

# **UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)**

RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL TIEMPO DE TRATAMIENTO EN  
PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS

**Trabajo de Investigación Previo a la Obtención  
Del Título De Licenciatura en Psicología Clínica**

NOMBRE:

**PEDRO ANDRÉS MUÑOZ**

DIRECTOR:

**MASTER SEBASTIÁN HERRERA**

Cuenca – Ecuador

2016

## RESUMEN

**Objetivo:** En este estudio se pretende comparar la relación existente entre los distintos estilos de afrontamiento, los niveles de ansiedad y el tiempo que llevan en tratamiento los pacientes con Enfermedad Renal Crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Diálisis Baxter Cuenca.

**Materiales y Métodos:** Las fuentes de información fueron indirectas (historias clínicas existentes) y directas (entrevistas individuales, encuestas socio-demográfica, test CAE y BAI). La presente investigación es de tipo cuantitativo, transversal que pretende analizarla relación de estas tres variables en 75 pacientes.

**Resultados:** La mayoría de los encuestados (68%) son hombres, de procedencia cuencana, casados, con un nivel de instrucción de primaria completa y con un tiempo de tratamiento de la hemodiálisis entre 0 meses y 1 año.

En cuanto a los niveles de ansiedad según el “Test de Ansiedad de Beck (BAI)”, la muestra de estudio presenta niveles de ansiedad moderada.

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) indica que la muestra de estudio se usa la Religión para afrontar el estrés; existiendo un importante grupo que tiene Autofocalización negativa.

**Palabras clave:** Diálisis, Hemodiálisis, Afrontamiento, Enfermedad, Renal, Ansiedad

## ABSTRACT

**Objective:** This study aims to compare the relationship that exists between different coping styles, anxiety levels and the treatment time spent by patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis at Baxter Dialysis Unit in the city of Cuenca.

**Materials and Methods:** The sources of information were indirect (existing medical records) and direct (individual interviews, socio-demographic surveys, and CAE BAI test). This is a cross-sectional quantitative research which aims to analyze the relationship of these three variables in 75 patients.

**Results:** Most respondents (68%) are men, born in Cuenca, married, who have completed primary studies, and have been under hemodialysis treatment between 0 months and 1 year. According to the "Beck Anxiety Inventory (BAI), the study sample presents moderate levels of anxiety. The Coping Strategies Questionnaire (CAE) indicates that the study sample uses religion to cope with stress; and that there is an important group presenting Negative Self-focalization.

**Keywords:** Dialysis, Hemodialysis, Coping, Disease, Renal, Anxiety



  
Translated by,  
Lic. Lourdes Crespo

## Índice de Contenidos

INTRODUCCIÓN .....	8
<b>1. EL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS: ASPECTOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.</b> .....	11
<b>1.1 Insuficiencia Renal</b> .....	11
<b>1.1.1 Insuficiencia Renal Aguda</b> .....	12
<b>1.1.2 Insuficiencia Renal Crónica</b> .....	12
<b>1.2 Principales Causas de la Insuficiencia Renal</b> .....	14
<b>1.2.1 Diabetes Mellitus (DM)</b> .....	14
1.2.2 Hipertensión .....	15
1.3 Diagnóstico de la Enfermedad Renal .....	16
1.3.1 Síntomas de la Insuficiencia Renal Aguda.....	16
<b>1.3.2 Síntomas de la Enfermedad Renal Crónica</b> .....	17
<b>1.3.3 Diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica</b> .....	18
<b>1.4 Tratamiento</b> .....	19
<b>1.4.1 Hemodiálisis</b> .....	19
<b>1.4.2 Diálisis Peritoneal</b> .....	21
<b>1.4.3 Trasplante de Riñón</b> .....	22
<b>1.5 Ansiedad y Depresión</b> .....	23
<b>1.6 Estrés</b> .....	25
<b>1.6.1 El Estrés y su Relación con la Enfermedad Renal</b> .....	26
<b>1.7 Calidad de Vida en Pacientes en Hemodiálisis</b> .....	27
<b>1.8 El Duelo y la Enfermedad</b> .....	28
<b>1.8.1 Factores que Influyen en el Proceso de Duelo</b> .....	29
<b>1.8.2 Etapas del Proceso de Duelo</b> .....	30
<b>2 ADAPTACION, ADHERENCIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL TRATAMIENTO</b> .....	33
<b>2.1 Adaptación a la Enfermedad</b> .....	33
<b>2.1.1 Nivel Cognitivo – Conductual</b> .....	35
<b>2.1.2 Nivel Emocional</b> .....	36
<b>2.1.3 Nivel Social</b> .....	36
<b>2.1.4 Nivel Espiritual</b> .....	37
<b>2.2 Adherencia al Tratamiento</b> .....	38

2.2.1	Autoeficacia.....	39
2.2.2	Factores Psicosociales .....	40
2.3	Afrontamiento a la Enfermedad Renal Crónica .....	41
2.3.1	Estilos y Estrategias de Afrontamiento .....	42
2.3.1.1	Estilos de Afrontamiento .....	42
2.3.1.2	Estrategias de Afrontamiento.....	44
3.	<i>ESTUDIO DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN RELACION CON EL TIEMPO EN TRATAMIENTO Y NIVELES DE ANSIEDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PROCESO DE HEMODIALISIS.....</i>	<i>47</i>
3.1	<b>METODOLOGÍA</b> .....	47
3.1.1	<b>Población</b> .....	48
3.1.2	Metodología de Recolección de Datos.....	49
3.1.3	Descripción de los Reactivos .....	49
3.1.3.1.	<b>El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b> .....	49
3.1.3.2	Cuestionario de Afrontamiento de Estrés (CAE).....	51
3.1.3.3	Ficha Socio-demográfica.....	51
3.1.4	Plan de Tabulación y Análisis.....	51
3.2	Resultados del Análisis de Datos .....	52
3.3	Resultados detallados del estudio.....	53
4	<b>Discusión</b> .....	78
5	<b>Conclusiones</b> .....	79
6	<b>Recomendaciones</b> .....	80
7	<b>Bibliografía</b> .....	81
8	<b>Anexos</b> .....	87

## Índice de Gráficos

Gráfico 2	Hemodiálisis.....	20
Gráfico 3	Diálisis Peritoneal .....	21
Gráfico 4	Trasplante de Riñón .....	22
Gráfico 5	Diagrama del porcentaje de género de la muestra de estudio. ....	54
Gráfico 6	Procedencia y promedio de edad de la muestra de estudio elaborado .....	55

Gráfico 7 Estado civil de la muestra de estudio. ....	56
Gráfico 8 Nivel de Instrucción de la muestra de estudio.....	57
Gráfico 9 Tiempo de tratamiento de la muestra de estudio.....	59
Gráfico 10 Ansiedad de Beck (BAI). ....	60
Gráfico 11 Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE).....	62

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1 Clasificación de la presión arterial en Adultos .....</b>	<b>15</b>
<b>Tabla 2 Complicaciones de la Insuficiencia Renal Aguda .....</b>	<b>16</b>
<b>Tabla 3 Situaciones de Riesgo de Enfermedad Renal Crónica .....</b>	<b>19</b>
<b>Tabla 4 Género de los Participantes .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 5 Datos estadísticos descriptivos del sexo de muestra de estudio.....</b>	<b>54</b>
<b>Tabla 6 Datos estadísticos por edad de la muestra de estudio .....</b>	<b>55</b>
<i>Tabla 7 Datos estadísticos del estado civil .....</i>	<i>56</i>
<b>Tabla 8 Datos estadísticos del nivel de instrucción de la muestra de estudio. ....</b>	<b>58</b>
<b>Tabla 9 Datos estadísticos del tiempo en tratamiento de la muestra de estudio.....</b>	<b>59</b>
<b>Tabla 10 Datos estadísticos de Ansiedad de Beck (BAI) en la muestra de estudio. 61</b>	<b>61</b>
<b>Tabla 11 Datos estadísticos del cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)....</b>	<b>63</b>
<b>Tabla 12 Datos estadísticos de contingencia tiempo en tratamiento * Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE).....</b>	<b>65</b>
<b>Tabla 13 Datos estadísticos de pruebas de chi – cuadrado.....</b>	<b>66</b>
<b>Tabla 14 Datos estadísticos de contingencia de porcentaje de tiempo en tratamiento * Ansiedad de Beck (BAI) .....</b>	<b>67</b>
<b>Tabla 15 Datos estadísticos de pruebas de chi-cuadrado de la muestra de estudio 68</b>	<b>68</b>

<b>Tabla 16</b> Datos estadísticos de contingencia Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) * Ansiedad de Beck (BAI) .....	69
<b>Tabla 17</b> Tabla de contingencia Ansiedad de Beck (BAI) * Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE).....	70
<b>Tabla 18</b> Datos estadísticos de estilo de afrontamiento del estrés – Sexo.....	71
<b>Tabla 19</b> Datos estadísticos de Pruebas de chi-cuadrado .....	71
<b>Tabla 20</b> Datos estadísticos de estilos de afrontamiento del estrés – Nivel de instrucción.....	73
<i>Tabla 21 Pruebas de chi-cuadrado .....</i>	<i>74</i>
<b>Tabla 22</b> Datos estadísticos de estilos de afrontamiento – Estado civil .....	74
<b>Tabla 23</b> Pruebas de chi-cuadrado .....	75
<b>Tabla 24</b> Datos estadísticos del nivel de ansiedad – Sexo.....	75
<b>Tabla 25</b> Pruebas de chi-cuadrado .....	76
<b>Tabla 26</b> Datos estadísticos de contingencia del % dentro de Ansiedad de Beck (BAI).....	76
<b>Tabla 27</b> Pruebas de chi-cuadrado .....	77
<b>Tabla 28</b> Datos estadísticos de nivel de ansiedad – estado civil.....	77
<b>Tabla 29</b> Datos estadísticos de Pruebas de chi-cuadrado .....	78

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende abordar uno de las principales problemáticas de la Psicología de la Salud actual en relación a las enfermedades crónicas, motivado por la carencia de reportes científicos que permitan conocer cómo se modifican, influyen y expresan los factores psicológicos en las personas con patologías tales como la Enfermedad Crónica Renal (ERC).

