en nuestro país.

2.1.2. Antecedentes teóricos

Existe varias teorías relacionadas con las variables en estudio, que las ayudan a comprender mejor cada una de ellas, de las cuales se citan las principales.

2.1.2.1. Antecedentes teóricos del Afrontamiento

a) Teoría de la incertidumbre

La teoría de la incertidumbre propuesta por Merle (1990), evalúa cuáles son las reacciones que las personas tienen ante la enfermedad, ya sea la propia o la de un ser querido, para lo cual conceptualiza el nivel de incertidumbre ante la enfermedad; por ejemplo, la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados; este fenómeno es motivado por la falta de información y/o conocimiento. Si el evento es evaluado de forma efectiva, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de las estrategias que posea el individuo para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro. (Trejo, 2012)

En tal sentido, dicha teoría refiere que, frente a eventos inesperados de riesgo, la persona se siente confundida y con temor al futuro, por lo cual deberá desarrollar adecuadas estrategias de afrontamiento para tener éxito para superar la enfermedad o situación problemática. Mediante sus experiencias, podrá establecer cual es la actitud adecuada para mantener su estado de bienestar personal.

El marco estructural de la teoría de Merle (1990), se compone de tres elementos principales: (1) Antecedentes de incertidumbre, (2) El proceso de valoración y (3) Enfrentamiento de la enfermedad. Dicha estructura permite en un primer momento tener un conflicto interno, donde el individuo se siente desorientado sobre lo que le sucede, para luego pasar a la etapa de valoración o reflexión donde se tranquiliza para pensar más claramente las acciones a seguir con el objetivo de superar el problema y

finalmente pone en práctica las acciones elegidas para enfrentar asertivamente el problema.

b) Teoría de la crisis

Caplan (1974), propone esta teoría explicativa para referirse al momento decisivo en la vida de una persona con falta de eficacia en las técnicas de afrontamiento, donde el factor esencial que determina la aparición de una crisis es el desequilibrio entre la dificultad a la importancia del problema y los recursos que dispone.

El autor define la crisis como "un obstáculo que la persona encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas". Frente a dicha situación se da una desestabilización biológica, psicológica, cognitiva y conductual en el individuo, que requiere precisamente de la intervención en crisis que es una herramienta preventiva de psiquiatría comunitaria.

Sin embargo, las consideraciones negativas sobre la patogenicidad de las crisis abren las puertas a potenciales efectos beneficiosos. Toda crisis es un riesgo, pero también una oportunidad, de allí que la intervención del profesional de la salud mental debe buscar, no sólo la prevención de mayores males, sino también la optimización de los recursos personales de afrontamiento.

c) Teoría de la adaptación

Roy (1984), ha especificado en su modelo teórico a los problemas, niveles y modos de adaptación a estímulos determinados a través de procesos de afrontamiento

innato o adquirido en los seres humanos, a los cuales considera como sistemas holísticos.

Roy definió la adaptación como el proceso y el resultado por el que las personas como individuos o en grupos, utilizan el conocimiento y la opción consciente para crear la integración humana y ambiental; señala que los seres humanos como sistemas adaptables tienen la capacidad de ser flexibles y adecuarse a los cambios que se dan en su ambiente, logrando transformar su realidad. La capacidad de responder positivamente a estos cambios es una función del nivel de adaptación del sistema humano.

El modelo de Roy, utiliza tres componentes abstractos: el estímulo ambiental, los procesos de afrontamiento y los modos adaptativos, los cuales se interrelacionan permanentemente para lograr superar las situaciones problemáticas, tales como la enfermedad, la muerte de un ser querido, un accidente o alguna otra experiencia traumática.

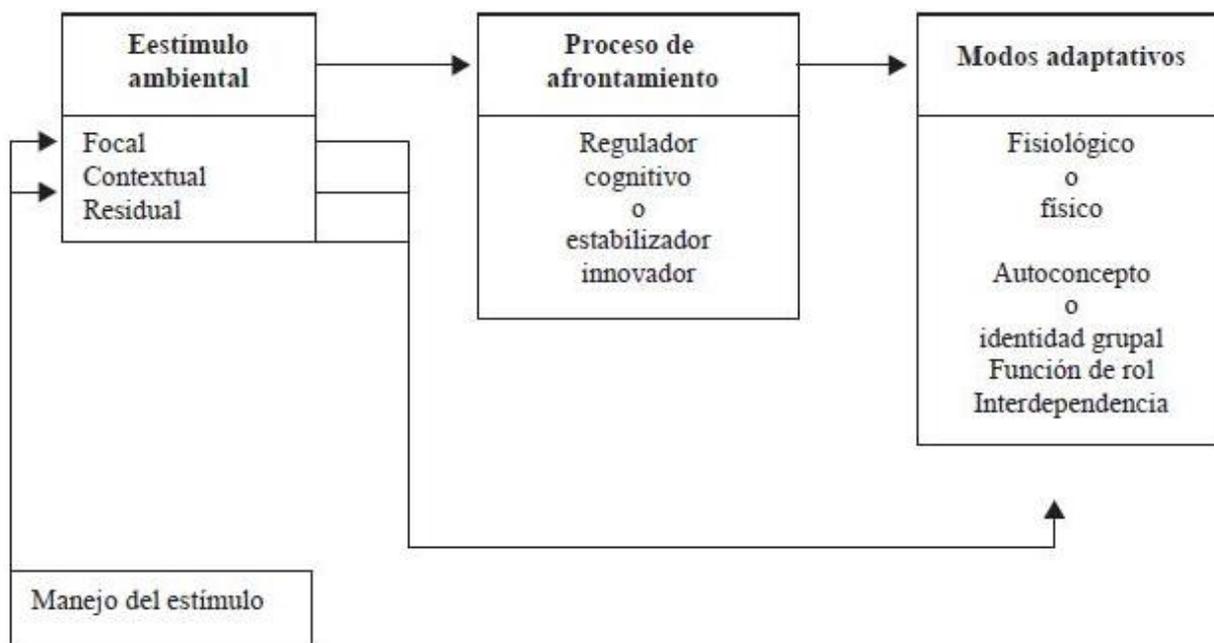


Figura 1. Modelo de adaptación (Roy, 1984)

2.1.2.2. Antecedentes teóricos de la Calidad de vida

a) Teoría de las capacidades y funcionamientos

Sen (1985), desarrolla su enfoque de capacidades y funcionamientos a partir de la crítica que hace de la economía de bienestar (EB). La capacidad funcional para la realización de una persona puede entenderse como la suma de sus funcionamientos, ya que estos son las peculiaridades del estado de su existencia, reflejando así las diversas cosas que puede hacer o ser. (p. 15)

Los funcionamientos se pueden clasificar en simples y complejos. Los funcionamientos simples son aquellas funciones más elementales, como estar bien alimentado, tener buena salud, no sufrir mortalidad prematura, entre otros. Los funcionamientos complejos se representan por funciones de mayor complejidad, como ser feliz, tener dignidad y ser capaz de participar en la vida de la comunidad, entre

otros también. Ambos tipos de funcionamientos lo empoderan de la capacidad de actuar autónomamente dentro de su contexto.

El funcionamiento independiente de las personas, les permite sentirse a gusto y actuar por cuenta propia cuando lo requieran, planteándose metas y acciones a seguir. Las personas perciben que su bienestar depende del conjunto de capacidades que poseen para alcanzar una vida digna.

b) Teorías de las necesidades humanas

Maslow (1954), establece una Pirámide de Necesidades, donde jerarquiza a las necesidades humanas que proveen de satisfacción y bienestar a las personas, en la que la satisfacción de las necesidades más básicas o subordinadas da lugar a la generación sucesiva de necesidades más altas o superiores.

El principio de bienestar comienza con suplir las necesidades más elementales para la subsistencia de la persona, como lo son las necesidades biológicas (dormir, comer, sexo, etc.), pasando por cubrir otros tipos necesidades hasta llegar a las más altas motivaciones de todo ser humano, que son las necesidades de autorrealización. De dicha forma el individuo logra alcanzar la calidad de vida, en base al cubrimiento de sus expectativas de lo que espera alcanzar para sentirse bien.

Las personas alcanzan una calidad de vida positiva cuando pueden suplir todas sus necesidades, de dicha forma hallan su bienestar físico y emocional. En cambio, cuando sufren carencias y no encuentran como cubrir una necesidad, se afirma que su nivel de vida no es el deseado y por ende no hallan una calidad de vida digna.



Figura 2. Pirámide de las necesidades humanas (Maslow, 1954)

c) Teoría del autocuidado

Orem (1972), planteo la teoría del autocuidado que consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar. Es decir, aquellas acciones que las personas realizan con la finalidad de tener una buena calidad de vida.

La autora considera el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, donde no sólo incluye sus necesidades físicas, sino también las necesidades psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Así,

el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la salud, la vida y el bienestar.

Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la cultura, el grupo social en el que está inserta la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas, así como por la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentra a lo largo de su historia (Bastías y Sanhueza, 2004).

De acuerdo a la teoría de Orem, se establece tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales a los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- *Requisitos de autocuidado universal*: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- *Requisitos de autocuidado del desarrollo*: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- *Requisitos de autocuidado de desviación de la salud*: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

2.1.3. Definición del problema

2.1.3.1. Problema general

- ¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020?

2.1.3.2. Problemas específicos

- ¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y la salud física de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020?

- ¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y la salud psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020?

- ¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y las relaciones sociales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020?

- ¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y el ambiente de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020?

2.2. Objetivos, delimitación y justificación de la investigación

2.2.1. Objetivos

2.2.1.1. Objetivo general

- Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

2.1.1.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la salud física de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

- Identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la salud psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

- Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y las relaciones sociales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

- Identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el ambiente de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

2.2.2. Delimitación del estudio

La delimitación de la investigación se establece dentro de los siguientes límites que abarcan el espacio, tiempo, universo y contenido a tratar.

- a) Delimitación Espacial:** la investigación se llevará a cabo en una clínica privada “Clinical Care”, ubicada en el distrito de Ate, en la ciudad de Lima.

- b) Delimitación Temporal:** el estudio se llevó a cabo durante el periodo 2020, tomando como tiempo específico para la recolección de datos en el primer trimestre del año.

- c) Delimitación del Universo:** el universo lo componen los pacientes con insuficiencia renal crónica, que se someten al tratamiento de hemodiálisis.

- d) Delimitación del Contenido:** el tema de investigación son las estrategias de afrontamiento y calidad de vida, de los cuales se toca contenidos actuales para ayudar a la comprensión del fenómeno de estudio, así como también se explica en base a teorías tradicionales, el origen, fundamentación y evolución de ambas variables. Recurriendo a diversas fuentes tales como libros, tesis, artículos científicos, páginas de instituciones reconocidas, etc.

2.2.3. Justificación e importancia del estudio

La presente investigación centra su interés en el estudio de las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de aquellos pacientes con insuficiencia renal crónica, por representar un sector vulnerable de la población que requiere contar con recursos

personales de apoyo para lograr resultados efectivos en los tratamientos a los que se someten, procurándose así una calidad de vida digna y justa.

En nuestro país, existe una alta tasa de personas que enfrentan esta enfermedad y deben ser sometidos al tratamiento de hemodiálisis, lo cual trae como consecuencia el debilitamiento de su salud física y mental. Dado que las personas no se encuentran preparadas para afrontar una enfermedad crónica que los obliga a cambiar sus actividades y ritmo de vida, suelen aislarse y desarrollar cuadros de depresión que merma su calidad de vida.

Frente a dicha situación se requiere por parte de los pacientes asumir una actitud madura, reflexiva y positiva para afrontar satisfactoriamente la enfermedad, solo así se mantendrá adecuados niveles de estabilidad emocional, que juega a favor de su bienestar personal. Cuando las personas no adoptan adecuadas estrategias de afrontamiento, debilitan también su sistema inmunológico a causa del estrés, ansiedad y depresión que los consume anímicamente, obteniendo como resultado una mala calidad de vida.

En razón de lo expuesto, en los párrafos anteriores se hace necesario investigar para conocer profundamente la realidad de un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica que se dializan para continuar viviendo. Además, esta investigación se justifica según los aportes que se desprenden en diferentes aspectos, tales como: aspecto teórico, aspecto práctico, aspecto sanitario y aspecto metodológico.

En el aspecto teórico, la investigación desarrollada reúne varias teorías, enfoques, modelos y descripciones sobre ambas variables, así como los nuevos hallazgos

contribuirán con mayor información, constituyendo un amplio marco teórico que permitirá satisfacer las necesidades de conocimiento de las personas interesadas, tales como pacientes, personal de salud, familiares de los pacientes u otros. Además, los aportes de este estudio representan un nuevo aporte teórico científico.

En el aspecto práctico, los resultados obtenidos en esta investigación servirán para que los agentes de apoyo social que interactúan con los pacientes con IRC, adopten una actitud asertiva y los ayuden a fortalecer el lado emocional de los pacientes. En el caso de la Cinical Care, los resultados que se obtengan podrán orientar a los directivos de dicho centro, para que programen terapias psicológicas en favor del fortalecimiento de estrategias de afrontamiento dirigido a los pacientes, con el fin de mejorar su calidad de vida.

En el aspecto sanitario, los resultados a obtener servirán de referencia para mejorar las políticas públicas de salud dirigidos desde el Minsa, para que este grupo vulnerable de pacientes con insuficiencia renal crónica se vean beneficiados a través del cubrimiento total de los servicios de salud para su tratamiento, considerando además la asesoría y atención gratuita en los consultorios de psicología, para asegurar una favorable salud mental.

En el aspecto metodológico, la estructura del trabajo, las técnicas e instrumentos empleados, la forma de presentar los datos y otros aspectos propios de la investigación, servirán de guía y orientación metodológica para otros investigadores al momento de realizar su investigación.

2.3. Hipótesis, Variables y Definición operacional

2.3.1. Supuestos teóricos

Existen postulados que explican la relación existente entre el estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, los cuales orientan al establecimiento de los supuestos de este estudio.

(...) La calidad de vida se ha centrado en la posible influencia que podría tener un determinado estilo de afrontamiento sobre una patología específica, como el Parkinson, área en que se ha planteado que si bien el estilo de afrontamiento tiene un modesto impacto directo sobre la calidad de vida, su papel es importante para la comprensión de ésta (Croyle et al., 2003) o que un afrontamiento activo sería mejor que un afrontamiento evitativo con respecto a las enfermedades crónicas (Frazier,2000).