En muchos sentidos, la enfermedad renal terminal es extraordinaria entre las condiciones médicas. Es difícil encontrar otra enfermedad con similar grado de dependencia extrema a medios artificiales para la sobrevivencia y con demandas de conducta tan sustanciales para los pacientes. Por esa razón no debe sorprender la existencia de un nivel importante de incumplimiento entre los pacientes de hemodiálisis, lo cual es un problema mayor, ya que se ha demostrado su relación inversa con la sobrevivencia y directa con un riesgo aumentado de mortalidad y morbilidad.

Los estilos de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina psicológica, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes como lo son las enfermedades crónicas.

Diversos estudios se han orientado hacia la identificación de aquellas estrategias que promueven los recursos del paciente en tales condiciones y pueden llegar a favorecer su calidad de vida. Dado que los estilos de afrontamiento son considerados variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación, los resultados de estas investigaciones pueden tener importantes implicaciones para el diseño e implementación de intervenciones interdisciplinarias, con el objetivo común de mejorar la calidad de vida de las personas con este tipo trastornos. Por otra parte, restablecer y mantener el bienestar psicológico de estos pacientes puede incidir en la adaptación de comportamientos más funcionales, que redunden en su estado de salud, entre ellos, tener una mejor adhesión al tratamiento y asumir de forma consistente los cambios permanentes en el estilo de vida que su condición implica.

En este trabajo se analizará y describirá la relación que existe entre los distintos tipos de afrontamiento y los niveles de ansiedad, así como el tiempo que llevan en tratamiento los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

# **1 El paciente en Hemodiálisis: Aspectos Físicos y Psicológicos de La Enfermedad Renal Crónica**

## ***1. EL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS: ASPECTOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.***

Para el objetivo del presente trabajo de investigación es imprescindible conocer el funcionamiento normal y patológico de los riñones, para lo cual, en este primer capítulo, se dará una descripción de las principales patologías renales como son la Insuficiencia Renal Aguda y la Enfermedad Renal Crónica, sus síntomas, principales causas, diagnóstico y sus diferentes tratamientos médicos como es la Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Trasplante de Riñón.

Centraremos la atención en temas relacionados con el paciente respecto a la enfermedad; las consecuencias psicológicas, sobre todo el estado emocional del paciente, ya que la enfermedad renal está asociada en gran medida con trastornos depresivos y ansiosos. Así mismo mostraremos una visión sobre el estrés y su relación con la enfermedad al ser este un factor significativo en el transcurso de la misma y de su tratamiento.

Analizaremos la calidad de vida del paciente, los cambios y ajustes que debe enfrentar en los diferentes ámbitos de su vida diaria.

### **1.1 Insuficiencia Renal**

Cuando los riñones pierden la capacidad de eliminar los residuos de la metabolización que se encuentran en la sangre y no pueden regular el equilibrio hidroelectrolítico junto con el estado ácido – base hablamos de una insuficiencia renal. Las causas puede ir desde una nefropatía, una enfermedad sistémica o puede estar asociado a trastornos urológicos de origen no renal. La insuficiencia renal puede ser aguda o crónica. La insuficiencia renal aguda comienza de una manera más abrupta y suele llegar a ser reversible si es detectada de manera oportuna y con el tratamiento adecuado. En cambio, la insuficiencia renal crónica es de desarrollo lento, progresivo e irreparable, por lo general durante varios años. Es el resultado de una lesión irreparable de los riñones. (Porth, 2008)

### 1.1.1 Insuficiencia Renal Aguda

La insuficiencia renal aguda es el resultado de una rápida disminución del funcionamiento del riñón provocando el aumento de los desechos nitrogenados en la sangre y la alteración del equilibrio hidroelectrolítico. A diferencia de la insuficiencia renal crónica, esta puede llegar a revertirse si se corrige o eliminan oportunamente los factores que han desencadenado este estado antes de una lesión renal permanente. La Azoemia, o acumulación de desechos nitrogenados en la sangre, es frecuentemente el mayor indicador de insuficiencia renal aguda junto con la disminución de la velocidad de filtración glomerular (VFG). Como resultado se evidencia una disminución del filtrado de los desechos nitrogenados y se crea un desbalance del equilibrio hidroelectrolítico. Existen tres tipos de insuficiencia renal aguda como lo describe Porth. (Porth, 2008)

**La insuficiencia Prerenal** En este caso se da una gran disminución del flujo renal y es la más frecuente. Puede ser reversible si se diagnostica la causa de esta reducción de flujo a tiempo.

**La insuficiencia Posrenal** Cuando se da una obstrucción del flujo de la orina que proviene de los riñones

**La insuficiencia renal intrínseca** enfermedades glomerulares, tubulares o intersticiales que provocan una lesión en el riñón.

### 1.1.2 Insuficiencia Renal Crónica

Como se describe en Medicina Interna de Harrison “A diferencia de la insuficiencia renal aguda, la insuficiencia renal crónica representa la destrucción progresiva e irreversible de las estructuras renales. Puede deberse a varios trastornos que produce la pérdida permanente de las nefronas, como diabetes, hipertensión, glomerulonefritis y enfermedad poliquística renal”. (Harrison, 2009)

Sin importar la causa, cuando hablamos de insuficiencia renal crónica hablamos de una asociación de la pérdida de células renales y un deterioro progresivo de VFG junto con reabsorción tubular y funciones endocrinas renales. Todas las formas de insuficiencia renal están asociadas a una falla en VFG lo que provoca una disminución de nefronas funcionales. Generalmente la IRC progresa en cuatro fases: disminución de la reserva renal, insuficiencia renal, falla renal y nefropatía terminal. Los signos y síntomas se van presentando de forma progresiva y se hace evidente cuando ya está en estados avanzados debido a la capacidad de adaptación de los riñones. Cuando se presenta un daño en las estructuras de los riñones, las nefronas remanentes desarrollan una hipertrofia estructural y funcional. Aumenta su capacidad de funcionamiento y crean una compensación por la pérdida de otras nefronas. Al momento que se destruyen las nefronas remanentes se evidencian las manifestaciones de la enfermedad. (Harrison, 2009)

**La reserva renal disminuye** cuando la VFG se reduce alrededor de un 50% del valor normal. En este punto no se evidencian síntomas de alteración de la función renal.

**La Insuficiencia renal** representa una disminución de la VFG hasta un 20 a 50% del valor normal. En un primer momento los riñones poseen gran capacidad de adaptación. Las remanentes sufren modificaciones para compensar las que se perdieron.

**La falla renal** se desarrolla cuando la VFG disminuye por debajo del 20% del valor normal. A partir de ese momento los riñones no son capaces de regular el volumen y la composición de solutos y se desarrolla edema, acidosis metabólica e hiperpotasemia.

**La nefropatía terminal** se produce cuando la VFG disminuye por debajo del 5% del valor normal. En esta fase final de la insuficiencia renal es necesario efectuar el tratamiento con diálisis o trasplante para que el paciente sobreviva.

## **1.2 Principales Causas de la Insuficiencia Renal**

Existe mayor riesgo de presentar Enfermedad Renal Crónica (ERC) en personas con diabetes, hipertensión, edad mayor a 60 años o una historia familiar con antecedentes de ERC. Tener una o varias de estas condiciones nos dice que tiene una alta prevalencia y son pesquisadas en el nivel de atención primaria. (Flores, 2009).

### **1.2.1 Diabetes Mellitus (DM)**

Lorenzo (2000), describe como una enfermedad crónica de alta prevalencia y morbilidad a la Diabetes mellitus junto con altos costos sociales y económicos lo cual motivan a una atención prioritaria. Gran parte de los costos se debe al tratamiento de complicaciones sean renales o cardiovasculares. La DM se da por una insuficiencia relativa o absoluta de la secreción de insulina y/o una resistencia periférica a su acción. La Nefropatía Diabética (ND) más la ERC como consecuencia de la DM2 ha tenido un alarmante crecimiento en los últimos años y su incidencia crece a un ritmo de 9% anual desde el año 1992, en contraste del 3% de otras causas de ERC. Es hoy en día la principal causa de entrada en diálisis en muchos países. La incidencia de la ND + ERC ocurre a pesar de la menor supervivencia en diálisis de esta población. Por lo tanto, algunos de los factores que pueden contribuir a este espectacular incremento de incidencia son:

- La DM2 es propia de la población longeva y es por ello que una mayor longevidad general es un factor que contribuye a su incidencia.
- La mejora en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares ha aumentado la tasa de supervivencia lo suficiente hasta el punto que esta población puede llegar a desarrollar ERC.
- En los últimos años se ha flexibilizado los criterios con los cuales son admitidos los pacientes de edad avanzada o con complicaciones. Así

mismo la mejoría en las técnicas del proceso de diálisis da un mayor acceso a pacientes con DM2, situación que años atrás era contraindicado.

### 1.2.2 Hipertensión

El 29 % de los pacientes con ERC tienen como causa la Hipertensión Arterial (HA), siendo la DM2 la causa principal. *JointNationalCommittee* (JNC 7) en su séptimo informe propuso una clasificación (Tabla 1.1) de la presión arterial que se aplica a adultos mayores sin terapia antihipertensiva. (Flores, 2009).

*Tabla 1 Clasificación de la presión arterial en Adultos*

Clasificación de PA	PA sistólica (mm Hg)	PA diastólica (mm Hg)
Normal	<120	y <80
Prehipertensión	120-139	o 80-89
Hipertensión Etapa 1	140 -159	o 90-99
Hipertensión Etapa 2	≥160	o ≥100

PA Presión arterial

**Fuente:** Flores, J; et al. (2009)

Uno de los factores de riesgo más altos de morbilidad cardiovascular y renal es la HA. Como lo describe Viogia, “El aumento de la presión arterial (PA) se asocia a un mayor riesgo de enfermedad renal debido a la transmisión de la hipertensión arterial sistémica al ovillo glomerular, se considera que aun un ligero aumento, tanto de la presión arterial sistólica (PAS) como de la presión arterial diastólica (PAD) puede constituir un factor de riesgo independiente para el daño renal”. (Vigoa, 2009).

## 1.3 Diagnóstico de la Enfermedad Renal

### 1.3.1 Síntomas de la Insuficiencia Renal Aguda

Los síntomas varían desde una anuria, oliguria o mantener un volumen normal de la orina y en consecuencia puede haber manifestaciones de edema o sobre hidratación. Los signos y síntomas dependerán de la severidad de la insuficiencia renal intrínseca. Cambios en el apetito, signos neurológicos, náuseas y vómito, cambios en el ciclo de sueño, debilidad muscular incluso un coma dependerán del grado de daño renal. Las complicaciones asociadas también presentaran signos y síntomas. (Miyahira, 2003).

Las complicaciones asociadas a insuficiencia renal aguda intrínseca, se pueden apreciar en la Tabla 2; de ellas, se aprecia que la causa más frecuente de muerte en insuficiencia renal aguda son las infecciones así como eventos cardiopulmonares y neurológicos.

*Tabla 2 Complicaciones de la Insuficiencia Renal Aguda*

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Cardiacas</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiencia cardiaca congestiva</li><li>• Arritmias</li><li>• Pericarditis</li></ul></li><li>• <b>Pulmonares</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Neumonía</li><li>• Edema pulmonar</li><li>• Distress respiratorio del adulto</li></ul></li><li>• <b>Neurológicos</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Confusión</li><li>• Convulsiones</li><li>• Coma</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Gastrointestinales</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Hemorragia digestiva alta</li></ul></li><li>• <b>Infecciones</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Pulmonares</li><li>• Urinarias</li><li>• Lesiones quirúrgicas</li></ul></li><li>• <b>Hematológicos</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Anemia</li><li>• Tendencia al sangrado</li></ul></li><li>• <b>Nutricional</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Pérdida de peso</li></ul></li></ul>
---	---

Fuente: Arakaki (2003)

## Diagnóstico de la Insuficiencia Renal Aguda

Como se mencionó anteriormente, las principales causas de una insuficiencia renal aguda están relacionadas con una alteración del flujo sanguíneo renal, ya sea por pérdida del volumen, una baja perfusión renal o por distribución intrarrenal inadecuada y obstrucción del árbol urinario. La incidencia de insuficiencia renal aguda en pacientes hospitalizados llega al 5% y se diagnostica mediante una historia clínica y exámenes físicos que afirmen o descarten la IRA. Entre ellos tenemos los índices urinarios (excreción de sodio y osmolaridad), el uroanálisis y la ecografía renal y su tratamiento está basado en una adecuada recuperación del volumen, manejo de los diuréticos, soporte nutricional, conservación del equilibrio hidroelectrolítico y brindar terapia de diálisis si hay toxicidad urémica, hipercalcemia severa, acidosis metabólica o sobrecarga severa de volumen. (Mejía, 2014).

### 1.3.2 Síntomas de la Enfermedad Renal Crónica

Como lo describe (Torres, 2003), los síntomas que pueden presentarse son

- **Alteraciones electrolíticas:** Se evidencian, en fases avanzadas de la IRA, cambios en los niveles de potasio y bicarbonato. Puede presentarse hipocalcemia e hiperfosforemia en etapas moderadas
- **Manifestaciones cardiovasculares:** En pacientes con ERC terminal se evidencia que un 80% de ellos presentan HA que es la causa principal de la retención hidrocálida.
- **Alteraciones gastrointestinales:** siendo las más comunes las náuseas y vómitos aunque se evidencia también anorexia. Así mismo un olor amoniacal producido por los metabolitos nitrogenados en la saliva son característicos.
- **Alteraciones hematológicas:** La anemia causada por un déficit de eritropoyetina es un síntoma precoz en la evolución de IRC. Influidas también

por factores como pérdidas gástricas, disminución de la vida de glóbulos rojos por la uremia, desnutrición o falta de hierro.

- **Alteraciones neurológicas:** Alteraciones cognitivas que van desde la dificultad para concentrarse hasta el coma se dan con la aparición de encefalopatías urémicas. De igual manera pueden aparecer una polineuropatía que empieza sensitiva pero con la progresión puede hacerse motora.
- **Alteraciones osteomusculares (osteodistrofia renal):**La reabsorción de falanges distales, fracturas, dolores y retraso en el crecimiento en niños.
- **Alteraciones dermatológicas:** Se puede evidenciar síntomas típicos como picazón o cambio en el color de la piel producto de la anemia y acumulación de urocromos
- **Alteraciones hormonales:** En el sexo masculino puede provocar impotencia o una disminución del conteo de espermatozoides y en el sexo femenino se evidencian cambios en el ciclo menstrual o amenorrea.

### 1.3.3 Diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica

Para diagnosticar y establecer el estadio de la ERC las exploraciones o exámenes son:

- Determinación de la creatinina sérica así como la estimación del filtrado glomerular.
- Determinación del índice albúmina/creatinina en una muestra aislada de orina.
- Análisis del sedimento urinario.(Cabrera, 2004).

Cuando existe un alto riesgo de desarrollar ERC se deben realizar estos exámenes. Los riesgos los exponemos en la siguiente tabla.

*Tabla 3 Situaciones de Riesgo de Enfermedad Renal Crónica*

<ul style="list-style-type: none"><li>• Edad <math>\geq</math> 60 años</li><li>• Hipertensión arterial</li><li>• Diabetes</li><li>• Otros factores de riesgo cardiovascular como obesidad, dislipemia y tabaquismo</li><li>• Enfermedad cardiovascular</li><li>• Antecedentes familiares de enfermedad renal crónica</li><li>• Trasplante renal</li><li>• Masa renal reducida</li><li>• FG o CCr estimados levemente disminuidos, entre 60 y 89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup></li><li>• Enfermedades autoinmunes</li><li>• Infecciones sistémicas</li><li>• Infecciones urinarias</li><li>• Litiasis urinarias</li><li>• Enfermedades obstructivas del tracto urinario</li><li>• Toxicidad por fármacos, sobre todo antiinflamatorios no esteroideos</li><li>• Bajo peso al nacer</li><li>• Nivel socioeconómico bajo</li><li>• Minorías raciales</li></ul> <p><small>CCr, aclaramiento de creatinina; FG, filtrado glomerular.</small></p>
---

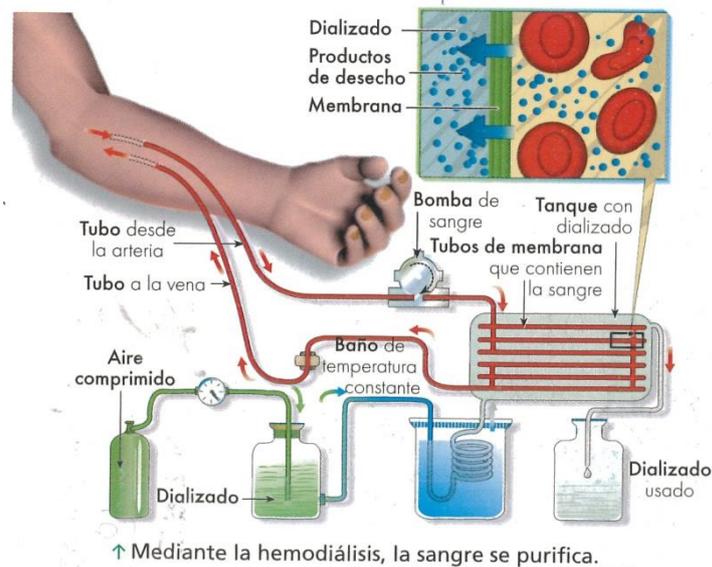
Fuente: Cabrera, S (2005)

## 1.4 Tratamiento

### 1.4.1 Hemodiálisis

En el proceso de hemodiálisis contamos con una máquina, o dializador, que contiene dos compartimentos líquidos. Ambos están configurados como haces de tubos capilares de fibra huecos, o como hojas paralelas y apiladas de membranas semipermeables. La sangre es bombeada del primer compartimento, mediante una membrana semipermeable mientras una solución de cristaloides se bombea desde el otro lado, en dirección contraria y en un compartimento separado el cual se encuentra bajo una presión negativa en comparación al compartimento que contiene a sangre para así evitar la filtración del dializado en el torrente sanguíneo del paciente y con la finalidad de eliminar los excesos de líquidos en este. Posteriormente la sangre dializada vuelve al paciente, el cual se encuentra en constante anticoagulación durante el proceso. (Merk, 2015).