El apoyo de los diferentes agentes sociales, tales como la familia, amistades, comunidad e instituciones del estado, permiten que el paciente acceda a una mejora en la calidad de vida, ya sea mediante la ayuda material, económica o moral, de manera que este perciba el interés y preocupación de estos grupos de apoyo. El estado anímico es muy importante en el deseo de seguir un tratamiento y mejorar su estado de salud, esto es posible al desarrollar la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción.

Coppari, Acosta, Buzó, Nery-Huerta y Ortíz (2014), sostienen que los estilos de afrontamiento más discutidos y que aparecen con mayor frecuencia vinculados a una alta calidad de vida son el activo y centrado en la resolución de problemas y a una baja calidad de vida, se relaciona el estilo evitativo y centrado en la emoción. (p. 84)

Cuando los estilos de afrontamiento van directo a buscar la solución del problema, sin mostrar miedo o amilanamiento, sino enfrentando frontalmente la dificultad que se presenta, el panorama es favorable para el paciente. En ocasiones, en la planificación de las soluciones requieren el soporte de las personas de su entorno o las instituciones que le prestan un servicio, lo cual fortalece su deseo de salir del problema recurriendo a diferentes agentes de apoyo social.

Las estrategias de evitación y aproximación son factores que influyen en el malestar psicológico de los pacientes en diálisis. Los pacientes que utilizan estrategias de evitación al inicio de diálisis están en riesgo de empeorar su bienestar psicológico. Por eso es importante para los profesionales de la salud identificar precozmente las estrategias de evitación. (Fernández, Basabe y Saracho, 2013)

Los pacientes que no asumen la enfermedad que padecen y las consecuencias que estas tienen en su organismo, así como el cambio en su estilo de vida y necesidad de un cumplimiento estricto del tratamiento, suelen empeorar su calidad de vida. Resulta negativo que estos lejos de aceptar su enfermedad, culpabilicen a terceros de lo que les sucede o que negligentemente sigan con un comportamiento y forma de vida que empeore su salud y por ende su calidad de vida.

Cada vez hay más aportaciones que resaltan que las variables físicas no son suficientes para comprender el impacto de la diálisis en la calidad de vida, induciendo a explorar variables psicológicas y sociales que permitan identificar nuevos moduladores de la calidad de vida, como el afrontamiento. (Pucheu et al., 2004)

2.3.2. Hipótesis

2.3.2.1. Hipótesis general

- Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

2.3.2.2. Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la salud física de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

- Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la salud psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

- Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y las relaciones sociales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

- Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el ambiente de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

2.3.3. Variables, definición operacional e indicadores

Tabla 1.

Matriz de operacionalización de las Estrategias de Afrontamiento

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	De acuerdo a Reich, Costa y Remor (2016), las estrategias de afrontamiento son las conductas de las personas que buscan frenar, amortiguar y, de ser posible, neutralizar o eliminar los efectos de las situaciones estresoras.	Según Carver (1989), existen disposiciones personales para responder al estrés con unas estrategias más que con otras. Tal proceso de afrontamiento se puede llevar a cabo por medio de dos tipos de afrontamiento: uno denominado afrontamiento activo, y otro denominado afrontamiento pasivo. El primero se refiere a aquellos esfuerzos realizados para hacer frente al problema de forma directa y el segundo se refiere a las formas de escape ante la situación que se está presentando e implica falta de compromiso con la situación problemática.	<i>Afrontamiento activo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado activo • Planeamiento • Reformulación positiva • Humor • Aceptación • Apoyo emocional • Apoyo instrumental 	2,5,7,10, 12,14,15, 17,18,20, 23,24,25, 28	Inventario de Estimación del Afrontamiento (Adaptación del Brief COPE-28)
			<i>Afrontamiento pasivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Renuncia • Auto distracción • Negación • Religión • Uso de sustancias • Autoculpa • Descarga emocional 	1,3,4,6, 8,9,11, 13,16,19, 21,22,26, 27	

Tabla 2.

Matriz de operacionalización de la Calidad de vida

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO
CALIDAD DE VIDA	Bullinger (1995) considera que el término calidad de vida incluye una variedad de condiciones que pueden afectar la percepción del individuo, sus sentimientos y comportamientos directamente relacionados con su funcionamiento diario, incluyendo, pero no limitando, las condiciones de salud y las intervenciones médicas.	La Organización Mundial de la Salud (1997) definió la calidad de vida como la apreciación que las personas tienen del lugar donde viven, de su cultura y construcción de valores en base a sus objetivos, necesidades, expectativas y normas. Su definición es amplia y se ve influenciado por diversos factores como la salud física de la persona, el estado psicológico, las relaciones sociales y su relación con las características del ambiente.	<i>Salud física</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y malestar • Dependencia • Energía y fatiga • Movilidad • Sueño y descanso • Capacidad funcional 	2,3,4,10,15,16,17,18	Cuestionario WHOQOL-BREF (versión abreviada)
			<i>Salud psicológica</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Espiritualidad • Autoestima • Concentración • Sentimientos 	1,5,6,7,11,19,26	
			<i>Relaciones Sociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones personales • Actividad sexual • Soporte social 	20,21,22	
			<i>Ambiente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Entorno físico • Economía • Información disponible • Actividades recreativas • Servicios sanitarios • Transporte 	8,9,12,13,14,23,24,25	

CAPITULO III

METODO, TECNICA E INSTRUMENTOS

3.1. Tipo de investigación

El nivel de la investigación es básica simple porque recoge información de la realidad para generalizar los resultados y darlos a conocer. Según Alvitres (2000), la investigación básica, pura o sustantiva se orienta a una descripción, explicación o predicción de los hechos. Por tanto, no requiere una intervención para intentar cambiar la realidad.

Además, el enfoque de la investigación es cuantitativo, de acuerdo al método que emplea para el manejo de los datos, porque asigna un valor numérico a las respuestas para procesarlas estadísticamente. Rodríguez (2010), señala que el método cuantitativo (...) utiliza instrumentos de recolección que generan números, los cuales son analizados estadísticamente para verificar, aprobar o rechazar las relaciones entre las variables, además los estudios cuantitativos vienen sustentados con tablas estadísticas, gráficas y un análisis numérico. (p. 32)

3.2. Diseño a utilizar

La investigación corresponde al diseño descriptivo correlacional, porque busca hallar la relación entre ambas variables. Este diseño tiene como finalidad conocer la relación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra de estudio. Para evaluar el grado de correlación entre dos o más variables, primero se mide por separado cada una de éstas, y después se establecen las vinculaciones. Tales correlaciones dan respuesta al contraste de hipótesis. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 93)

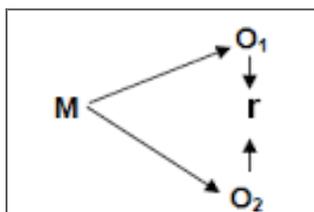


Figura 3. Diseño de investigación

Dónde:

- M : Muestra
 r : relación entre variables
 O₁ : Observación de las Estrategias de afrontamiento
 O₂ : Observación de la Calidad de vida

3.3. Universo, población, muestra y muestreo

El universo de estudio lo conforman los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, que reciben tratamiento de hemodiálisis durante el periodo 2020.

La población de estudio lo conforman 120 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate denominada “Clinical Care”, que reciben tratamiento de hemodiálisis.

La muestra es no probabilística y de tipo intencional, por tanto, considera de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión a solo 118 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, que reciben tratamiento de hemodiálisis.

a) Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica
- Pacientes de ambos sexos

- Pacientes mayores de edad
- Pacientes con sus capacidades mentales completas

b) Criterios de Exclusión

- Pacientes menores de edad
- Pacientes con discapacidad sensorio motriz

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnica

La técnica de recolección de la información empleada es la encuesta, para recabar datos en ambas variables. En la investigación social, la encuesta se considera en primera instancia como una técnica de recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad es la de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida. (López y Fachelli, 2015, p. 8)

3.4.2 Instrumentos

FICHA TECNICA: Inventario de Estimación del Afrontamiento (Adaptación Brief COPE-28)

- **Autor:** Carver, Scheier y Weintraub (1989)
- **País de procedencia:** Estados Unidos
- **Forma de administración:** Individual
- **Ámbito de aplicación:** personas a partir de 16 años
- **Objetivo:** Evaluar las estrategias de afrontamiento ante el estrés
- **Adaptación peruana:** Kelly Lusiana Seminario Alegre (2019)

- **Duración:** 10 a 15 minutos (aprox)
- **Descripción del cuestionario:** El instrumento está constituido por 28 ítems, el cual permite conocer las estrategias de afrontamiento que tienen las personas, a través de la evaluación de 2 dimensiones: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo.
- **Calificación:** Las respuestas se califican en escala de Likert, considerando valores que van del 1 al 4, que se detallan a continuación.

Tabla 3.

Escala de calificación del Inventario

1	2	3	4
Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

- **Baremo:** para efectos de interpretación de los resultados del cuestionario aplicado se establece tres categorías ordenado por rangos, el cual considera intervalos desde el mínimo hasta el máximo puntaje obtenido en general y según las dimensiones que se miden.

Tabla 4.

Baremo de interpretación del Inventario

Nivel	I - II	TOTAL
Bajo	14-28	28-57
Promedio	29-43	58-89
Alto	44-56	88-112

- **Confiabilidad:** a efectos de establecer la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 30 pacientes con insuficiencia renal crónica de otra clínica particular Hemodial Center; sometiendo al modelo de Alfa de Cronbach,

obteniendo como resultado general un índice de 0.90, lo cual acredita que existe una alta confiabilidad interna.

Tabla 5.

Confiabilidad del Inventario

Alfa de Cronbach	Ítems
0.90	28

- **Validación del instrumento:** para evaluar la consistencia externa, se realizó la validación del instrumento por tres jueces expertos, quienes evaluaron el Inventario de Estimación del Afrontamiento (COPE-28), analizándolo bajo los siguientes criterios: claridad, objetividad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, pertinencia, y metodología. Desprendiéndose del análisis de los jueces expertos un nivel de aprobación de 90%, lo que acredita que el inventario es adecuado, resultando pertinente su aplicación.

Tabla 6.

Validación del instrumento

N.º	Nombre de los Expertos	Valoración %
1	Dr. Juan Sandoval Vílchez	94%
2	Mg. Ethel Camarena Jorge	94%
3	Mg. María Lozada Miranda	94%
TOTAL		94%

- **Autor:** Organización Mundial de la Salud (1997)
- **País de procedencia:** Ginebra
- **Forma de administración:** Individual
- **Ámbito de aplicación:** a pacientes con diferentes diagnósticos médicos
- **Objetivo:** Identificar las condiciones en que viven las personas con alguna enfermedad.
- **Validación peruana:** María del Pilar More Velásquez (2016)
- **Duración:** 10 a 15 minutos (aprox)
- **Descripción del cuestionario:** El instrumento está constituido por 26 ítems, el cual permite conocer la calidad de vida a través de la evaluación de 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.
- **Calificación:** Las respuestas se califican en escala de Likert, considerando valores que van del 1 al 5, que asumen diferentes denominaciones cualitativas.
- **Baremo:** para efectos de interpretación de los resultados del cuestionario aplicado se establece tres categorías ordenado por rangos, el cual considera intervalos desde el mínimo hasta el máximo puntaje obtenido en general y según las dimensiones que se miden.

Tabla 7.

Baremo de interpretación del Cuestionario

Nivel	I-IV	II	III	TOTAL
Bajo	8-18	7-16	3-7	26-62
Promedio	19-30	17-26	8-12	63-101
Alto	31-40	27-35	13-15	102-130

- **Confiabilidad:** a efectos de establecer la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 30 pacientes con insuficiencia renal crónica de otra clínica

particular Hemodial Center; sometiendo al modelo de Alfa de Cronbach, obteniendo como resultado general un índice de 0.90, lo cual acredita que existe una alta confiabilidad interna.

Tabla 8.

Confiabilidad del Cuestionario WHOQOL-BREF

Alfa de Cronbach	Ítems
0.92	26

3.5. Procesamiento de datos

Considerando el propósito que persigue la investigación se sistematizará los datos recogidos a través de los instrumentos en una base de datos hecho en tabla de Excel, ordenado los ítems por dimensión de cada una de las variables, luego se consignará el valor de la respuesta elegida, para efectuar la sumatoria por cada dimensión y de la variable en general, para establecer el rango del baremo al que pertenece.

Luego se traspasará los valores obtenidos por cada dimensión y por la variable misma, al Programa SPSS 24, donde a través de la función análisis de los estadísticos descriptivos se obtendrán finalmente las tablas y figuras, que resumen los resultados por cada categoría de análisis de ambas variables.

Además, para dar respuesta a las hipótesis de investigación se hará uso de la estadística descriptiva inferencial, sometiendo a la prueba de Rho de Spearman, que mide el grado de correlación entre dos variables aleatorias (tanto continuas como discretas). Esta técnica estadística no paramétrica se realizará en el programa SPSS 24, donde se escogerá la función analizar, luego la opción correlaciones bivariadas, eligiendo la opción de correlación de

Spearman. Cabe recalcar que la técnica de Rho de Spearman se emplea en variables con características cualitativas que contienen valores ordinales para su medición, permitiendo establecer el índice de correlación y el nivel de significancia.

Tabla 9.

Valores de interpretación del Rho de Spearman

NIVELES DE CORRELACIÓN				
De	0	a	0.05	Nula
De	0.06	a	0.25	Baja
De	0.26	a	0.50	Media
De	0.51	a	0.75	Moderada
De	0.75	a	1	Alta

Para establecer el nivel de significancia, se tiene en cuenta la siguiente regla de decisión: Si $Rho \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

4.1.1. Presentación de resultados generales

Tabla 10.

Datos sociodemográficos de los pacientes, según el sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	60	51 %
Masculino	58	49 %
Total	118	100%

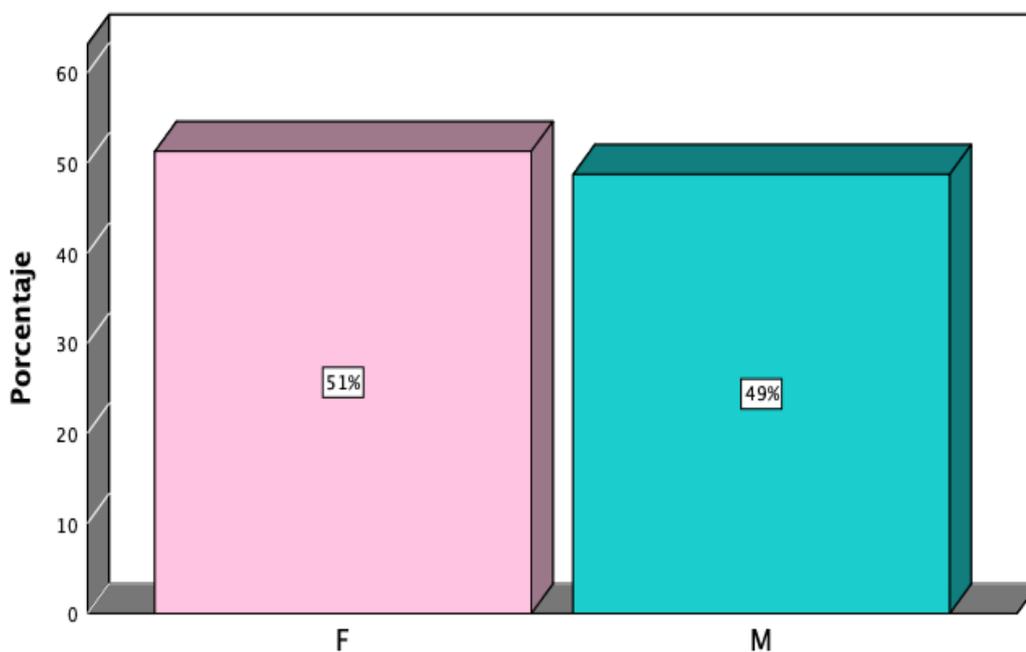


Figura 4. Datos sociodemográficos de los pacientes, según el sexo

Interpretación: Los resultados obtenidos en la investigación determinan que el mayor porcentaje de pacientes que participaron en el estudio son del sexo femenino equivalente al 51% y el 49% son del sexo masculino.

Tabla 11.

Datos sociodemográficos de los pacientes, según la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-32 años	6	5 %
33-45 años	17	15 %
46-58 años	30	25 %
59-71 años	36	30 %
72-86 años	29	25 %
Total	118	100%

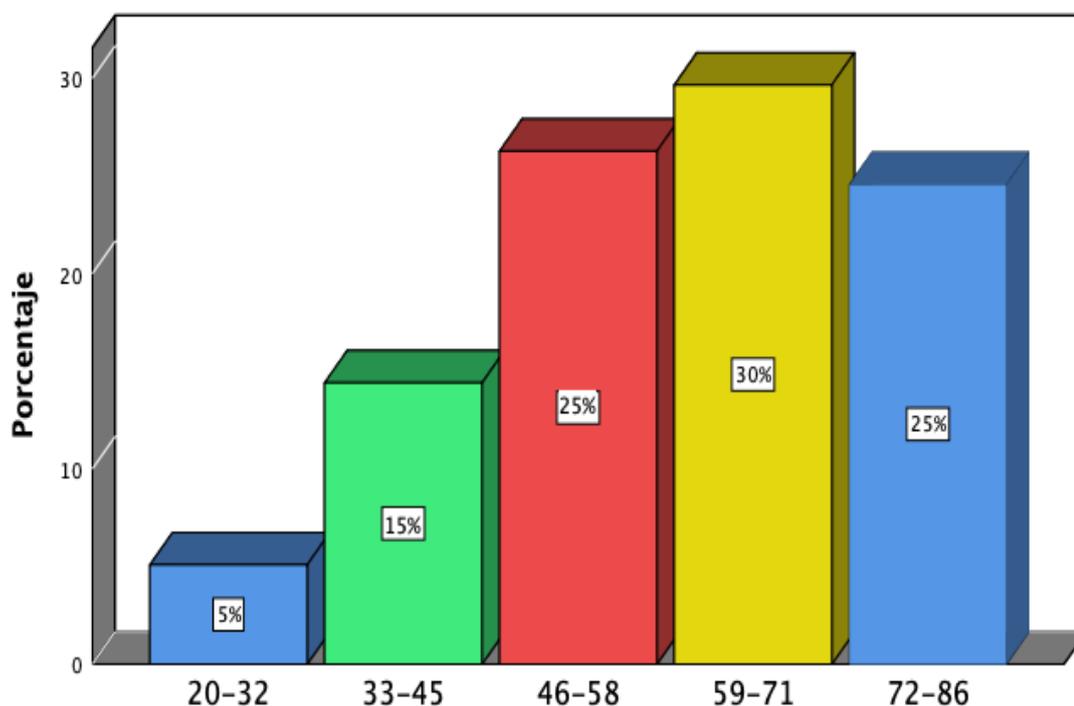


Figura 5. Datos sociodemográficos de los pacientes, según la edad

Interpretación: Los resultados obtenidos demuestran que la mayor proporción de pacientes igual al 30% tienen entre 59 a 71 años, seguido de los que tienen entre 46 a 58

años y los de 72 a 86 años en un 25% para cada grupo de edad respectivamente, el 15% tiene entre 33 a 45 años y el 5% de pacientes tienen entre 20 a 32 años.

Tabla 12.

Datos sociodemográficos de los pacientes, según su estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	21	18 %
Casado (a)	67	57 %
Separado (a)	3	3 %
Conviviente (a)	10	9 %
Viudo (a)	17	13 %
Total	118	100%

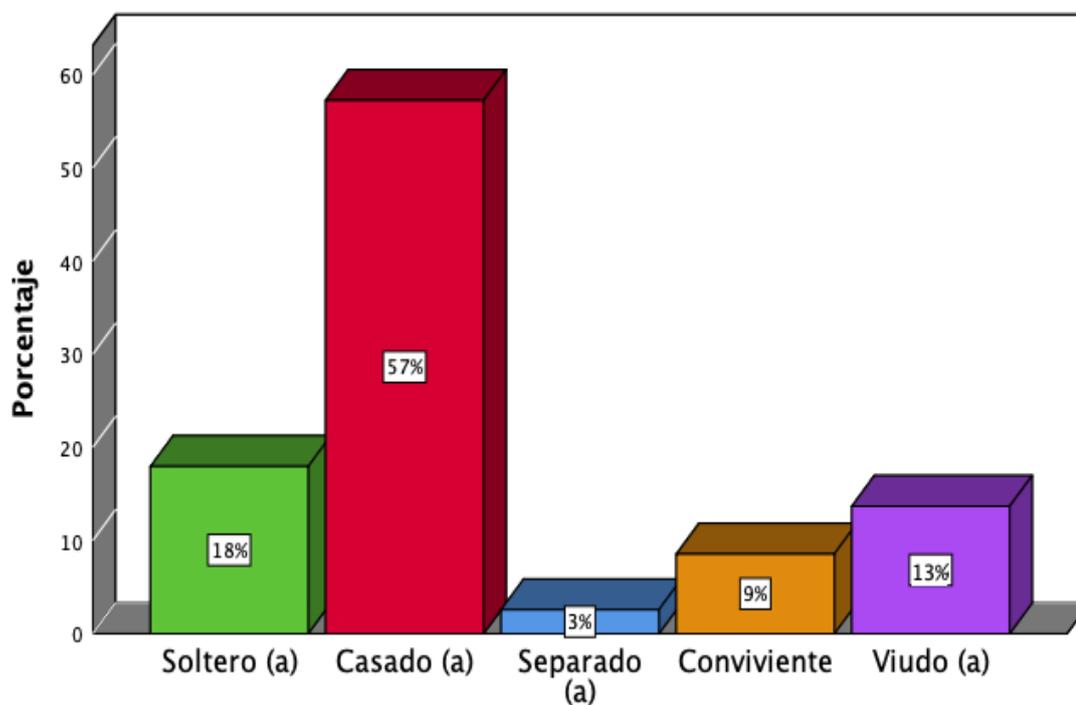


Figura 6. Datos sociodemográficos de los pacientes, según su estado civil

Interpretación: Los resultados obtenidos en la investigación evidencian que el 57% de pacientes son casados(as), el 18% de pacientes son solteros(as), seguido del 13% que son viudos(as), el 9% son convivientes y en menor proporción el 3% son separados(as).

Tabla 13.

Datos sociodemográficos de los pacientes, según su situación económica

Economía	Frecuencia	Porcentaje
Buena	14	12 %
Regular	71	60 %
Mala	33	28 %
Total	118	100%

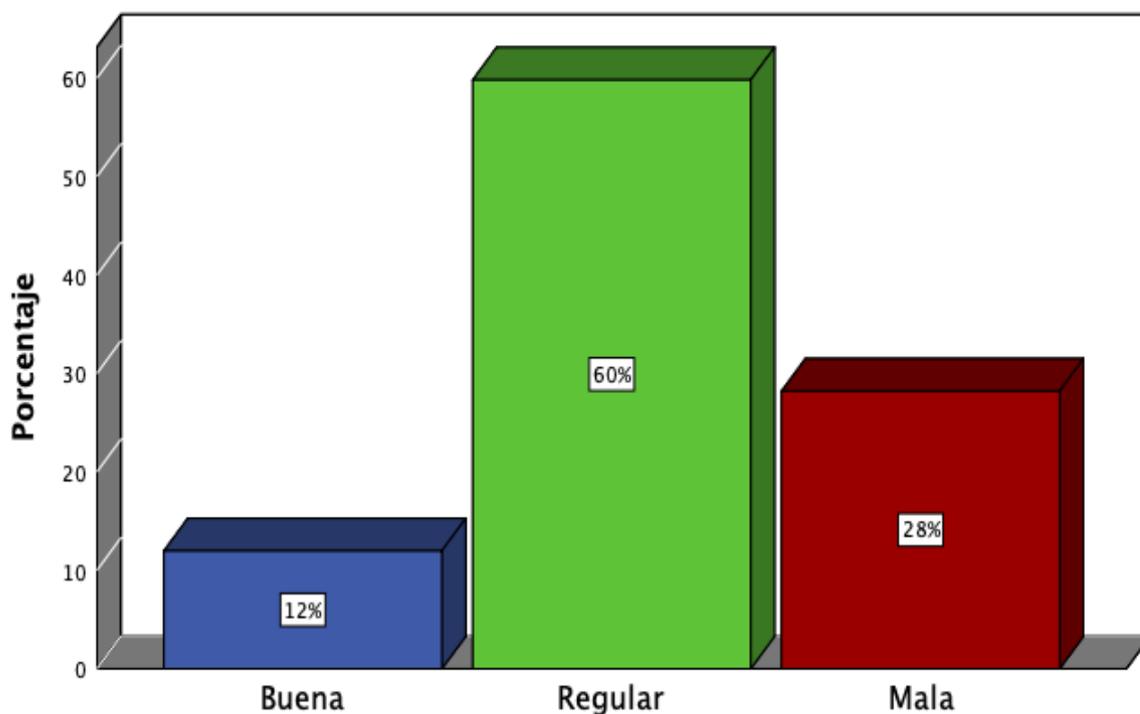


Figura 7. Datos sociodemográficos de los pacientes, según su situación económica

Interpretación: Los resultados obtenidos en la investigación determino que el mayor porcentaje de pacientes afirma tener una condición económica regular o en el promedio, el 28% afirma tener una condición económica mala y un 12% afirma poseer una condición económica buena.

4.1.2. Presentación de resultados de datos específicos

Tabla 14.

Nivel de Estrategias de Afrontamiento en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Promedio	54	45 %
Alto	64	55 %
Total	118	100%

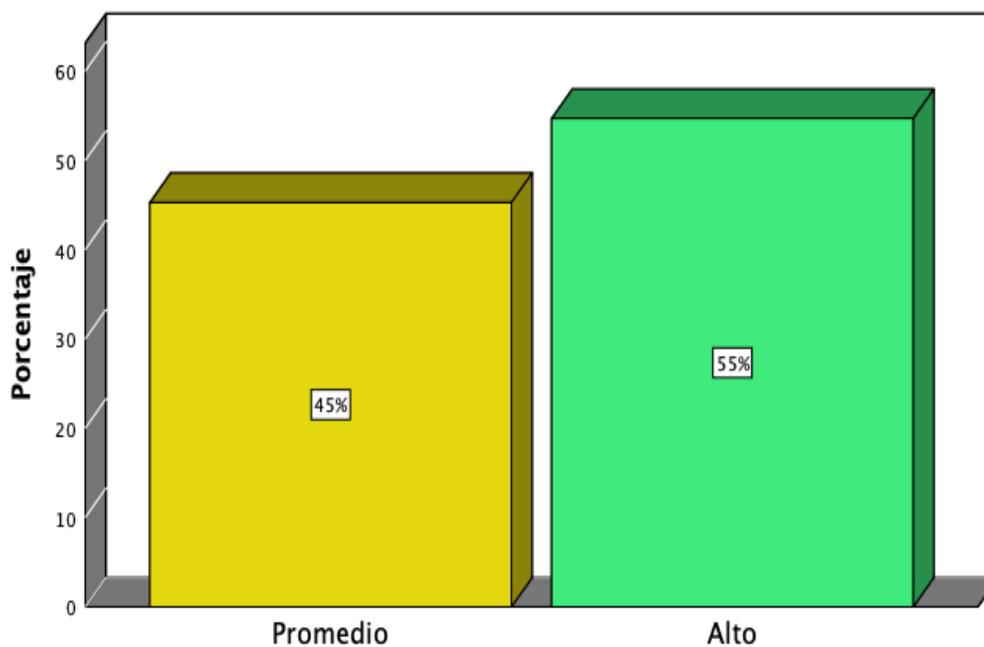


Figura 8. *Nivel de Estrategias de Afrontamiento en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos, se determinó que los pacientes muestran en mayor proporción un nivel alto de estrategias de afrontamiento en un 55%, seguido directamente por el 45% que obtuvo un nivel promedio de estrategias de afrontamiento frente a su enfermedad.

Tabla 15.