**Gráfico 1 Hemodiálisis**



Fuente: (Merk, 2015).

Ya que la insuficiencia renal causa desequilibrio hidroelectrolítico y acumulación de toxinas, es ahí donde actúa, como objetivo principal el proceso de Hemodiálisis. Así mismo los objetivos a largo plazo son los siguientes:

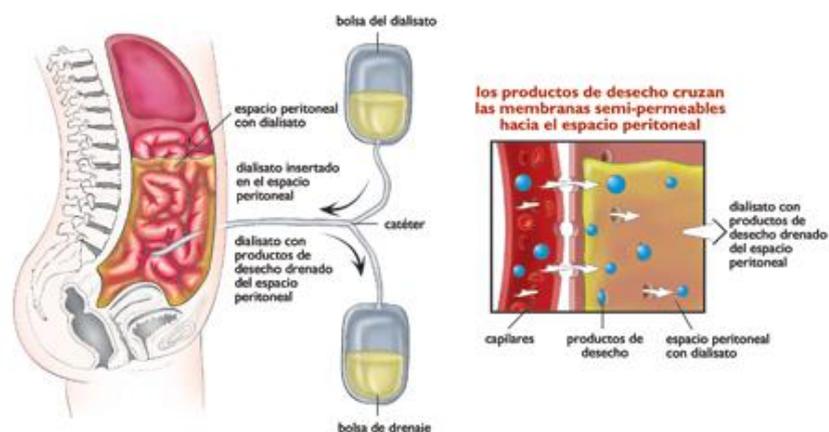
- Mejorar el estado general del paciente, estilo de vida y su tensión arterial
- Prevenir la uremia y sus complicaciones
- Mejorar la sobrevivencia

Dependiendo del centro y el estado del paciente la dosis de hemodiálisis suele variar, pero la mayoría de los pacientes requieren 3 a 5 horas de hemodiálisis 3 veces a la semana. Para evaluar la eficiencia de cada sesión se mide la cantidad de nitrógeno ureico antes y después de la sesión. Si se evidencia una disminución mayor o igual al 65% de nitrógeno ureico en contraste con los índices o concentración previa a la sesión hablamos que el tiempo es el adecuado y la sesión fue eficiente. (Merk, 2015).

## 1.4.2 Diálisis Peritoneal

El peritoneo es una membrana que reviste el abdomen y recubre los órganos a nivel abdominal. Esta membrana actúa como un filtro semipermeable ya que además de tener un gran tamaño contiene gran cantidad de vasos sanguíneos y las sustancias que provienen de la sangre pueden filtrarse con gran facilidad en esta membrana. El líquido se infunde a través de un catéter que penetra a través de la pared abdominal hasta el espacio peritoneal, en el interior del abdomen. El líquido que ingreso en el abdomen debe permanecer ahí por un tiempo hasta que los desechos tóxicos que provienen de la sangre pasen hacia él. Este líquido al final del proceso es desechado.

*Gráfico 2 Diálisis Peritoneal*



Fuente: (Merk, 2015).

Cuando hablamos de diálisis peritoneal hay varias técnicas que se pueden aplicar. Describiremos la diálisis peritoneal manual intermitente, considerada la más útil y más utilizada para la IRA. Se deben calentar las bolsas que contienen el líquido a temperatura corporal. Líquido que se llevara hacia el interior del abdomen alrededor de 10 minutos y permanecerá ahí entre una hora y una hora y media y se extraerá alrededor de 10 a 20 minutos. El tratamiento completo puede requerir alrededor de 12 horas.(Merk, 2015).

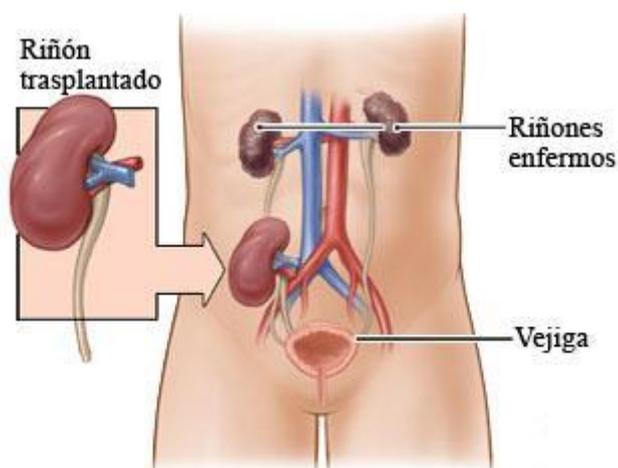
### 1.4.3 Trasplante de Riñón

En los últimos años los pacientes con ERC han optado por el trasplante de riñón debido a la alta tasa de éxito con este tratamiento aunque el disponer de un donante sigue limitando la cantidad de trasplantes. Estos pueden ser cadáveres y donantes vivos relacionados como padres o hermanos.

La histocompatibilidad, preservación del órgano y el manejo inmunológico correcto aseguran el éxito del proceso, siendo este el tipo de trasplante más común. Si el paciente padece trastornos graves del corazón, cáncer, hablamos de factores que pueden comprometer el tejido y su contradicción al proceso es absoluta. Existen contraindicaciones relativas como la diabetes mal controlada que puede provocar IR. Para la ERC el tratamiento está recomendado como principal indicación. (Merk, 2015)

La edad determina si el paciente es un buen candidato a trasplante o no. Pacientes de 60 a 70 años, con un apoyo social y familiar bueno, independencia funcional y relativa sanidad pueden llegar a ser candidatos al tener una esperanza de vida relativamente larga siendo el trasplante un medio para mejorar su calidad de vida, no solamente la liberación del proceso de diálisis. . (Harrison, 2009)

**Gráfico 3**Trasplante de Riñón



Fuente: (Merk, 2015).

Las donaciones provienen, en más de la mitad de los casos de pacientes con muerte cerebral que previamente estaban sanos. También los donantes suelen ser en gran medida donantes vivos, los cuales sacrifican su capacidad renal de reserva y se someten a una intervención quirúrgica con riesgos relacionados a la misma y a una morbilidad prolongada. También pueden presentar conflictos a nivel psicológico producto de la donación por lo cual se evalúa, primeramente su función renal bilateral, inexistencia de enfermedades sistémicas, su histocompatibilidad, estabilidad emocional y capacidad psicológica/física para dar su consentimiento informado. La hipertensión, la diabetes y el cáncer (excepto, posiblemente, los tumores del SNC) suelen excluir la donación del riñón en donantes vivos. (Merk, 2015)

## **1.5 Ansiedad y Depresión**

Ante la percepción de peligro o una situación amenazante, la ansiedad actúa como una señal de alarma. Esta señal puede ser adaptativa preparando para responder de manera adecuada a las demandas del entorno, p puede ser respuestas no adaptativas preparándose a responder a un peligro irreal. Diferenciaremos dos tipos de ansiedad. Un estado emocional momentáneo o transitorio que está caracterizado por sentimientos de temor, preocupación y activación del sistema nervioso autónomo, y un estado emocional rasgo del individuo que describe una predisposición a interpretar las circunstancias externas/ambientales como peligrosas y su respuesta a esto son estados elevados de ansiedad. (Páez, 2009)

Pacientes con ERC tienen una gran incidencia de depresión lo cual afecta en gran medida su tratamiento y calidad de vida. Se establece en estudios recientes que la depresión en pacientes sometidos a diálisis está entre 40 y 45% de los pacientes. (Morales, 2008).

La depresión está asociada a las pérdidas. Los pacientes con ERC pierden su función renal, así también su rol en familia, amigos, trabajo, sus capacidades físicas, cognitivas, función sexual entre otras. (Costa, 2014).

Cuando se diagnostica con IR y el posterior inicio de Hemodiálisis, el impacto puede llegar a hacer que se reevalúe los ejes de la vida del paciente, de sí mismo y sus relaciones. Es un proceso en el que se ven involucrados los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y utiliza la búsqueda de respuestas a las nuevas experiencias mientras va cursando por etapas de remodelación de su nueva realidad. Esta nueva realidad o nuevos significados se adhieren a la imaginación del paciente e involucrados, como por ejemplo su familia y cuidadores, y van desde el aceptar y reconocer a la enfermedad y su gravedad, el tratamiento y sus limitaciones como en la comida, consecuencias en los ejes de vida del paciente como su vida social, laboral, etc. Estas reevaluaciones causan temor, dudas e incertidumbre acerca del proceso de diálisis y su pronóstico. Es por ello que la ERC puede llegar a conducir a trastornos emocionales con la aparición de sentimientos negativos que, junto con una situación física, afectan la calidad de vida. (Coutinho, 2015).

Pacientes con ERC tienen gran prevalencia de depresión como se mencionó en párrafos anteriores. Estudios afirman que la depresión es un factor de riesgo independiente de mortalidad. Usando el inventario de Beck, la prevalencia en Estados Unidos llega a 25,5% y 47%<sup>14</sup>, en Perú varía entre el 50% y 67,5% en pacientes en proceso de hemodiálisis. Este estado emocional puede llegar a afectar la función inmunológica así como la nutricional. Afecta la adherencia al tratamiento y a las indicaciones del personal médico. Existe documentación de la presentación de ansiedad o una mezcla de Ansiedad y depresión. Su prevalencia llega al 50 % de síntomas ansiosos en pacientes en proceso de hemodiálisis usando la Escala de Autovaloración de Zung. (Valderrama, 2002).