Nivel de Estrategias de Afrontamiento en los pacientes, según la dimensión Afrontamiento Activo

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	22	19 %
Promedio	42	35 %
Alto	54	46 %
Total	118	100%

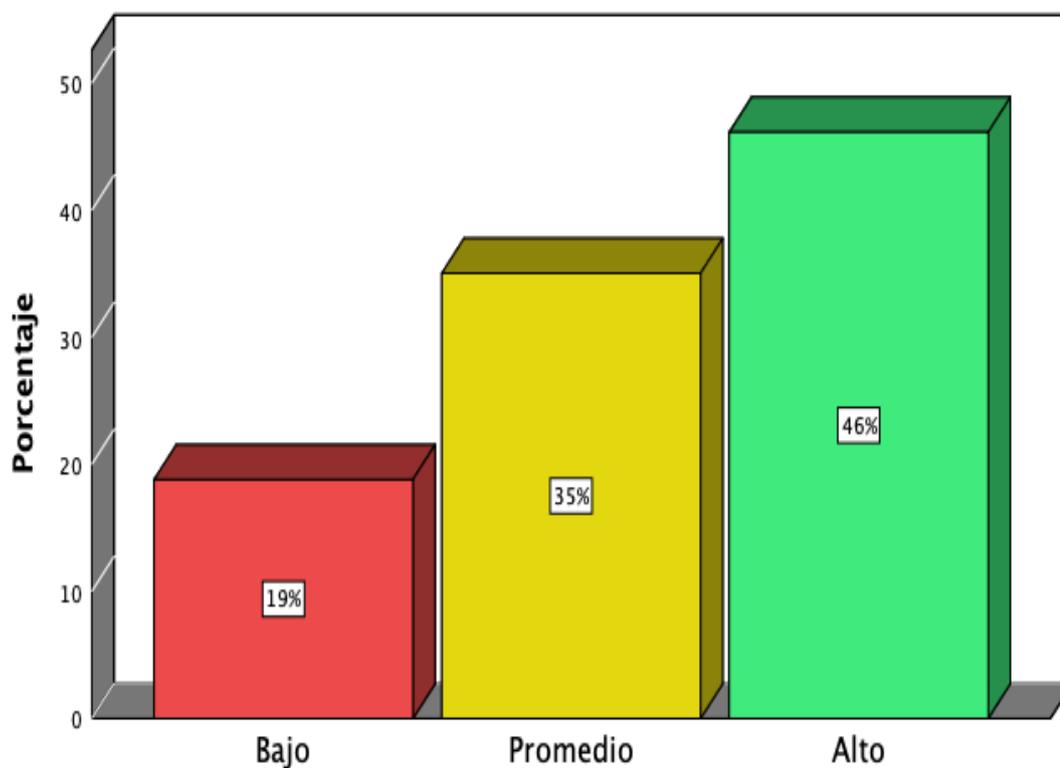


Figura 9. *Nivel de Estrategias de Afrontamiento en los pacientes, según la dimensión Afrontamiento Activo*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión Afrontamiento activo, se determinó que los pacientes presentan en 46% un nivel alto, seguido de los que tienen un nivel promedio igual a 35% y en menor proporción, el 19% presenta un nivel bajo.

Tabla 16.

Nivel de Estrategias de Afrontamiento en los pacientes, según la dimensión Afrontamiento Pasivo

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	39	33 %
Promedio	44	37 %
Alto	35	30 %
Total	118	100%

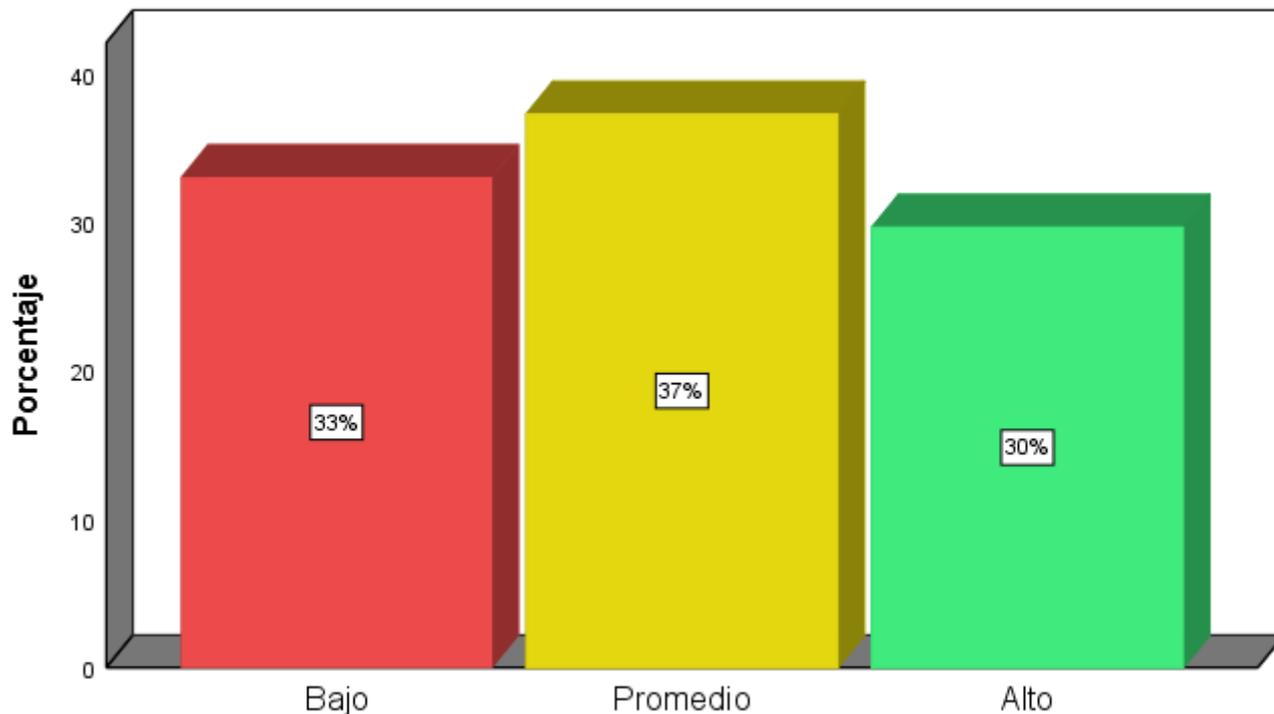


Figura 10. *Nivel de Estrategias de Afrontamiento en los pacientes, según la dimensión Afrontamiento Pasivo*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión Afrontamiento pasivo, se halló que los pacientes muestran en 37% un nivel promedio, seguido por el 33% que presenta un nivel bajo y en menor proporción el 30% tiene un nivel alto.

Tabla 17.

Nivel de Calidad de Vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Promedio	70	59 %
Alto	48	41 %
Total	118	100%

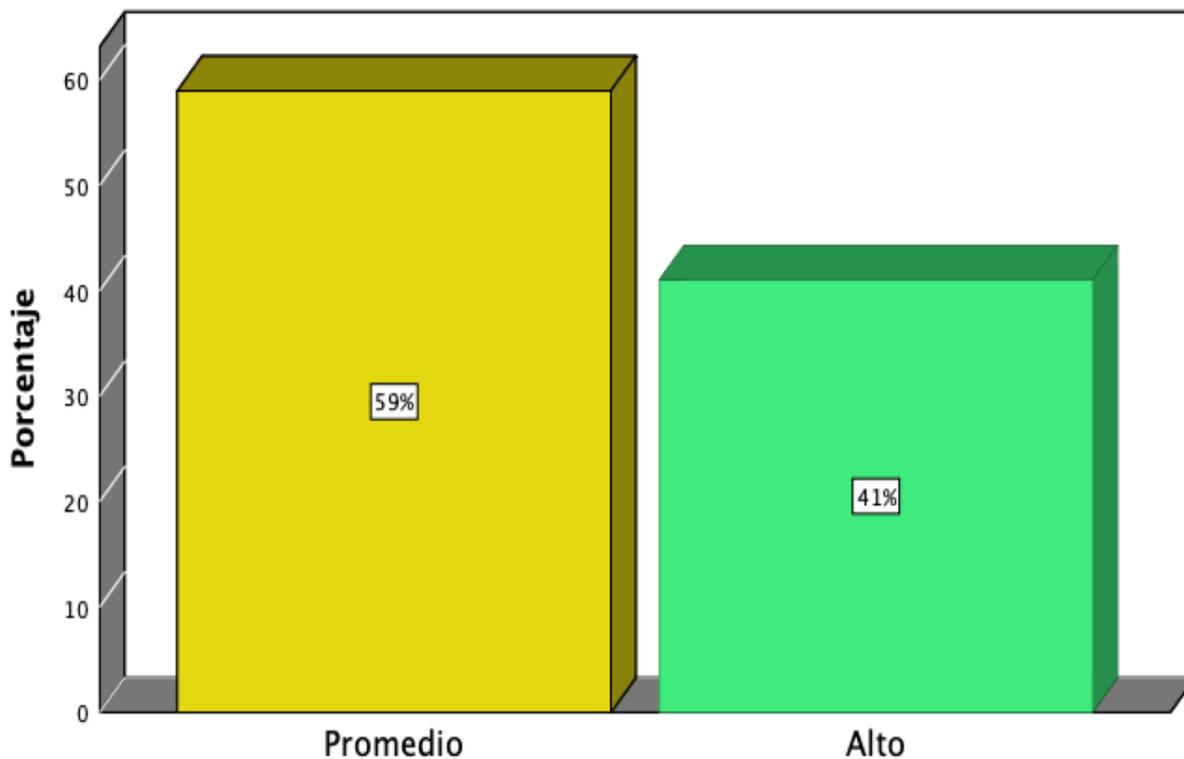


Figura 11. *Nivel de Calidad de Vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos, se determinó que los pacientes presentan una calidad de vida en el 59% de nivel promedio y el 41% presentó un nivel alto de calidad de vida.

Tabla 18.

Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Salud Física

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	18	15 %
Promedio	100	85 %
Total	118	100%

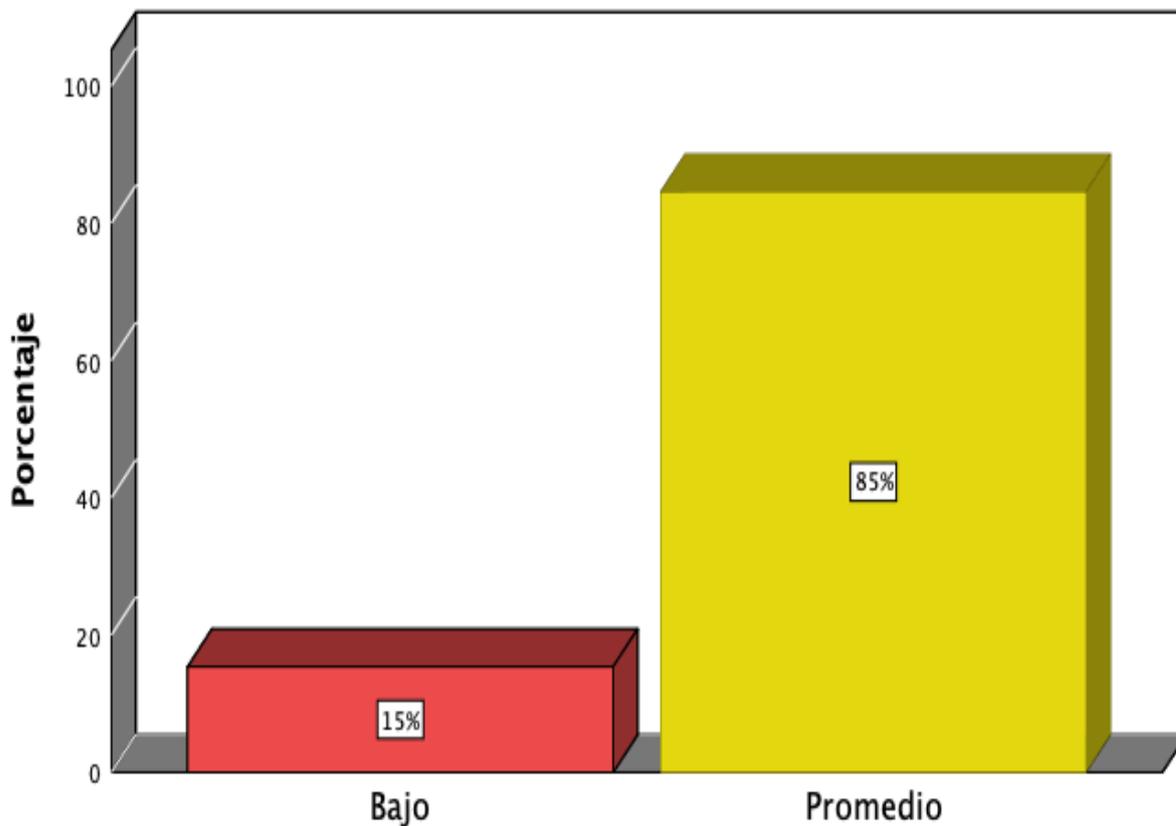


Figura 12. *Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Salud Física*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión Salud Física, se determinó que los pacientes presentan en su mayoría en un 85% un nivel promedio, y en menor proporción el 15% presenta un nivel bajo.

Tabla 19.

Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Salud Psicológica

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	30	26 %
Moderado	10	9 %
Alto	78	65 %
Total	118	100%

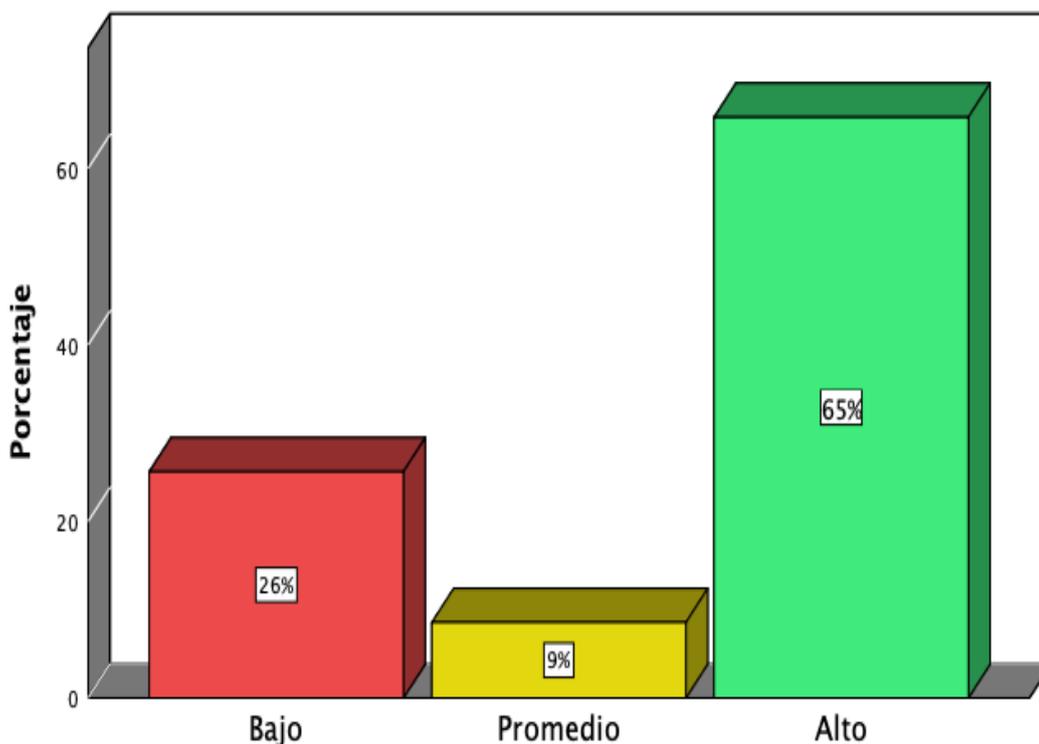


Figura 13. *Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Salud Psicológica*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión Salud Psicológica, se halló que una gran proporción de pacientes muestran en un 65% un nivel alto, seguido por el 26% que presenta un nivel bajo y en menor proporción el 9% tiene un nivel promedio.

Tabla 20.

Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Relaciones Sociales

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	38	32 %
Promedio	60	51 %
Alto	20	17 %
Total	118	100%

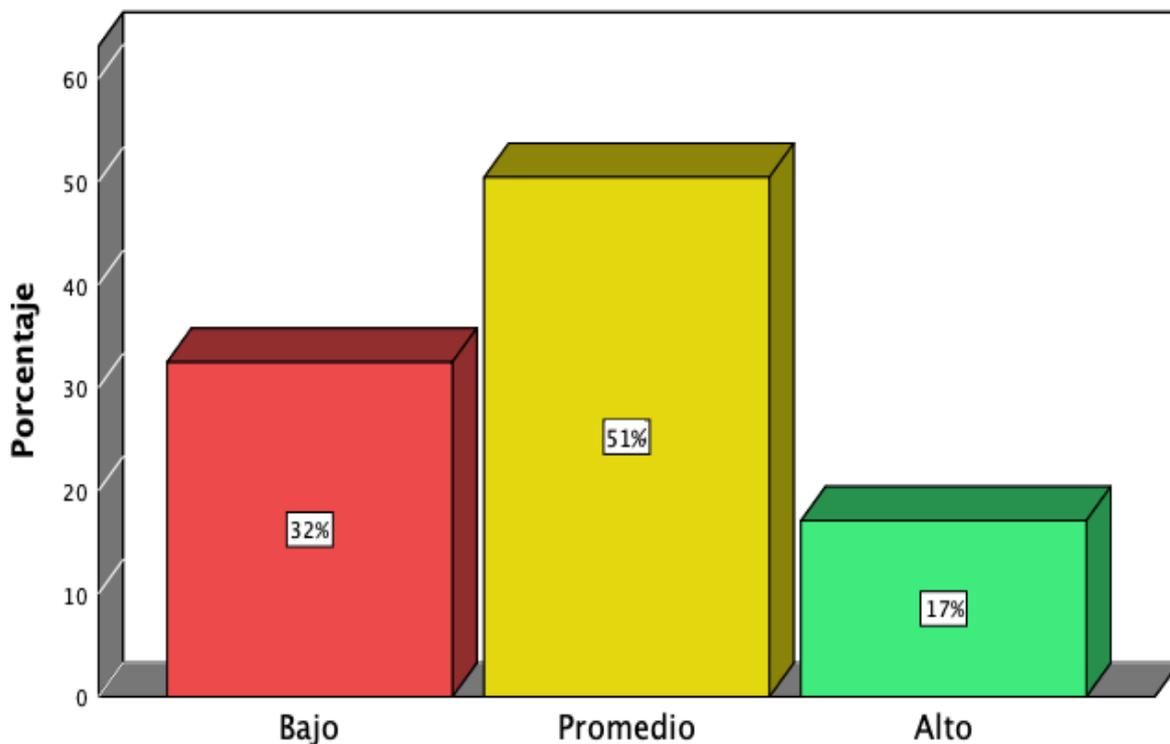


Figura 14. *Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Relaciones Sociales*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión Relaciones Sociales, se halló que la mayoría de pacientes muestran en un 51% un nivel promedio, por otro lado el 32% presentó un nivel bajo y en menor proporción el 17% presenta un nivel alto.

Tabla 21.

Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Ambiente

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	22	18 %
Promedio	49	42 %
Alto	47	40 %
Total	118	100%

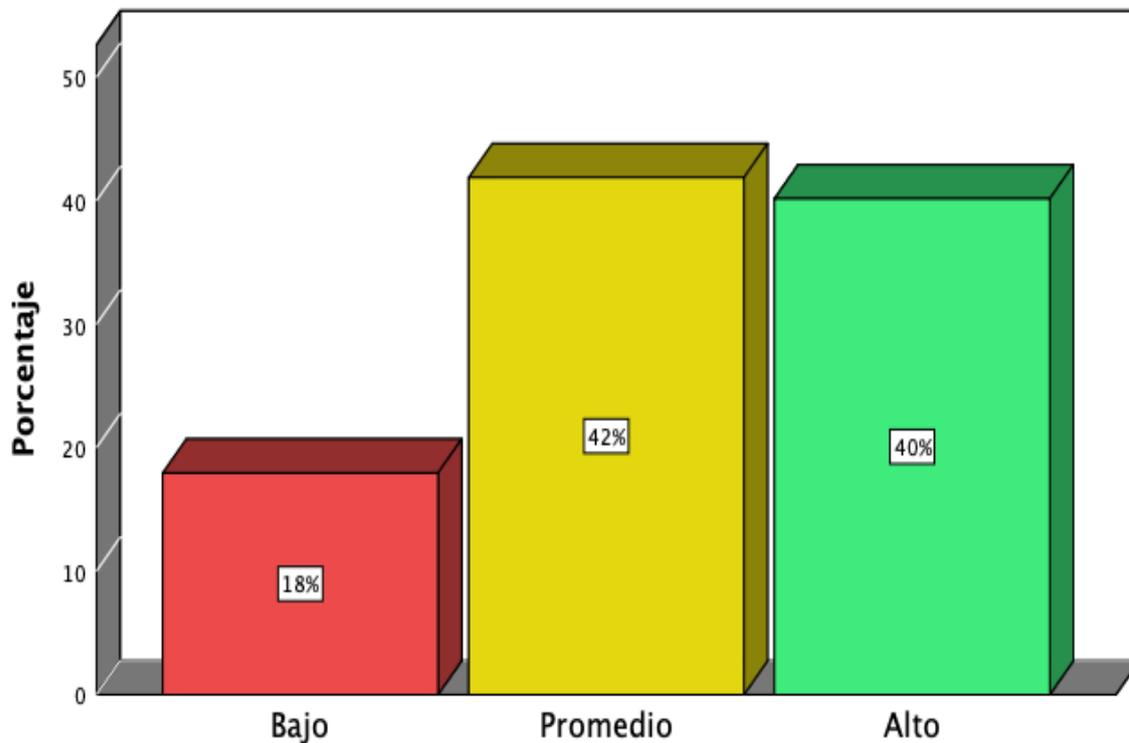


Figura 15. Nivel de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, según la dimensión Ambiente

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión Ambiente, se halló que los pacientes presentan en 42% un nivel promedio, seguido por el 40% que presenta un nivel alto y el 18% restante presentó un nivel bajo.

4.2. Contrastación de hipótesis

4.2.1. Hipótesis general

Hga: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

Hgo: No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

Tabla 22.

Prueba de correlación de Spearman entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida

		Estrategias de afrontamiento	Calidad de vida
Rho de Spearman	Estrategias de afrontamiento	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,799**
		N	,000
	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,799**
		Sig. (bilateral)	118
		N	118

** La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Interpretación: El análisis estadístico determino una relación $\rho = 0,799$ entre las variables Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida, demostrando que la relación es positiva y de nivel alta. El nivel de $p = 0.000 < 0.05$ establece que existe una relación significativa, por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Por tanto, existe relación significativa, positiva y de nivel alta entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

4.2.2. Hipótesis específicas

H1a: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la salud física de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

H1o: No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la salud física de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

Tabla 23.

Prueba de correlación de Spearman entre estrategias de afrontamiento y salud física

			Estrategias de afrontamiento	Salud física
Rho de Spearman	Estrategias de afrontamiento	Coefficiente de correlación	1,000	,422**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	118	118
	Salud física	Coefficiente de correlación	,422**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	118	118

** . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Interpretación: El análisis estadístico determino una relación $\rho = 0,422$ entre la variable estrategias de afrontamiento y la dimensión salud física, demostrando que existe una relación positiva y de nivel media. El nivel de $p = 0.000 < 0.05$ establece que existe una relación significativa, por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Por tanto, existe relación significativa, positiva y de nivel media entre las estrategias de afrontamiento y la salud física de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

H2a: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la salud psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

H2o: No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la salud psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

Tabla 24.

Prueba de correlación de Spearman entre estrategias de afrontamiento y salud psicológica

			Estrategias de afrontamiento	Salud psicológica
Rho de Spearman	Estrategias de afrontamiento	Coefficiente de correlación	1,000	,752**
		Sig. (bilateral)	.	,000
	Salud psicológica	N	118	118
		Coefficiente de correlación	,752**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	118	118

** . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Interpretación: El análisis estadístico determino una relación $\rho = 0,752$ entre la variable estrategias de afrontamiento y la dimensión salud psicológica, demostrando que existe una relación positiva y de nivel alta. El nivel de $p = 0.000 < 0.05$ establece que existe una relación significativa, por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Por tanto, existe relación significativa, positiva y de nivel alta entre las estrategias de afrontamiento y la salud psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

H3a: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y las relaciones sociales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

H3o: No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y las relaciones sociales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

Tabla 25.

Prueba de correlación de Spearman entre estrategias de afrontamiento y relaciones sociales

		Estrategias de afrontamiento	Relaciones sociales	
Rho de Spearman	Estrategias de afrontamiento	Coefficiente de correlación	1,000	
		Sig. (bilateral)	,558**	
	Relaciones sociales	N	.	,000
		Coefficiente de correlación	118	118
		Sig. (bilateral)	,558**	1,000
		N	,000	.
		118	118	

** . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Interpretación: El análisis estadístico determino una relación rho = 0,558 entre la variable estrategias de afrontamiento y la dimensión relaciones sociales, demostrando que existe una relación positiva y de nivel moderada. El nivel de $p = 0.000 < 0.05$ establece que existe una relación significativa, por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Por tanto, existe relación significativa, positiva y de nivel moderada entre las estrategias de afrontamiento y las relaciones sociales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

H4a: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el ambiente de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

H4o: No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el ambiente de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

Tabla 26.

Prueba de correlación de Spearman entre estrategias de afrontamiento y ambiente

			Estrategias de afrontamiento	Ambiente
Rho de Spearman	Estrategias de afrontamiento	Coefficiente de correlación	1,000	,370**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	118	118
	Ambiente	Coefficiente de correlación	,370**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	118	118

** . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Interpretación: El análisis estadístico determino una relación $\rho = 0,370$ entre la variable estrategias de afrontamiento y la dimensión ambiente, demostrando que existe una relación positiva y de nivel media. El nivel de $p = 0.000 < 0.05$ establece que existe una relación significativa, por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Por tanto, existe relación significativa, positiva y de nivel media entre las estrategias de afrontamiento y el ambiente de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020.

4.3. Discusión de los resultados

En este apartado, comparamos los resultados obtenidos en la presente investigación con las generalizaciones brindadas por otros autores sobre la misma temática de investigación.

En el presente estudio se determinó una relación $\rho = 0,799$ entre las variables estrategias de afrontamiento y calidad de vida, demostrando que existe una relación positiva y de nivel alta, con un grado de significancia menor al 0.05; determinando que existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate. Dicho resultado tiene similitud con el estudio de Gonzales (2018), quien determinó que las estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica HZ del distrito de Puente Piedra, con un coeficiente de $\rho=0.776$, que demostró una alta asociación entre las variables. Dicha coincidencia se debe a que las personas que atraviesan por situaciones críticas como enfermedades crónicas, suelen adoptar adecuadas estrategias de afrontamiento para llevar adelante su tratamiento, con la esperanza de mejorar su salud y alargar la vida, lo cual tiene un impacto positivo a nivel general sobre su bienestar.

A su vez Mendoza (2017), corrobora estos resultados pues en su investigación halló un grado de relación positiva y significativa entre la variable estrategias de afrontamiento y la variable calidad de vida, con una $\rho = 0.76$. en los pacientes con trasplante renal en el Programa Nacional de Salud Renal, en La Paz (Bolivia). Dentro de sus resultados obtuvo que el 62% de pacientes afirma que en torno a su calidad de vida les va muy bien y el 38% afirman que les va bien. Por ende, se comprueba que cuando un paciente con enfermedad renal crónica asume una actitud positiva de enfrentar directamente el problema, obtiene resultados favorables en su calidad de vida.

De otro lado, en el presente estudio se determinó que existe una relación $\rho = 0,752$ entre la variable estrategias de afrontamiento y la dimensión salud psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, demostrando que existe una relación positiva y de nivel alta. Además, el nivel de $p = 0.000 < 0.05$ establece que existe una relación significativa. Encontrando cierta coincidencia con el estudio de Rojas (2016), quien determinó que existen relaciones significativas e inversas entre la dimensión de salud mental con la estrategia de afrontamiento desentendimiento conductual. En tal sentido, se evidencia que las personas que emplean algún tipo de estrategia de afrontamiento suelen tener resultados sobre su calidad de vida, de ser favorable la estrategia elegida promueve una mejor calidad de vida, pero si es desfavorable la estrategia empleada como la de evitación o desentendimiento conductual, su calidad de vida empeorará.

Los resultados estadísticos demostraron que los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate presentan una calidad de vida en el 59% de nivel promedio y el 41% presentó un nivel alto de calidad de vida. Dicho resultado coincide con el estudio de Cayambe y Haro (2016), quienes determinaron que el 46% de los pacientes con VIH del Hospital Provincial Docente Riobamba perciben su calidad de vida como moderadamente satisfactoria, siendo los indicadores alarmantes: baja autoestima, energía, ingresos económicos, apoyo social, vida sexual insatisfactoria. En tal sentido, se halla similitud al alcanzar los pacientes en ambos casos, una calidad de vida promedio o moderada que evidencia que poseen un bienestar regular, probablemente por contar con los recursos y apoyo necesarios para seguir su tratamiento.