La presencia de ansiedad o una combinación ansiedad-depresión no ha sido bien documentada. Se reporta una prevalencia del 50% de síntomas ansiosos en pacientes en hemodiálisis, usando la Escala de Autovaloración de Zung. (Valderrama, 2002).

La depresión y trastornos de ansiedad no son temas de interés únicamente psiquiátricos. En los últimos años, los médicos y población en general muestran su interés en estos temas ya que su prevalencia va en aumento. Una de cada cinco personas presentaría un trastorno anímico en toda su vida. Esta cifra aumenta en pacientes con patologías médicas siendo una prevalencia del 10 al 20 % del total. Las cifras más elevadas podemos encontrar en pacientes con enfermedades cardiovasculares, oncológicas o de carácter neurológico. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud OMS, estima que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad. (Alcocer, 2007).

La mortalidad asociada a la depresión (no solamente asociada a suicidio), es otro aspecto importante a considerar. La depresión crea una disfuncionalidad más alta que otras enfermedades crónicas y su tasa de mortalidad es más alta que la población en general. (Alcocer, 2007).

La depresión tiene como característica básica alteraciones del humor, gran tristeza, baja de autoestima, cambios en la alimentación, sensación de cansancio continua, pensamientos distorsionados (negativos), disminución de las actividades diarias y vitalidad del paciente. Dentro de las clasificaciones actuales para diagnosticar, la depresión y la ansiedad se consideran trastornos emocionales diferentes y autónomos, pero en la práctica hospitalaria se evidencia constantemente su coexistencia frecuente y su distinción no suele ser fácil de realizarla ya que ambos estados tienen síntomas en común como cambios en el sueño, apetito, dificultades para concentrarse, fatiga, irritabilidad, entre otros. (López, 2007).

## **1.6 Estrés**

El estrés está asociado a una mayor morbilidad y mortalidad por varias enfermedades. Este estado lo podemos definir como un malestar emocional a experimentar o enfrentar emociones negativas (ansiedad, disgusto, tristeza, ira, culpa, miedo, etc.) o situaciones desconocidas. Este estado está asociado a quejas somáticas, puede desarrollar trastornos mentales o enfermedades físicas. El estrés, junto con la ansiedad y depresión, puede empeorar el curso y evolución de una enfermedad, inferir

en su tratamiento y cambiar la percepción de los síntomas que experimenta el paciente. Puede empeorar la calidad de vida y los hábitos de salud. (Perales y Montilla, 2013).

### **1.6.1 El Estrés y su Relación con la Enfermedad Renal**

Como se menciona en el “Estudio De Los Problemas En Las Relaciones Afectivas Como Un Factor De Riesgo De La Insuficiencia Renal Crónica En Los Pacientes De La Unidad De Diálisis” de 2007, el estrés es una respuesta de adaptación que involucra un plano físico en relación a las reacciones neurológicas, y un plano psicológico como ansiedad, miedo, tensión, etc. Esto es una respuesta para enfrentarse a los estímulos externos considerados como peligrosos y con el objetivo de solucionar un problema. Se produce como una adaptación o ajuste, o función protectora. Estas respuestas dependen de las experiencias del individuo, pero si estas se mantienen por un tiempo prolongado, pueden llegar a crear fallas en el funcionamiento normal del organismo. Es por ello que muchas enfermedades se ven exacerbados productos del estrés.

En relación a la calidad de vida de los pacientes con ERC, hablamos de varios niveles como son el bienestar y satisfacción vital, las afecciones producto de su enfermedad, efectos del tratamiento entre otros. Es por ello que la calidad de vida del pacientecrónico debe analizar desde un punto de vista multidimensional que incluya al menos estatus funcional, síntomas relacionados con la enfermedad, funcionamiento psicológico y funcionamiento social. (Vinaccia, 2005).

Cuando hablamos de estatus funcional nos referimos a la capacidad de ejecutar actividades normales para el común de personas. En esto se incluye un correcto cuidado propio, capacidad de moverse y realizar actividades físicas. Por síntomas relacionados a la enfermedad hablamos de diversidad de ellos ya que se analiza en función del tipo de enfermedad y su tratamiento. En cuanto al funcionamiento psicológico en pacientes crónicos se evidencia que existen niveles altos de estrés. En las evaluaciones del estrés

en pacientes se incluyen ítems de manifestaciones somáticas como en cansancio, pérdida del impulso sexual o apetito, y es por ello que podemos llegar a una sobreestimación de la prevalencia de estrés o de otros trastornos. (Vinaccia y Orozco, 2005).

### **1.7 Calidad de Vida en Pacientes en Hemodiálisis**

Entre otros factores, la mayor expectativa de vida de pacientes crónicos, el concepto de calidad de vida cada día es de mayor relevancia en el ámbito clínico y la psicología de la salud. Así también por la transición demográfico-epidemiológica que enfrentan países como el nuestro y que implica un mayor tiempo de vida de las personas a los factores de riesgo responsables de las patologías crónicas. (Avedaño, 2008).

La calidad de vida es una percepción subjetiva del sentimiento de bienestar de una persona que se como resultado de una evaluación en diversos ejes de la vida del propio individuo. Hablamos de una evaluación en varios niveles, entre los cuales encontramos la salud, estabilidad emocional, independencia, relaciones sociales e interpersonales, los factores como los ambientales y creencias individuales. (López, 2012).

Decimos que la enfermedad crónica es una alteración de la salud que se extiende por más de seis meses y por lo general va de por vida, e implica grados distintos de limitaciones en el correcto desenvolvimiento de la vida diaria del paciente y puede considerarse una discapacidad. Un paciente crónico está bajo constante supervisión y cuidado producto de su enfermedad o del tratamiento. Se describe también a la enfermedad crónica como un evento estresante con dificultades en la adaptación, cambios en las rutinas del paciente y cuidadores y un proceso de ajuste a la nueva realidad. Estos cambios a veces se dan por toda la vida, afectando niveles físicos, psicosociales, y ambientales producto de la enfermedad y sus tratamientos. Esto puede dar como resultado algún tipo de incapacidad en el paciente (Avedaño, 2008).

Schwartzmann definió la calidad de vida como “un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones”. La mayoría de definiciones nos hablan de un juicio o una percepción subjetiva del grado de felicidad, satisfacción o sentimientos de bienestar del individuo. Esta percepción se da tras una evaluación de los niveles biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales, y por lo tanto concluimos que la calidad de

vida es en términos objetivos “Felicidad”, lo cual se traduce como un sentimiento de satisfacción y estado anímico positivo, y como un estado de bienestar y satisfacción. (Pérez y González, 2006).

Schwartzmann nos habla de calidad de vida, como una capacidad que tiene el ser humano para satisfacer sus deseos y necesidades y como una capacidad para sobrevivir y que estas necesidades se cumplen mediante la interacción con otros y con el medio. Desde este punto, los problemas de las personas pueden enmarcarse en términos de falta de correspondencia de las necesidades del individuo con su habiente físico y social.(Vinaccia y Orozco, 2005).

Según Bayes (1994), citado por Vinaccia, Stefano, & Orozco, Lina María. (2005).para conocer las respuestas que tiene el paciente frente a su situación médica, su tratamiento, de manera relevante y objetiva es necesario evaluar la calidad de vida. Conocer mejor al paciente, la evolución y adaptación así como los efectos secundarios y terapias paliativas. Podemos ampliar lo que conocemos de la enfermedad, su desarrollo y las decisiones medicas acertadas, mejorar la comunicación entre pacientes y doctores y mejorar su pronóstico.

## **1.8 El Duelo y la Enfermedad**

Morla define al duelo como:“Un proceso psicológico que se interpone al yo ante la muerte de un ser querido, la cual es seguida por demostraciones de pesar y dolor psíquico de calidad y duración variable según el valor y tipo de relación entre el sobreviviente y la persona fallecida, con un grado importante de subjetividad, en la cual intervienen factores culturales” (Alarcón, 2004)

Como define Gala (2002), “normalmente el análisis de las actitudes ante la muerte propia suele hacerse en sujetos cercanos a tal trance, como suelen ser los enfermos terminales, porque en ellos se ha producido el momento de la toma de consciencia de la muerte, marcándose el cambio de trayectoria potencial de muerte a la trayectoria real de muerte.”

Los factores que influyen en estas actitudes son la personalidad del paciente junto con la duración de la situación médica, su cercanía con el personal médico, la edad, lugar, tipo de enfermedad, familia, nivel de instrucción, religión, y todo eso influyendo en la tensión emocional se conectan para formar la idea de muerte que son la agonía y el acto mismo de morir.

Continuando con la descripción de Gala (2002), en esta última etapa de la vida el miedo se evidencia de las siguientes formas:

- **Miedo a la agonía:** las dudas e ideas sobre el sufrimiento y dolor que pueden experimentar.
- **Miedo a perder el control:** su situación médica hace que se vuelvan dependientes de otras personas y el miedo a que otros decidan por ellos puede aparecer.
- **Miedo tras su muerte:** preocupaciones sobre lo que ocurra con su familia.
- **Miedo al miedo de los demás:** como dijo un poeta "no he sabido jamás lo que es el miedo hasta que lo vi en los ojos de los que me cuidaban".
- **Miedo a la soledad:** es común que los pacientes tengan temor a morir solos.
- **Miedo a lo desconocido:** No sabemos que nos encuentre del otro lado y los pacientes pasan mucho tiempo pensando en ello.
- **Miedo al legado que dejan:** mientras menos satisfechos más temor sienten.