Finalmente, se comprobó en el presente estudio que los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate presentan un nivel alto de estrategias de afrontamiento en 55%, seguido por el 45% que presenta un nivel promedio; siendo el afrontamiento activo el que presenta mayor incidencia al momento de enfrentar su enfermedad. Dicho resultado guarda relación con el estudio de Reverté (2017), quien determinó que los pacientes con ictus isquémico agudo que reciban tratamiento endovascular presentaron mayores puntuaciones en el afrontamiento activo con una tendencia, aunque no significativa, en la aceptación. Al respecto se establece coincidencia, pues los pacientes suelen recurrir para lograr una mejoría en su calidad de vida, al uso de estrategias del afrontamiento activo que coadyuva a la aceptación de su realidad y adoptar una actitud positiva.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

De acuerdo al resultado obtenido en la comprobación de las hipótesis planteadas y al análisis descriptivo inferencial, se establece las siguientes conclusiones:

Primera: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020; de acuerdo a $p=0.000$ y con un índice de $\rho=0,799$ que determina una relación positiva y de nivel alta. Determinándose que a mayores estrategias de afrontamiento, mayor calidad de vida en los pacientes.

Segunda: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la salud física de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020; según $p=0.000$ y con un índice de $\rho=0,422$ que determina una relación positiva y de nivel media. Determinándose que a mayores estrategias de afrontamiento, mayor salud física en los pacientes.

Tercera: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la salud psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020; según $p=0.000$ y con un índice de $\rho=0,752$ que determina una relación positiva y de nivel alta. Determinándose que a mayores estrategias de afrontamiento, mayor salud psicológica en los pacientes.

Cuarta: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y las relaciones sociales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020; según $p=0.000$ y con un índice de $\rho=0,558$ que determina una relación positiva y de nivel moderada. Determinándose que a mayores estrategias de afrontamiento, mayores relaciones sociales en los pacientes.

Quinta: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el ambiente de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020; según $p=0.001$ y con un índice de $\rho=0,370$ que determina una relación positiva y de nivel media. Determinándose que a mayores estrategias de afrontamiento, mayor ambiente favorable en los pacientes.

Sexta: Los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan un nivel alto de estrategias de afrontamiento en 55% y el 45% presenta un nivel promedio de estrategias de afrontamiento frente a su enfermedad.

Séptima: Los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan en 59% una calidad de vida de nivel promedio y el 41% presentó una calidad de vida de nivel alto.

5.2. Recomendaciones

En base a las conclusiones establecidas se propone las siguientes recomendaciones con el propósito de contribuir al bienestar de las personas que padecen de insuficiencia renal crónica.

Primera: La familia de los pacientes con insuficiencia renal crónica deben brindarles el apoyo emocional, moral y material en la medida de sus posibilidades, para que estos fortalezcan sus estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad y mejore por ende su calidad de vida.

Segunda: El Ministerio de Salud debe asegurar el cubrimiento de los servicios sanitarios que requieren los pacientes con insuficiencia renal crónica para que estos cumplan su tratamiento y mantengan una salud física estable.

Tercera: La Clinical Care debe brindar talleres de refuerzo emocional y empoderamiento de estrategias de afrontamiento para los pacientes con insuficiencia renal crónica que se dializan, para que estos mantengan el equilibrio psicológico o mental.

Cuarta: Los familiares y amigos deben entablar una comunicación cercana y fluida con aquel miembro que padece de insuficiencia renal crónica, mostrándole el afecto y consideración que le tienen, de manera que este no se sienta solo o abandonado en los momentos difíciles.

Quinta: Los familiares y amistades cercanas a las personas con insuficiencia renal crónica, deben procurarles un ambiente seguro y tranquilo donde desarrollarse, de manera que no estén expuestos a peligros que perjudiquen su salud.

Sexta: La Clinical Care debe evaluar periódicamente a los pacientes con insuficiencia renal crónica, para conocer a qué nivel están manejando las estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad, para predecir el éxito en el tratamiento que reciben.

Séptima: Los familiares, amigos y personal sanitario que interactúan con los pacientes con insuficiencia renal crónica deben apoyarlos en lo que estos requieran, para contribuir a su bienestar personal y permitir así que estos puedan tener una calidad de vida digna.

REFERENCIAS

Agencia Peruana de Noticias (2019, 14 de marzo). Enfermedad renal crónica: más de 2 millones la padecen en Perú. Recuperado de <https://andina.pe/agencia/noticia-enfermedad-renal-cronica-mas-2-millones-padecen-peru-745367.aspx>

- Álvarez-Ude, F., Fernández-Reyes, M., Vásquez, A., Mon, C., Sánchez, R. y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21(2), 191-199.
- Aguir, V. y Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana: Un estudio con entrevistas semi-estructuradas. *Revista Española de Salud Pública* 76 (5), p. 509-604.
- Arostegui, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.
- Bastías, E. y Sanhueza, O. (2004). Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la Comuna de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 10(1), 41-56.
- Blanco, A. (1995). Cinco tradiciones en la psicología social. Madrid: Morata.
- Bellak, L. (2000). *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva de Urgencias*. México: El Manual moderno.
- Caplan, G. (1974). *Sistemas de apoyo y salud mental comunitaria*. New York: Behavioural Publications.
- Carrijo, L. y Car, M. (20003). La dialéctica de la vida cotidiana de los enfermos con insuficiencia renal crónica: entre lo inevitable y lo casual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(3), 27-35.
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cayambe, M. y Haro, Y. (2016). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Provincial General Docente

- Riobamba, período octubre 2015- marzo 2016 (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador). Repositorio Institucional <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1931/1/UNACH-EC-PSC-CLIN-2016-0021.pdf>
- Coppari, Acosta, Buzó, Nery-Huerta y Ortíz (2014). Calidad de vida y afrontamiento en pacientes con cáncer y Sida de Paraguay. *Salud & Sociedad*, 5 (1), 82-96
- Costa, G., Pinheiro, M., Medeiros, S., Costa, R. y Cossi, M. (2016). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería global*, 15 (43). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003
- Croyle, K. et al. (2003) Afrontamiento prequirúrgico, depresión y calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson. *Journal of Clinical Psicología en entornos médicos*, 10 (2), 101-107.
- De los Santos, K. (2017). 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 2016 (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú). Repositorio Institucional http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6112/DelosSantos_vk.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dennis, R., Williams, W., Giangreco, M. y Cloninger, Ch. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 25 (155), 5-18.
- Díaz, I. (2004). Calidad de vida percibida vivenciada (CVPV): Fundamentos teóricos y conceptuales para su estudio. Recuperado de <http://www.uo.edu.cu/ojs/index.php/stgo/article/viewFile/14508102/980>.
- Fernández, E. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. Madrid, España: Pirámide.

- Frazier, L. (2000). Lidiando con enfermedades estresores en la enfermedad de Parkinson. *Gerontólogo*, 40 (1), 53-63.
- Fernández, B., Basabe, N. y Saracho, R. (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Nefrología*, 33 (3), 342-354.
- Gómez, M. y Sabeh, E. (2000). Calidad de vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Universidad de Salamanca, España. Recuperado de <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
- 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 Cesar Vallejo, Perú).
Repositorio Institucional
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17223/Gonzales_CCM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González, J. (2017). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos (Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador).
Repositorio Institucional
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26005/2/TESIS-TERMINADA-JESSY-.pdf>
- Hurtado, I., Enamorado, A., Oteroy, H. y Bohorques, R. (2000). Estudio de calidad de vida en pacientes con hemodiálisis iterada, antes y después del empleo de eritropoyetina. *Nefrología* 20(5), 445-447.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company
- Ledón, L. (2001). Cuerpo y género: la enfermedad como punto de encuentro. *Revista de Psicología Liberabit*, 7(7), 79-90.

- Lora, E. (2008). *Calidad de vida: Más allá de los hechos*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- López, H. y Quiñones, O. (2018). Estrategias de afrontamiento al tratamiento de hemodiálisis en personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal en un Centro de diálisis, Chiclayo 2017 (Tesis de pregrado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Perú). Repositorio Institucional <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1777/BC-TES-TMP-628.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30 (1), p. 123-145.
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1986). *Recaída y Prevención: estrategias de mantenimiento en el tratamiento de comportamientos adictivos*. Nueva York: Guilford Press.
- Martín et al. (2004). Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of life- short form (KDQOL-SF). *Revista Diálisis y Transplante*, 25(2), 79-92.
- Martínez, E. (2007). *Psicoterapia y sentido de vida. Psicología clínica de orientación logoterapéutica*. Bogotá: Editorial Herder.
- Mattlin, J., Wethington, E. & Kessler, R. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 103-122.
- Mendoza, J. (2017). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con trasplante renal del Programa Nacional de Salud Renal La Paz – Bolivia (Tesis de Licenciatura, Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia). Repositorio Institucional <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/14886/TG-4022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Mishel, M. (1990). Reconceptualización de la incertidumbre en la teoría de Illnes. *Journal of Nursing Scholarship*, 22 (4): 256-267.
- Milán, M. y Mitchell, Z. (1991). La generalización y el mantenimiento de los efectos del tratamiento. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Mochales, S. y Gutiérrez, M. (2003). Estrategias de afrontamiento al estrés en un grupo de personas en proceso de reinserción social. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag10.htm>
- Mollaoglu, M. (2004). Depression and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Dialysis & Transplantation*, 33(1), 544-549.
- Montgomery, W. (1997). Terapia conductual y modelo de afrontamiento: en busca del cliente autónomo. *Revista de Psicología*, 1(1). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/psicologia/1997_n1/terapia.htm
- Moreno, C. (2016). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el paciente oncológico (Tesis de pregrado, Universidad Internacional de Catalunya, Barcelona, España). Repositorio Institucional https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/263843/TFG_Carmen_Moreno_Fern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1
- Omar, A. (1995). *Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Orem, D. (1972). *Enfermería: conceptos de práctica*. Estados Unidos: Editorial Mc Graw Hill.
- Organización Mundial de la Salud (1997). Programa de Salud Mental. WHOQOL. Medición de Calidad de Vida. Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Whoqol-100 y Whoqol-Bref. *Social science and medicine*, 41(1), 1403-1409.

- Organización Panamericana de la Salud (2015, 10 de marzo). La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Recuperado de 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
- Pearlin, L. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 19(3), 2-21.
- Peñaranda (2005). *Los aportes de la psicología a la odontología. Una investigación sobre factores psicosociales en el dolor crónico bucofacial*. Venezuela: Universidad Central de Venezuela.
- Ponciano, C. (2017). Calidad de vida y afrontamiento en pacientes adultos oncológicos de una Clínica de Lima-Perú. *Revista de Ciencia y Arte de Enfermería*, 2(1), 52-58.
- Pucheu, S. et al. (2004). ¿Las atribuciones causales de salud y las estrategias de afrontamiento actúan como moderadores de la calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal? *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (3), 317-22.
- Reverté, S. (2017). Efecto en la calidad de vida, el afrontamiento y las conductas de salud de los pacientes con ictus isquémico agudo tratados con neurointervencionismo endovascular (Tesis doctoral, Universidad de Girona, España). Repositorio Institucional https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/482008/tsrv_20170427.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Roca, M. y Pérez, M. (1999). *Apoyo social: su significación para la salud humana*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Rodríguez, M., Castro, M. y Merino, J. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 11(3), 47-57.

- Rojas, R. (2016). Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú). Repositorio Institucional <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7086>
- Roy (1984). Roy C. Introducción a la enfermería: un modelo de adaptación (2ª ed). Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Schalock, R. y Verdugo, M. (2002) Manual de calidad de vida para profesionales del servicio humano. Washington: Asociación de Retraso Mental.
- Somarriba, N. (2008). Aproximación a la medición de la calidad de vida social e individual en la Europa comunitaria (Tesis doctoral, Universidad de Valladolid, España). Recuperado de <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2010/mnsa/CARACTERISTICAS%20DE%20LA%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20SOCIAL%20E%20INDIVIDUAL%20EN%20LA%20EUROPA%20COMUNITARIA.htm>
- Trejo, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enfermería Neurológica*, 11 (1), 34-38.
- Tuesca, R. (2012). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Revista Científica Salud Uninorte. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4113/2525>
- Vinokur, E. y Bueno, D. (2002). Aspectos psicológicos del paciente renal. *Nefrología, Diálisis y Transplante*, 56(2), 11-14.
- Xie, Y. et al. (2018). Analysis of the Global Burden of Disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016. *Kidney International*, 94(3), 567-81. Doi: 10.1016/j.kint.2018.04.011.

ANEXOS

ANEXO 1.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Metodología
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Tipo y diseño de investigación
- ¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019?	- Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019.	- Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019.	La investigación es de nivel básica, con un diseño descriptivo correlacional, porque busca hallar la relación entre las variables. Tiene un enfoque cuantitativo y es No experimental-transversal.
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Especificas	Población y muestra
- ¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y la salud física de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019? - ¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y la salud psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019? - ¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y las relaciones sociales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019? - ¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y el ambiente de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019?	- Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la salud física de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019. - Identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la salud psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019. - Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y las relaciones sociales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019. - Identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el ambiente de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019.	- Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la salud física de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019. - Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la salud psicológica de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019. - Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y las relaciones sociales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019. - Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el ambiente de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2019.	La población de estudio lo conforman 90 estudiantes del 5to de secundaria (secciones A, B, C, D) de la institución educativa N° 0087 José María Arguedas del distrito de San Juan de Lurigancho. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">N = 90</div> La muestra es de tipo intencional, no probabilística y censal, por tanto, asume a la totalidad de la población por representar una cantidad finita y manejable par los fines de esta investigación.

ANEXO 2.
FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Instrucciones:

Estimado paciente con fines académicos y en favor del desarrollo de una investigación de calidad se le pide completar esta ficha de datos sociodemográficos, con el propósito de conocer información general de realidad. Recuerde que sus datos son anónimos y solo deberá marcar solo una de las opciones de cada enunciado y en otros casos escribir los datos que se le solicita.

1. Edad:
2. Sexo: Femenino Masculino
3. Estado civil
 - a) Soltero (a)
 - b) Casado (a)
 - c) Separado (a)
 - d) Conviviente
 - e) Viudo (a)
4. Situación económica
 - a) Buena
 - b) Regular
 - c) Mala
5. Tiempo que presenta el padecimiento:
6. Persona que más lo cuida o acompaña a su tratamiento
 - a) Pareja
 - b) Padres
 - c) Hermanos
 - d) Hijos
 - e) Amigo (a)
 - f) Otros

Anexo 3.

INVENTARIO DE ESTIMACIÓN DEL AFRONTAMIENTO

(Adaptación del Brief COPE-28)

Instrucciones: Estimado participante, a continuación, le presentamos una serie de enunciados que permitirá conocer el modo de afrontamiento que usted tiene frente a la enfermedad que padece. Las formas de enfrentarse a su situación problemática que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Así que se le pide total sinceridad al momento de marcar su respuesta y se le pide tener en cuenta la siguiente escala.

1	2	3	4
Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

Ítems		1	2	3	4
1	Me ocupo en hacer algo para no estar pensando todo el tiempo en mi enfermedad				
2	Concentro mis esfuerzos en hacer algo que me haga sentir mejor sobre mi actual situación.				
3	Me cuesta aceptar el diagnóstico médico sobre mi salud				
4	En algún momento he optado por consumir bebidas alcohólicas para olvidar mi padecimiento				
5	Busco el cariño de las personas de mi entorno para sentirme mejor				
6	En ocasiones me siento abatido(a) y sin esperanzas de recuperación, por la enfermedad que padezco				
7	Hago lo posible por estar bien y cumplir fielmente mi tratamiento				
8	Me niego a creer lo que me está pasando				
9	Expreso mis sentimientos (dolor, tristeza, rabia, etc.) que me genera esta enfermedad				
10	Busco consejos de otras personas que me ayuden a sentirme mejor				
11	Tomo medicamentos (tranquilizantes) y hierbas que me ayuden a sentirme mejor frente a la enfermedad renal.				
12	Trato de ser optimista pensando que sucederá algún cambio positivo en mi organismo frente a la enfermedad				
13	Me culpo a mí mismo(a) por no haber tenido un mayor cuidado sobre mi salud y haber prevenido esta enfermedad				
14	Pienso sobre las cosas que vendrán a causa de mi enfermedad, para estar preparado				
15	Busco la comprensión de las personas de mi entorno para hacer más llevadero mi existencia				
16	Admito que no puedo con mi dolencia y dejo de luchar para recuperarme				
17	Pienso que existen otras personas que padecen la misma enfermedad y se encuentran peor que yo, lográndome sentir mejor frente a mi situación				
18	Hago bromas sobre lo que me pasa				
19	Me distraigo viendo programas televisivos para no pensar en mi salud				
20	Acepto como una prueba de Dios, lo que me esta tocando vivir				
21	Tengo a alguien a quien confiarle lo que siento				
22	Trato de encontrar consuelo en mis creencias religiosas				
23	Busco orientación u información del personal de salud acerca de mi enfermedad y poder solicitar apoyo				

24	Aprendo a vivir con los malestares propios de mi enfermedad				
25	Pienso constantemente en los pasos a seguir para poder recuperarme				
26	Considero que lo que padezco es culpa mía por haber sobre esforzado mis riñones				
27	Rezo, oro y medito para encontrar la paz				
28	Tomo mi difícil situación con sentido del humor frente al resto				

¡Gracias por su participación!

ANEXO 4.
CUESTIONARIO WHOQOL-BREF (VERSIÓN CORTA)

Instrucciones: Estimado participante, el presente cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas relacionadas. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada o parecida a su realidad. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

		Muy mala	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5

13	¿Cuán disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su

		Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

vida en las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

		Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos?	1	2	3	4	5

¡Gracias por su participación!

ANEXO 5.

CARTA DE ACEPTACIÓN

Ate, 30 de Enero del 2020

Doctor:
OLCES CARRIÓN MARÍN
Decano de la Facultad de Psicología y Trabajo Social
Universidad Inca Garcilazo de la Vega
Av. Petit Thouars N° 248
Cercado de Lima

Asunto : INVESTIGACIÓN DE MUESTRAS REPRESENTATIVAS (ENCUESTAS)

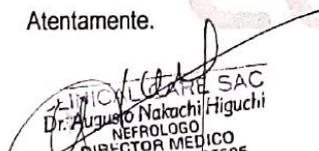
Referencia : CARTA N° 2134-2019-DFPTS

Es grato dirigirme a usted haciéndole llegar mi saludo cordial y en atención al documento de la referencia, mediante el cual solicita se realice una muestra representativa de investigación que estará a cargo por el bachiller **KELLY LUSIANA SEMINARIO ALEGRE**, identificada con código 72-7062090.

En ese sentido, mi representada acepta la realización de las encuestas a nuestros pacientes renales, como parte de la muestra de investigación

Sin otro particular, me despido de usted, expresándole mi consideración y estima personal.

Atentamente.


CLINICAL CARE SAC
Dr. Augusto Nakachi Higuchi
NEFROLOGO
DIRECTOR MEDICO
CMP. 41436 RNE25505

CALLE NOVA MZ. D LOTE 11 ATE VITARTE - LIMA
E-mail: clinicalcare.hd@gmail.com

ANEXO 6.

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL PRIMER EXPERTO

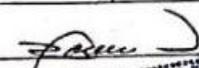
CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. INFORMACION GENERAL

Apellidos y Nombre del Experto	Cargo que desempeña	Nombre del Instrumento	Autor del Instrumento
Sandoval Vilchez, Juan	Psicólogo	Inventario de Estimación del Afrontamiento (Adaptación del Brief COPE-28)	Seminario Alegre, Kelly

2. CRITERIOS GENERALES A EVALUAR

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado 00 – 25%	Poco adecuado 25- 50%	Adecuado 51- 75%	Muy adecuado 76- 100%
01. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				95%
02. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observadas.				95%
03. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				90%
04. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				95%
05. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.				90%
06. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos.				95%
07. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				95%
08. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				95%

3. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:	94%	
Lima, 18 de febrero del 2020	DNI: 08151575	Teléfono: 989452311
Lugar: LIMA	Firma: 	

Dr. Juan Sandoval Vilchez
PSICÓLOGO
C. P. P. 1248

ANEXO 7.

FICHA DEL INSTRUMENTO - PRIMER EXPERTO

FICHA DEL INSTRUMENTO

N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
AFRONTAMIENTO ACTIVO								
1	Concentro mis esfuerzos en hacer algo que me haga sentir mejor sobre mi actual situación.	✓		✓		✓		
2	Busco el cariño de las personas de mi entorno para sentirme mejor.	✓		✓		✓		
3	Hago lo posible por estar bien y cumplir fielmente mi tratamiento.	✓		✓		✓		
4	Busco consejos de otras personas que me ayuden a sentirme mejor.	✓		✓		✓		
5	T trato de ser optimista pensando que sucederá algún cambio positivo en mi organismo frente a la enfermedad.	✓		✓		✓		
6	Pienso sobre las cosas que vendrán a causa de mi enfermedad, para estar preparado.	✓		✓		✓		
7	Busco la comprensión de las personas de mi entorno para hacer más llevadero mi existencia.	✓		✓		✓		
8	Pienso que existen otras personas que padecen la misma enfermedad y se encuentran peor que yo, lográndome sentir mejor frente a mi situación.	✓		✓		✓		
9	Hago bromas sobre lo que me pasa.	✓		✓		✓		
10	Acepto como una prueba de Dios, lo que me está tocando vivir.	✓		✓		✓		
11	Busco orientación u información del personal de salud acerca de mi enfermedad y poder solicitar apoyo.	✓		✓		✓		
12	Aprendo a vivir con los malestares propios de mi enfermedad.	✓		✓		✓		
13	Pienso constantemente en los pasos a seguir para poder recuperarme.	✓		✓		✓		
14	Tomo mi difícil situación con sentido del humor frente al resto.	✓		✓		✓		
AFRONTAMIENTO PASIVO								
15	Me ocupo en hacer algo para no estar pensando todo el tiempo en mi enfermedad.	✓		✓		✓		
16	Me cuesta aceptar el diagnóstico médico sobre mi salud.	✓		✓		✓		
17	En algún momento he optado por consumir bebidas alcohólicas para olvidar mi padecimiento.	✓		✓		✓		
18	En ocasiones me siento abatido(a) y sin esperanzas de recuperación, por la enfermedad que padezco.	✓		✓		✓		
19	Me niego a creer lo que me está pasando.	✓		✓		✓		
20	Expreso mis sentimientos (dolor, tristeza, rabia, etc.) que me genera esta enfermedad.	✓		✓		✓		
21	Tomo medicamentos (tranquilizantes) y hierbas que me ayuden a sentirme mejor frente a la enfermedad renal.	✓		✓		✓		
22	Me culpo a mí mismo(a) por no haber tenido un mayor cuidado sobre mi salud y haber prevenido esta enfermedad.	✓		✓		✓		
23	Admito que no puedo con mi dolencia y dejo de luchar para recuperarme.	✓		✓		✓		

24	Me distraigo viendo programas televisivos para no pensar en mi salud.	✓		✓		✓	
25	Tengo a alguien a quien confiarle lo que siento.	✓		✓		✓	
26	Trato de encontrar consuelo en mis creencias religiosas.	✓		✓		✓	
27	Considero que lo que padezco es culpa mía por haber sobre esforzado mis riñones.	✓		✓		✓	
28	Rezo, oro y medito para encontrar la paz.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Mg: SANDRA VILCHEZ, JUAN DNI: 0815157 J

Lima 18 de Febrero del 2020.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Dr. Juan Sanjovani Vilchez
PSICOLOGO
C. P. S. P. 1243

Firma del Experto Informante.

ANEXO 8.

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL SEGUNDO EXPERTO

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. INFORMACION GENERAL

Apellidos y Nombre del Experto	Cargo que desempeña	Nombre del Instrumento	Autor del Instrumento
Esther Camarena Jorge.	Jefa de Psicología	Inventario de Estimación del Afrontamiento (Adaptación del Brief COPE-28)	Seminario Alegre, Kelly

2. CRITERIOS GENERALES A EVALUAR

INDICADORES	CRITERIOS	NIVELES DE ADECUACIÓN			
		Inadecuado 00 – 25%	Poco adecuado 25- 50%	Adecuado 51- 75%	Muy adecuado 76- 100%
01. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				93%
02. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observadas.				95%
03. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				90%
04. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				95%
05. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.				90%
06. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos.				98%
07. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				95%
08. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				95%

3. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:	94%
Lima / 8 de Julio del 2020.	DNI: 06783501
Lugar: Ciudad de Lima	Firma: 

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL TROPICANO
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA
 M.G. ESTHER N. CAMARENA JORGE
 PROFESORA DE LA UNIDAD DE PSICOLOGÍA
 C. P. S. P. N° 9659

ANEXO 9.

FICHA DEL INSTRUMENTO - SEGUNDO EXPERTO

FICHA DEL INSTRUMENTO

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
AFRONTAMIENTO ACTIVO								
1	Concentro mis esfuerzos en hacer algo que me haga sentir mejor sobre mi actual situación.	✓		✓		✓		
2	Busco el cariño de las personas de mi entorno para sentirme mejor.	✓		✓		✓		
3	Hago lo posible por estar bien y cumplir fielmente mi tratamiento.	✓		✓		✓		
4	Busco consejos de otras personas que me ayuden a sentirme mejor.	✓		✓		✓		
5	Trato de ser optimista pensando que sucederá algún cambio positivo en mi organismo frente a la enfermedad.	✓		✓		✓		
6	Pienso sobre las cosas que vendrán a causa de mi enfermedad, para estar preparado.	✓		✓		✓		
7	Busco la comprensión de las personas de mi entorno para hacer más llevadero mi existencia.	✓		✓		✓		
8	Pienso que existen otras personas que padecen la misma enfermedad y se encuentran peor que yo, lográndome sentir mejor frente a mi situación.	✓		✓		✓		
9	Hago bromas sobre lo que me pasa.	✓		✓		✓		
10	Acepto como una prueba de Dios, lo que me está tocando vivir.	✓		✓		✓		
11	Busco orientación u información del personal de salud acerca de mi enfermedad y poder solicitar apoyo.	✓		✓		✓		
12	Aprendo a vivir con los malestares propios de mi enfermedad.	✓		✓		✓		
13	Pienso constantemente en los pasos a seguir para poder recuperarme.	✓		✓		✓		
14	Tomo mi difícil situación con sentido del humor frente al resto.	✓		✓		✓		
AFRONTAMIENTO PASIVO								
15	Me ocupo en hacer algo para no estar pensando todo el tiempo en mi enfermedad.	✓		✓		✓		
16	Me cuesta aceptar el diagnóstico médico sobre mi salud.	✓		✓		✓		
17	En algún momento he optado por consumir bebidas alcohólicas para olvidar mi padecimiento.	✓		✓		✓		
18	En ocasiones me siento abatido(a) y sin esperanzas de recuperación, por la enfermedad que padezco.	✓		✓		✓		
19	Me niego a creer lo que me está pasando.	✓		✓		✓		
20	Expreso mis sentimientos (dolor, tristeza, rabia, etc.) que me genera esta enfermedad.	✓		✓		✓		
21	Tomo medicamentos (tranquilizantes) y hierbas que me ayuden a sentirme mejor frente a la enfermedad renal.	✓		✓		✓		
22	Me culpo a mí mismo(a) por no haber tenido un mayor cuidado sobre mi salud y haber prevenido esta enfermedad.	✓		✓		✓		
23	Admito que no puedo con mi dolencia y dejo de luchar para recuperarme.	✓		✓		✓		

24	Me distraigo viendo programas televisivos para no pensar en mi salud.	✓		✓		✓	
25	Tengo a alguien a quien confiarle lo que siento.	✓		✓		✓	
26	Trato de encontrar consuelo en mis creencias religiosas.	✓		✓		✓	
27	Considero que lo que padezco es culpa mía por haber sobre esforzado mis riñones.	✓		✓		✓	
28	Rezo, oro y medito para encontrar la paz.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg:Camarena Jorge Ethel..... DNI: 06769369.....

Lima, 18 de Febrero del 2020.

- ¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- ²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- ³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
SERVICIO DE SALUD MENTAL

MG. ETHEL R. CAMARENA JORGE
LICENCIADA DE LA UNIDAD DE PSICOLOGÍA

Firma del Experto Informante.

ANEXO 10.

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL TERCER EXPERTO

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. INFORMACION GENERAL

Apellidos y Nombre del Experto	Cargo que desempeña	Nombre del Instrumento	Autor del Instrumento
LOLADA MIRANDA MARIA ANSELI	PSICOLOGA	Inventario de Estimación del Afrontamiento (Adaptación del Brief COPE-28)	Seminario Alegre, Kelly

2. CRITERIOS GENERALES A EVALUAR

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado	Poco adecuado	Adecuado	Muy adecuado
		00 - 25%	25- 50%	51- 75%	76- 100%
01. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				95 %
02. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observadas.				95 %
03. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				95 %
04. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				95 %
05. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.				98 %
06. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos.				95 %
07. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				95 %
08. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				95 %

3. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:	95 %	
Lima, 15 de Febrero del 2020	DNI: 06274169	Teléfono: 953144190
Lugar: LIMA	Firma: 	

Ma. Anseli Lozada Miranda
PSICOLOGA - EDUCACION
COP: 4776

ANEXO 11.