### 1.8.1 Factores que Influyen en el Proceso de Duelo

Como se observa en el estudio duelo anticipado por enfermedad (2014) de la Asociación Mexicana de Tanatología, a.c., los factores que influyen en el proceso de Duelo son:

- **Personalidad del sujeto:** Capacidad de expresar sentimientos y emociones, de establecer vínculos afectivos.
- **Circunstancias de la muerte:** varía las respuestas de acuerdo a las circunstancias sean estas de muerte por accidente o suicidio o una enfermedad progresiva.

- **Edad:** Suele ser más fuerte cuando es el difunto de menor edad.
- **vínculo de relación:** Nivel de apego.
- **Antecedentes personales:** Duelos anteriores y elaboración de estas.
- **Redes sociales:** Familia, amigos, profesionales.
- **Características del deudo:** Edad, sexo, estado de salud.

### 1.8.2 Etapas del Proceso de Duelo

Una de las descripciones más claras sobre el proceso de duelo en pacientes con ERC en proceso de Hemodiálisis es la de Meza (2008), en la cual describe tres etapas las cuales son:

- **El inicio o primera etapa:** Es un estado intenso de shock, alteraciones afectivas, cambios en la sensibilidad, parálisis cognitivo, afecciones en aspecto físico, cambios en el ritmo cardiaco, náuseas, vomito, temblor.

En esta primera etapa tenemos reacciones de no creer, rechazo o negación, pudiendo evidenciarse comportamientos tranquilos o irritables. Esto se da por que la persona que sufre la pérdida bloquea inconscientemente las facultades de información. Dura poco tiempo.

- **Etapa Intermedia:** Es el duelo en sí. Podemos observar estados de ánimo depresivos y la mente de la persona que sufre esta con recuerdos constantes de su pérdida. Este estado depresivo puede durar desde algunos meses hasta años cuando se evidencia un duelo no resuelto.

Cuando se da la pérdida de un ser querido, la expresión del dolor sirve como catarsis y durante el estado depresivo se da un sentimiento de soledad tanto a nivel social como emocional.

- **Etapa final:** En esta etapa se da cuando es capaz de sentir y expresar sus emociones, recupera el interés y tiene visión de futuro.

Esta etapa es de adaptación y en ella se desarrollan las relaciones sociales, se puede continuar sin pertenencias de la persona que falleció. La depresión se va y el estado de tristeza va menguando. (Meza, 2008).

# 2

## **ADAPTACION, ADHERENCIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL TRATAMIENTO**

## **2 ADAPTACION, ADHERENCIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL TRATAMIENTO**

En este capítulo analizaremos la adaptación y la adherencia del paciente. Profundizaremos en los diferentes niveles de adaptación (cognitivo – Conductual, Emocional, Social, Espiritual), del paciente con respecto a su enfermedad así como los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento.

De igual manera se describe los diferentes estilos y estrategias de afrontamiento a la enfermedad, al tratamiento y al estilo de vida del paciente. Así mismo describiremos los dos grados factores que intervienen en el afrontamiento; la Autoeficacia y los factores psicosociales.

### **2.1 Adaptación a la Enfermedad**

La OMS define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. Entonces, desde este marco la enfermedad debe describirse como alteraciones estructurales o funcionales, junto con procesos psicológicos que pueden crear sufrimiento y un proceso social porque supone una invalidez. (Chérrez, 2014).

El simple hecho de estar atravesando una situación médica conlleva que factores psicológicos y sociales, influirán en la evolución, curso y pronóstico de la enfermedad por lo que debemos establecer relaciones entre estos factores como desencadenantes de la situación médica la cual empieza siendo una batalla con un mundo nuevo con circunstancias desconocidas. Empieza una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que se deben considerar como edad, personalidad, enfermedad, amigos, familia, lugar, médicos y personal de salud. (López, 2007).

Cada paciente tiene reacciones diferentes al estar hospitalizado. Son varios los factores que diferencian las reacciones siendo los más resaltables la naturaleza de la enfermedad, personalidad, situación vital. Puede haber interpretaciones adaptativas

como la interpretación de cuidado, seguridad, alivio, mientras otras interpretaciones pueden aumentar los niveles de ansiedad al comparar el hospital con un ambiente impersonal, nuevas rutinas, rostros nuevos, etc. (Alcocer, 2007).

Antes y después de los procedimientos médicos, los pacientes experimentan gran cantidad de emociones como pueden llegar a ser ansiedad, depresión o dificultades en su adaptación. Es común que los pacientes tengan miedo frente a situaciones desconocidas o hacia el dolor, así también a un mal pronóstico, o tratamientos que involucren una amputación o la muerte (Góngora, 2015).

Puede existir la confusión entre la tristeza y la depresión y esta confusión puede llegar a un diagnóstico. Ciertamente la tristeza es un rasgo importante de la depresión pero su aparición no necesariamente se vuelve patológica. La tristeza en sí no es suficiente para declarar un cuadro depresivo. (Gafo, 2000).

Los pacientes, en especial con enfermedades crónicas suelen convivir con cuadros ansiosos o depresivos, los cuales les ayudan a sobrevivir tras perder el sentido de su mundo y crean otros mundos con otras realidades la cual se conoce como el límite de la propia libertad. Si conocemos el sentido que el paciente le da a su estado emocional lo conoceremos aún más a él. El padecer una enfermedad debe ser la prioridad del paciente y todo lo demás es producto de la exigencia de adaptarse al modo de experimentarse a sí mismo en la relación con las realidades de su mundo. (López, 2007).

La calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. Cuando hablamos de bienestar físico nos referimos a la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor. El bienestar social, tiene que ver con la funcionalidad de las relaciones familiares, amigos, trabajo, etc. El bienestar psicológico se relaciona con los estados emocionales, respuesta ante la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior. (Vinaccia y Orozco, 2005).

### 2.1.1 Nivel Cognitivo – Conductual

Vinaccia, Quiceno, Fernández, Contreras, Bedoya, Tobón, et al, (2014) explican que, la salud de la persona se ve influenciada por la calidad de vida que tiene junto con el comportamiento, lo cual se puede apreciar en múltiples estudios como por ejemplo el estudio realizado por Lalonde en Canadá en el año 1974, en el cual se establece que el nivel de salud de una comunidad está determinado por cuatro variables:

- La biología
- El medio ambiente: contaminación física, y biológica.
- El sistema sanitario
- Estilo de vida o conductas insanas, tales como consumo de fármacos, falta de ejercicio físico, el estrés, promiscuidad sexual sin métodos de prevención de enfermedades o embarazos no deseados, conductas violentas, conducciones peligrosas (exceso de velocidad, no utilización del cinturón de seguridad).

Por otra parte, el estudio realizado en 1984 por Matarazzo, encontró que los factores de riesgo que causaban los principales tipos de mortalidad en Estados Unidos en ese momento eran factores comportamentales asociados a estilos de vida patógenos. Por ejemplo en el caso del cáncer, existían comportamientos riesgosos como consumo de alcohol, tabaco, mala alimentación entre otros. Desde entonces el enfoque ha cambiado y ahora se busca modificar la conducta siendo así el individuo y su ambiente social el principal enemigo ya que los comportamientos y los distintos estilos de vida pueden afectar la salud y la enfermedad. Las elecciones de respuesta ante nuestras circunstancias afectan positivamente o no. (Vinaccia y Orozco, 2005).

- La salud se puede evaluar a través su comportamiento.
- Todo comportamiento adaptativo puede ser calificado de saludable.
- Los comportamientos no adaptativos, podrían conducir a comportamientos de enfermedad.
- el nivel de salud es, en parte, función del comportamiento del sujeto, y éste a su vez está condicionado por las características psicológicas, biológicas y de ecosistema del propio individuo.

### **2.1.2 Nivel Emocional**

Las emociones del paciente son un nivel de gran importancia sobre todo en el proceso de hemodiálisis ya que estas emociones marcan su adaptación o no al tratamiento. Son las situaciones nuevas las que elevan el riesgo de sufrir ansiedad o depresión y es por ello que se necesita un trabajo integral médicos, enfermeras, psicólogos, etc. Así mismo el apoyo de la familia y el adecuado apoyo social son factores a tener en cuenta. (Bermeo y Jiménez, 2015).

Cuando un paciente ingresa al proceso de hemodiálisis debe adaptarse a una situación nueva, marca un antes y después ya que se enfrenta a lo desconocido y por lo general tienen sensaciones de dependencia. Una suma de sentimientos por su situación personal médica y por los familiares y cuidadores, esto sumado a su estado físico puede llegar a condicionar la evolución de la situación médica. (Amador y Espinosa, 2009).

Es común que no se tome en cuenta de manera adecuada un posible cuadro depresivo o ansioso por mantener el enfoque y esfuerzos en el tratamiento médico. Sin embargo puede presentarse que al conseguir los objetivos terapéuticos no mejore su calidad de vida ya que existen otros factores como temor a la muerte, miedo a la máquina, síntomas físicos producto del tratamiento, incertidumbre sobre los tratamientos como es el trasplante, las limitaciones sociales, familiares y laborales, cambio en la alimentación, etc. (Amador y Espinosa, 2009).

### **2.1.3 Nivel Social**

El apoyo social es un eje muy importante en la calidad de vida y sensación de bienestar del paciente y sus efectos se han descrito en dos modelos diferentes. Un modelo de efectos principales que nos dice que el apoyo social, sin importar los niveles de estrés, favorecen el bienestar. Un modelo de amortiguación nos describe la idea que el apoyo social sirve como protección antes eventos estresantes.(Avedaño y Barra, 2008).

El conseguir recursos necesarios para el paciente, ya sean materiales, psicológicos o afectivos, a través de la interacción social es también considerado apoyo social. El conseguir estos recursos mitigan la percepción de amenaza y mejora el afrontamiento.

En pacientes con ERC se evidencio que el apoyo social ayuda a mejorar la supervivencia, adherencia y tolerancia al tratamiento y a los estados emocionales desadaptativos como son depresión y ansiedad. (Perales-Montilla, Duschek y Reyes-del Paso, 2013).

#### **2.1.4 Nivel Espiritual**

Los síntomas físicos pueden verse agravados por la angustia espiritual que puede crear el convivir con una enfermedad. Los conflictos existenciales y tratamiento con sus efectos colaterales pueden disminuir la capacidad de afrontar la enfermedad. (Chávez, Carvalho, Terra y Souza, 2010)

Los estudios sobre las creencias religiosas evidencian una evolución positiva de la enfermedad y de los síntomas del paciente, sus conductas, etc. Las creencias religiosas hacen referencia a lo sobrenatural, lo sagrado y la fe. Conlleva una adoración hacia su dios o dioses. Es común que sus valores y conducta estén basados en un modelo o ideología de un líder espiritual. Normalmente las creencias religiosas hacen mayor referencia a ideas que a las prácticas. (Quiceno y Vinaccia, 2009).

Por otro lado, Pargament (1997), citados por (Quiceno y Vinaccia, 2009). Un psicólogo que se basa en los planteamientos de Lazarus y Folkman (1984) sobre afrontamiento al estrés, comienza a desarrollar desde finales de los años ochenta –y que puntualiza en 1997– su modelo de “coping religioso”, que consiste en un tipo de afrontamiento que utiliza las creencias y prácticas religiosas con el fin de mejorar la evolución de una enfermedad y los efectos colaterales del tratamiento. Así también pretende aliviar las consecuencias negativas de circunstancias estresantes de la vida facilitando la resolución del problema. El modelo de Pargament (1997) hace referencia a tres estilos de afrontamiento religioso:

- **Estilo auto dirigido:** en el cual las personas confían en sí mismas más que en Dios para resolver sus problemas.
- **Estilo evitativo:** en el que la responsabilidad es dejada en manos de la divinidad.

- **Estilo colaborativo:** en el que se establece una dinámica compartida entre el hombre y Dios en el proceso de afrontamiento.

El estilo auto dirigido está asociado a un sentido de competencia personal y alta autoestima. El estilo evitativo está asociado a un bajo sentido de competencia personal, autoestima y habilidad de solución de problemas y constituye así un estilo pasivo y, el estilo colaborativo estaría asociado a un elevado sentido de control personal y autoestima, y bajo sentido de control por las circunstancias o el azar.

En definitiva, las estrategias de afrontamiento religiosas pueden ser realizadas de forma individual como colectiva que activan mecanismos de adaptación que les puede dar esperanza en tiempos de crisis. Estas prácticas religiosas proveen al individuo el crecimiento espiritual continuo, apoyo psicológico, propósito en la vida e interacción social. (Quiceno y Vinaccia, 2009).

## **2.2 Adherencia al Tratamiento**

Uno de los mayores problemas dentro de los pacientes con ERC es la falta de adherencia al tratamiento. Se estima que el 45% de pacientes con enfermedades crónicas tienen una deficiente adherencia y esta cifra es propensa a aumentar cuando el tratamiento involucra cambios en el estilo de vida. Por ejemplo pacientes con ERC deben someterse a un régimen dietético estricto, medicamentos diarios y sesiones de hemodiálisis. El consumo limitado de líquidos suele ser el aspecto con mayor incumplimiento. (Guerra, Díaz y Vidal, 2010).

Las características socio – demográficas pueden darnos datos sobre la adherencia al tratamiento. Por ejemplo los varones jóvenes suelen tener una adherencia deficiente. Los pacientes con familias con mayor cohesión suelen tener una mayor adherencia al igual que pacientes con familias con mayor nivel sociocultural. Esto se debe a que la familia es el mayor recurso de apoyo social del paciente. (Perales-Montilla, García-León y Reyes-del Paso, 2012).

Dado que los factores socio-demográficos por sí mismos no explican el comportamiento de adhesión, Kugler y cols. (2005) sugieren continuar estudiando este fenómeno para lograr diseñar intervenciones que lo favorezcan. Como es evidente la adherencia al tratamiento es un tema complejo y de gran estudio por parte de la psicología. En efecto, entrañan comportamientos de salud como un repertorio conductual que implica cumplir el tratamiento, cumplir las indicaciones médicas, evitar comportamientos de riesgo e incorporar conductas saludables al estilo de vida. (Contreras, Espinosa, Esgrerra, 2013).

### **2.2.1 Autoeficacia**

La Autoeficacia se refiere a las creencias que tiene una persona sobre su grado de capacidad en el desempeño de acciones conducentes a la obtención de los resultados deseados. En el caso de pacientes con ERC, la autoeficacia hace referencia a su autocuidado, a su adherencia al tratamiento y la mitigación de síntomas. El auto concepto está relacionado a la autoeficacia y evoluciona en conjunto con el ambiente social, individualización para adquirir conocimientos de sí mismo y el mundo, desarrollar habilidades y adquirir un sentido de eficacia personal. (Contreras, Espinosa, Esgrerra, 2013).

Cuando hablamos de autoeficacia debemos mencionar el optimismo disposicional que no es más que una creencia generalizada que ocurrirán cosas positivas. Este optimismo mejora la salud a través de mecanismos de afrontamiento, siento este afrontamiento más eficaz mitigando los síntomas físicos. Se evidencio en pacientes con ERC que este optimismo está relacionado a un mayor apoyo social y niveles bajos de depresión. (Perales-Montilla, García-León y Reyes-del Paso, 2012).

La autoeficacia está relacionada estrechamente a comportamientos saludables, una correcta adherencia, mitigación de síntomas físicos y psicológicos, y tienen una relación negativa con trastornos emocionales como depresión y ansiedad. Pacientes con

pensamientos negativos que están sometidos a un mismo régimen médico, suelen presentar más síntomas físicos y estrés relacionado al tratamiento que los pacientes que presentan una autoeficacia. Los bajos niveles de autoeficacia se relacionan con el diestrés psicológico, el afecto negativo y la disfunción comportamental, especialmente en pacientes crónicos. En contraste, los niveles elevados de autoeficacia se relacionan con estado anímicos positivos, mejor estado de salud, mejor adherencia al tratamiento, y menos síntomas psicológicos. (Contreras, Espinosa, Esgrerra, 2013).

### **2.2.2 Factores Psicosociales**

El ser diagnosticado con ERC y entrar en un proceso de hemodiálisis provoca cambios en el estilo de vida del paciente como su alimentación, ingesta de líquidos y uso de medicamentos. Es común que se presenten efectos secundarios físicos y psicológicos, como se mencionó anteriormente. Además de estos problemas, se evidencia efectos a nivel psicosocial como dificultades de pareja, disfunciones sexuales y situaciones a nivel socioeconómico. Estos cambios negativos influyen directamente en la calidad de vida. (Pupiales, 2013).

Cuando relacionamos la calidad de vida con una situación médica debemos evaluar los distintos niveles de bienestar del paciente en relación con el impacto que estos tienen sobre su salud. Los pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis por periodos largos de tiempo suelen presentar una calidad de vida deficiente. Los pacientes que perciben tener una familia normofuncional presentan una mejor calidad de vida que los que perciben una familia disfuncional. Como podemos observar las alteraciones de las emociones están relacionadas con la calidad de vida. (Urzúa, Pavlov, Cortés y Pino, 2011).

### **2.3 Afrontamiento a la Enfermedad Renal Crónica**

El afrontamiento, según Macías, (2006), hace referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio con el fin de enfrentarse a circunstancias específicas ya sean estas internas o externas y son producto de los recursos del paciente. Este afrontamiento está relacionado con las emociones que el individuo experimenta en una determinada situación y se ve afectada por las creencias y valores de sí mismo.

Como describen Hernández, López y Anacona, (2009), las emociones guardan relación con la idea subjetiva de calidad de vida. Existen dos tipos de rasgo positivo de calidad de vida. Los estilos activos de afrontamiento y los pasivos. Dentro de los activos están los estilos enfocados en la solución de los problemas y entre los pasivos encontramos el control de las emociones, el cual nos brinda un control de las conductas y las emociones con el fin de adaptarnos a la situación. Cuando el individuo quiere modificar la situación, cuando quiere crear un cambio y que no se interprete como una circunstancia peligrosa hablamos de un estilo de afrontamiento dirigido al problema y cuando el sujeto logra superar estas circunstancias da lugar al aumento de la capacidad de adaptación. (Hernández, López y Anacona, 2009).

En palabras de Cañero, (2002), cuando el sujeto considera que no hay manera de cambiar o modificar las circunstancias, cuando evita las situaciones problemáticas o procede a la negación, cuando hay justificaciones o se busca responsables, el afrontamiento claramente está dirigido a la emoción. En contraste, el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción suele llegar a ser adaptativo o eficaz cuando la valoración que hace el sujeto sobre las circunstancias es objetiva, racional y se acepta que existen eventos que no se pueden modificar.

En pacientes con ERC o enfermedades crónicas en general se crea una percepción de descontrol de la situación y es por ello que es usual que estos pacientes utilicen el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción. Esto lo hacen para llevar todos sus recursos a una adaptación y mejora del autoestima. Es por ello que utilizar únicamente un estilo enfocado en la solución de problema puede ser causante de acumulación de

episodios de frustración, pero un uso correcto de ambos estilos ayuda a mejorar la evolución y pronóstico de la enfermedad. (Hernández, López y Anacona, 2009).