FICHA DEL INSTRUMENTO - TERCER EXPERTO

FICHA DEL INSTRUMENTO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
AFRONTAMIENTO ACTIVO								
1	Concentro mis esfuerzos en hacer algo que me haga sentir mejor sobre mi actual situación.	✓		✓		✓		
2	Busco el cariño de las personas de mi entorno para sentirme mejor.	✓		✓		✓		
3	Hago lo posible por estar bien y cumplir fielmente mi tratamiento.	✓		✓		✓		
4	Busco consejos de otras personas que me ayuden a sentirme mejor.	✓		✓		✓		
5	Trato de ser optimista pensando que sucederá algún cambio positivo en mi organismo frente a la enfermedad.	✓		✓		✓		
6	Pienso sobre las cosas que vendrán a causa de mi enfermedad, para estar preparado.	✓		✓		✓		
7	Busco la comprensión de las personas de mi entorno para hacer más llevadero mi existencia.	✓		✓		✓		
8	Pienso que existen otras personas que padecen la misma enfermedad y se encuentran peor que yo, lográndome sentir mejor frente a mi situación	✓		✓		✓		
9	Hago bromas sobre lo que me pasa.	✓		✓		✓		
10	Acepto como una prueba de Dios, lo que me está tocando vivir.	✓		✓		✓		
11	Busco orientación u información del personal de salud acerca de mi enfermedad y poder solicitar apoyo.	✓		✓		✓		
12	Aprendo a vivir con los malestares propios de mi enfermedad.	✓		✓		✓		
13	Pienso constantemente en los pasos a seguir para poder recuperarme.	✓		✓		✓		
14	Tomo mi difícil situación con sentido del humor frente al resto.	✓		✓		✓		
AFRONTAMIENTO PASIVO								
		Si	No	Si	No	Si	No	
15	Me ocupo en hacer algo para no estar pensando todo el tiempo en mi enfermedad.	✓		✓		✓		
16	Me cuesta aceptar el diagnóstico médico sobre mi salud.	✓		✓		✓		
17	En algún momento he optado por consumir bebidas alcohólicas para olvidar mi padecimiento.	✓		✓		✓		
18	En ocasiones me siento abatido(a) y sin esperanzas de recuperación, por la enfermedad que padezco.	✓		✓		✓		
19	Me niego a creer lo que me está pasando	✓		✓		✓		
20	Expreso mis sentimientos (dolor, tristeza, rabia, etc.) que me genera esta enfermedad.	✓		✓		✓		
21	Tomo medicamentos (tranquilizantes) y hierbas que me ayuden a sentirme mejor frente a la enfermedad renal.	✓		✓		✓		
22	Me culpo a mí mismo(a) por no haber tenido un mayor cuidado sobre mi salud y haber prevenido esta enfermedad.	✓		✓		✓		
23	Admito que no puedo con mi dolencia y dejo de luchar para recuperarme.	✓		✓		✓		
24	Me distraigo viendo programas televisivos para no pensar en mi	✓		✓		✓		

ANEXO 12.

SISTEMATIZACION DE DATOS EN EL SPSS

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

115 : AFRONTAMIENTO 1 Visible: 12 de 12 variables

	EDAD	SEXO	EC	ECONOMIA	PASIVO	ACTIVO	AFRONTAMIENTO	FISICA	PSICO	REL_SOC	AMBIENTE	CALIDAD_VIDA	var	var	var	var
1	72-86	M	Casado (a)	Regular	Bajo	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Bajo	Alto	Promedio				
2	33-45	F	Soltero (a)	Mala	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
3	72-86	F	Viudo (a)	Mala	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Promedio	Bajo	Alto	Promedio				
4	59-71	F	Soltero (a)	Mala	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
5	46-58	M	Casado (a)	Mala	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Promedio	Bajo	Alto	Promedio				
6	46-58	F	Separado (a)	Mala	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
7	46-58	F	Casado (a)	Mala	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Promedio	Bajo	Alto	Promedio				
8	20-32	M	Soltero (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
9	59-71	F	Conviviente	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
10	59-71	F	Casado (a)	Buena	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
11	59-71	F	Casado (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
12	46-58	M	Conviviente	Mala	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
13	46-58	F	Casado (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
14	59-71	M	Casado (a)	Buena	Bajo	Promedio	Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
15	72-86	M	Casado (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
16	59-71	M	Viudo (a)	Mala	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
17	33-45	F	Casado (a)	Mala	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
18	33-45	M	Casado (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
19	33-45	F	Soltero (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
20	72-86	M	Viudo (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
21	33-45	F	Conviviente	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Bajo	Alto	Promedio				
22	72-86	M	Casado (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Promedio	Alto	Promedio				

Vista de datos Vista de variables

*datos 15-03.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

115 : AFRONTAMIENTO 1 Visible: 12 de 12 variables

	EDAD	SEXO	EC	ECONOMIA	PASIVO	ACTIVO	AFRONTAMIENTO	FISICA	PSICO	REL_SOC	AMBIENTE	CALIDAD_VIDA	var	var	var	var
25	46-58	F	Casado (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Promedio	Alto	Promedio				
26	72-86	M	Casado (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Promedio	Alto	Promedio				
27	72-86	M	Casado (a)	Buena	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Promedio	Alto	Promedio				
28	72-86	F	Viudo (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Promedio	Alto	Promedio				
29	46-58	F	Conviviente	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Promedio	Alto	Promedio				
30	46-58	F	Soltero (a)	Mala	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Alto	Alto				
31	33-45	M	Conviviente	Mala	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Alto	Alto				
32	72-86	M	Casado (a)	Mala	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Alto	Alto				
33	33-45	F	Soltero (a)	Mala	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Alto	Alto				
34	72-86	F	Viudo (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Alto	Alto				
35	59-71	F	Soltero (a)	Mala	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Alto	Alto				
36	46-58	M	Casado (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Alto	Alto				
37	46-58	F	Soltero (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Alto	Alto				
38	46-58	F	Conviviente	Buena	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Alto	Alto				
39	72-86	F	Viudo (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Bajo	Alto	Alto				
40	59-71	M	Casado (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Bajo	Alto	Alto				
41	59-71	M	Casado (a)	Buena	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Bajo	Alto	Alto				
42	46-58	F	Casado (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Bajo	Alto	Alto				
43	59-71	M	Casado (a)	Buena	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Bajo	Alto	Alto				
44	20-32	F	Soltero (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Bajo	Alto	Alto				
45	33-45	F	Casado (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Bajo	Alto	Alto				
46	33-45	F	Soltero (a)	Mala	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Alto	Alto				

Vista de datos Vista de variables

*datos 15-03.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

115 : AFRONTAMIENTO 1 Visible: 12 de 12 variables

	EDAD	SEXO	EC	ECONOMIA	PASIVO	ACTIVO	AFRONTAMIENTO	FISICA	PSICO	REL_SOC	AMBIENTE	CALIDAD_VIDA	var	var	var	var
47	20-32	M	Soltero (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Alto	Alto				
48	46-58	F	Casado (a)	Regular	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
49	59-71	M	Casado (a)	Buena	Alto	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
50	72-86	M	Casado (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
51	59-71	M	Viudo (a)	Mala	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
52	33-45	F	Casado (a)	Mala	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
53	46-58	F	Casado (a)	Mala	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
54	59-71	M	Casado (a)	Mala	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
55	72-86	F	Casado (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
56	72-86	F	Casado (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
57	59-71	M	Casado (a)	Mala	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
58	33-45	F	Conviviente	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
59	59-71	F	Viudo (a)	Regular	Bajo	Bajo	Bajo	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
60	59-71	F	Casado (a)	Mala	Bajo	Bajo	Bajo	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
61	46-58	F	Casado (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
62	59-71	M	Casado (a)	Buena	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
63	59-71	M	Casado (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
64	72-86	F	Viudo (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
65	46-58	M	Viudo (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
66	72-86	M	Casado (a)	Buena	Bajo	Alto	Promedio	Bajo	Alto	Bajo	Promedio	Alto				
67	46-58	M	Casado (a)	Regular	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
68	33-45	M	Conviviente	Regular	Bajo	Promedio	Promedio	Bajo	Alto	Bajo	Promedio	Alto				

Vista de datos Vista de variables

*datos 15-03.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

115 : AFRONTAMIENTO 1 Visible: 12 de 12 variables

	EDAD	SEXO	EC	ECONOMIA	PASIVO	ACTIVO	AFRONTAMIENTO	FISICA	PSICO	REL_SOC	AMBIENTE	CALIDADVIDA	var	var	var	var
68	33-45	M	Conviviente	Regular	Bajo	Promedio	Promedio	Bajo	Alto	Bajo	Promedio	Alto				
69	72-86	M	Casado (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
70	72-86	M	Casado (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Promedio	Alto				
71	72-86	M	Casado (a)	Buena	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
72	72-86	M	Casado (a)	Mala	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Promedio	Alto				
73	46-58	F	Separado (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Promedio	Promedio	Alto				
74	46-58	F	Soltero (a)	Regular	Promedio	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Promedio	Alto				
75	46-58	F	Conviviente	Regular	Promedio	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
76	72-86	F	Viudo (a)	Regular	Promedio	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Promedio	Alto				
77	59-71	M	Casado (a)	Regular	Promedio	Promedio	Promedio	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto				
78	59-71	M	Casado (a)	Buena	Promedio	Promedio	Promedio	Bajo	Alto	Bajo	Promedio	Promedio				
79	46-58	F	Casado (a)	Regular	Promedio	Promedio	Promedio	Bajo	Bajo	Promedio	Promedio	Promedio				
80	59-71	M	Casado (a)	Buena	Promedio	Promedio	Promedio	Bajo	Alto	Bajo	Promedio	Promedio				
81	20-32	F	Soltero (a)	Regular	Promedio	Promedio	Promedio	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Promedio				
82	33-45	F	Casado (a)	Regular	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Alto	Bajo	Promedio	Promedio				
83	33-45	F	Soltero (a)	Mala	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Promedio				
84	20-32	M	Soltero (a)	Mala	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Alto	Bajo	Promedio	Promedio				
85	46-58	M	Soltero (a)	Mala	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Promedio				
86	59-71	F	Viudo (a)	Regular	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Promedio				
87	59-71	F	Separado (a)	Regular	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Bajo	Promedio	Promedio	Promedio				
88	33-45	F	Casado (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Promedio				
89	59-71	M	Soltero (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Promedio				

Vista de datos Vista de variables

*datos 15-03.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

115 : AFRONTAMIENTO 1 Visible: 12 de 12 variables

	EDAD	SEXO	EC	ECONOMIA	PASIVO	ACTIVO	AFRONTAMIENTO	FISICA	PSICO	REL_SOC	AMBIENTE	CALIDAD_VIDA	var	var	var	var
90	33-45	M	Soltero (a)	Buena	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Promedio				
91	59-71	F	Casado (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Bajo	Promedio	Promedio	Promedio				
92	72-86	M	Casado (a)	Mala	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Promedio				
93	72-86	M	Casado (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Promedio				
94	59-71	M	Casado (a)	Regular	Bajo	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Promedio				
95	72-86	M	Casado (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Bajo	Promedio	Promedio	Promedio				
96	72-86	M	Casado (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Promedio	Promedio	Promedio				
97	46-58	F	Casado (a)	Regular	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Alto	Promedio	Bajo	Promedio				
98	46-58	F	Conviviente	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
99	59-71	F	Casado (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
100	46-58	F	Casado (a)	Mala	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
101	59-71	M	Casado (a)	Mala	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
102	46-58	F	Casado (a)	Mala	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
103	33-45	M	Soltero (a)	Mala	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
104	59-71	F	Casado (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
105	20-32	F	Soltero (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
106	59-71	F	Viudo (a)	Mala	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
107	46-58	M	Casado (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
108	59-71	M	Casado (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
109	46-58	F	Soltero (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
110	72-86	M	Casado (a)	Mala	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				
111	59-71	M	Casado (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Alto	Alto	Bajo	Promedio				

Vista de datos Vista de variables

*datos 15-03.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

115 : AFRONTAMIENTO 1 Visible: 12 de 12 variables

	EDAD	SEXO	EC	ECONOMIA	PASIVO	ACTIVO	AFRONTAMIENTO	FISICA	PSICO	REL_SOC	AMBIENTE	CALIDAD_VIDA	var	var	var	var
112	46-58	M	Casado (a)	Regular	Promedio	Alto	Alto	Promedio	Promedio	Alto	Bajo	Promedio				
113	72-86	M	Casado (a)	Mala	Promedio	Bajo	Promedio	Promedio	Promedio	Alto	Bajo	Promedio				
114	59-71	F	Casado (a)	Regular	Promedio	Bajo	Promedio	Promedio	Promedio	Alto	Bajo	Promedio				
115	72-86	M	Viudo (a)	Regular	Bajo	Bajo	Bajo	Promedio	Promedio	Alto	Bajo	Promedio				
116	59-71	M	Viudo (a)	Regular	Bajo	Bajo	Bajo	Promedio	Promedio	Alto	Bajo	Promedio				
117	72-86	M	Casado (a)	Regular	Bajo	Bajo	Bajo	Promedio	Promedio	Alto	Bajo	Promedio				
118	46-58	M	Casado (a)	Buena	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Promedio	Alto	Bajo	Alto				
119																
120																
121																
122																
123																
124																
125																
126																
127																
128																
129																
130																
131																
132																
133																

Vista de datos Vista de variables

ANEXO 13.

turnitin | Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica parti... | 17 de 20



**Universidad
Inca Garcilaso de la Vega**
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

1 Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020



Resumen de coincidencias

28 %

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	5 %
2	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	3 %
3	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	2 %
4	rcientificas.uninorte.ed... Fuente de Internet	2 %
5	cybertesis.unmsm.edu.... Fuente de Internet	2 %
6	www.saludypsicologia... Fuente de Internet	2 %
7	dspace.unach.edu.ec Fuente de Internet	1 %

Página: 1 de 128 | Número de palabras: 22585 | Text-only Report | High Resolution | Activado

RESULTADO DEL TURNITIN