### **2.3.1 Estilos y Estrategias de Afrontamiento**

#### **2.3.1.1 Estilos de Afrontamiento**

Los estilos de afrontamiento, según Contreras, Espinosa, Esgreerra, (2013), son altamente estudiados y analizados en psicología ya que estos nos brindan la capacidad de adaptarnos y en pacientes crónicos adaptarse a situaciones que crean gran tensión emocional. Los estudios están dirigidos a la identificación de las estrategias ya que estas activan los recursos del paciente y pueden mejorar la calidad de vida. Estos estilos de afrontamiento son modificables y es por ello que los resultados de estos estudios apuntan a una implementación de trabajo interdisciplinario con el fin de mejorar la calidad de vida de pacientes crónicos. Mantener un bienestar psicológico en estos pacientes tiene relación directa con una correcta adaptación y adherencia al tratamiento.

Los problemas que experimentan los pacientes crónicos van desde dolor, cambios fisiológicos, problemas respiratorios y movilidad limitada así como un posible deterioro cognitivo y efectos secundarios al tratamiento como náuseas, vómitos, cambios en sueño y apetito, impotencia sexual, etc. Un síntoma que cabe resaltar en pacientes crónicos es el dolor crónico que se puede mantener hasta por periodos mayores a seis meses y a esto se asocia cambios en la escala socioeconómica, ámbito laboral, relaciones interpersonales, etc. Los pacientes con ERC están sometidos a varios estresores en diferentes niveles como son fisiológicos, psicológicos, sociales, etc., todos estos factores alteran su calidad de vida. (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007).

Como se mencionó anteriormente en el nivel psicológico, los trastornos más comunes son ansiedad y depresión en pacientes con ERC, esto junto a la incertidumbre de su futuro afectan a una correcta calidad de vida del paciente. (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007).

Una respuesta común de los pacientes con ERC es la ira, hostilidad hacia sí mismo, familia y en especial al personal médico. Esto se da por las limitaciones que deja el

padecer esta enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento. Es por ello que el estrés no está limitado exclusivamente al paciente sino también a su familia por las limitaciones y complicaciones que se dan en el tratamiento y puede ocasionar una desadaptación del paciente en las distintas áreas en las cuales se desenvuelve. (Achucarro, 2014).

Lazarus y Folkman (1986) plantearon la distinción entre el afrontamiento enfocado a una respuesta emocional y enfocado en manipular el problema. Los estilos de afrontamiento enfocados en la respuesta emocional son utilizados después de evaluar la situación y concluir que el problema no es susceptible de cambio al contrario de los estilos dirigidos al problema que después de una evaluación del sujeto se concluye que si son modificables. Uno de las finalidades de la estrategia dirigida a la emoción es el mantener o mitigar el grado de trastorno emocional. Dentro de este grupo encontramos la evitación, minimización, distanciamiento, falta de atención, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los eventos negativos. (Salvatierra, 2012)

Existe un fenómeno que distorsiona la realidad, un estilo de afrontamiento que se utiliza cuando se requiere conservar optimismo y negar la situación y sus repercusiones. Se le resta importancia al evento. Este estilo de afrontamiento está ligado a niveles de salud mental bajos así como una inestable calidad de vida. Los estudios afirman que los estilos de afrontamiento dirigidos hacia el problema están relacionados a una adherencia al tratamiento en pacientes con ERC en proceso de Hemodiálisis. (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007).

Mencionando a la estrategia de evitación, debemos decir que es poco eficiente ya que predice mayor cantidad de síntomas depresivos así como estados emocionales negativos, apoyo social deficiente, mayor estrés en los pacientes y altos niveles de ansiedad y depresión. (Alzamora y Bitencourt, 2003).

Se describe otro tipo de clasificación; afrontamientos activos y pasivos. Los activos hacen referencia a los esfuerzos que hace el paciente por confrontar sus emociones, buscar una buena calidad de vida a pesar de las circunstancias adversas. Por el contrario,

los estilos pasivos tienen una tendencia a perder el control y crear dependencia. Se evidencia un aumento en el dolor, depresión y funcionamiento general. (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007).

Un estilo de afrontamiento vinculado a una buena salud mental y una aceptable calidad de vida es el estilo optimista. Cuando se trata de afrontar una enfermedad crónica como la ERC, los estilos de afrontamiento más eficientes son el optimista, paliativo y el confrontativo. El enfocarse en los aspectos positivos de las circunstancias reconociendo la realidad de la enfermedad predice una calidad de vida buena del paciente. A esto se le llama estrategia de reinterpretación positiva. Las estrategias menos útiles que afectan el curso de la enfermedad y la calidad de vida son la evasiva y la emotiva. (Contreras y Espinosa, 2009)

Un estilo de afrontamiento que limita las actividades o rutinas diarias del paciente, que aumenta los síntomas depresivos y disminuye la actividad física por lo cual se ve afectado el estilo de vida del paciente es el estilo catastrófico. (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007).

En esta concepción del afrontamiento liderada por el grupo de Lazarus se establece que los sujetos utilizan una diversidad de estrategias adaptativas o no a fin de combatir estados emocionales fuertes como el estrés. El propio Lazarus ha defendido que las estrategias de afrontamiento pueden ser estables a través de diferentes situaciones estresantes. La interacción entre las situaciones externas y las disposiciones personales crean la respuesta del individuo. El estilo de afrontamiento está determinado por los rasgos de la persona y la situación estresante. (Chorot, 2003).

### **2.3.1.2 Estrategias de Afrontamiento**

Las estrategias de afrontamiento son los mecanismos utilizados por los individuos en situaciones de estrés o problemas que afecten el equilibrio emocional. Se utilizan las estrategias dependiendo de la situación en concreto y pueden cambiar en función de la misma. Cuando hablamos de pacientes con ERC y afrontamiento hablamos del proceso

de adaptación y adherencia al tratamiento. (Perales-Montilla, García-León y Reyes-del Paso, 2012).

Estudios demuestran que el estar en un proceso de hemodiálisis afecta a las actividades diarias así como a los estilos de vida de los pacientes, familiares y cuidadores debido a las limitaciones que implica el proceso. El tener ERC y estar en un proceso de hemodiálisis implica que puede haber síntomas adversos y la sobreexposición a estos contribuye a padecer trastornos afectivos como la depresión. (Coutinho, 2015)

Por otra parte, Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, (2007), demuestran en sus estudios que los pacientes que están un mayor tiempo en proceso de hemodiálisis obtienen puntajes elevados en la estrategia de afrontamiento del problema y manejo de emociones. Concretamente la planeación, el afrontamiento activo, la búsqueda de apoyo emocional y las creencias religiosas. Las estrategias orientadas al problema son más eficientes que las que están centradas en la emoción, según sus estudios. Cuando un paciente tiene un manejo efectivo de su enfermedad, suele utilizar estrategias de afrontamiento no funcionales orientadas a la aceptación o resignación pasiva, las cuales están asociadas a estados de ansiedad elevados así como depresión.

# 3

**ESTUDIO DE LOS ESTILOS DE  
AFRONTAMIENTO  
RELACION CON EL TIEMPO EN  
TRATAMIENTO  
Y NIVELES  
DE ANSIEDAD DE PACIENTES CON  
ENFERMEDAD RENAL  
CRONICA EN  
PROCESO DE HEMODIALISIS**

### ***3. ESTUDIO DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN RELACION CON EL TIEMPO EN TRATAMIENTO Y NIVELES DE ANSIEDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PROCESO DE HEMODIALISIS***

En este capítulo vamos a presentar y analizar los datos obtenidos en la investigación realizada en la Unidad de Diálisis Baxter Cuenca a través del procesamiento estadístico descriptivo y Multivariada y se explicara los resultados obtenidos relacionando las distintas variables planteadas a inicio de la investigación y basándonos en la teoría expuesta en capítulos anteriores.

#### **3.1 METODOLOGÍA**

La presente investigación es de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal de tipo descriptivo – correlacional, ya que el fin de este proyecto es identificar, en su estado natural, y en un momento determinado en el tiempo, los estilos y estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad que presenten los pacientes en relación al tiempo de tratamiento y la relación entre estas tres variables.

Para ello, se pretende medir las variables de investigación tal como ordinariamente ocurren en la realidad y sin manipulación intencional por parte del investigador. Igualmente se pretende recolectar los datos en un momento único y determinado en el tiempo con la finalidad de describir el modo en el que se presentan las variables de investigación y la relación entre ellas.

Se utilizaran técnicas psicométricas que son procedimientos sistemáticos y estandarizados para la medición de aspectos de los sujetos que no son físicos ni directamente observables, para posteriormente describirlos con las escalas previamente establecidas.

### 3.1.1 Población

El proyecto se llevara a cabo en la Unidad de Diálisis BAXTER – Cuenca, con los pacientes que estén actualmente en tratamiento de hemodiálisis.

La unidad cuenta con 200 pacientes que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

Fórmula utilizada para muestra

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

**N:** es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

**k:** es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos.

**e:** es el error muestral deseado.

**p:** es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio.

**q:** es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

**n:** es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

N:  k:  e:  %

p:  q:  n:

### **3.1.2 Metodología de Recolección de Datos.**

La investigación de campo se realizó desde los primeros días del mes de Agosto hasta Noviembre de 2015, periodo en el cual se trabajó con los pacientes que acuden a la Unidad al tratamiento de Hemodiálisis.

Durante este tiempo se dio un trabajo involucrándose en la realidad de los pacientes lo cual permitió establecer una relación terapéutica bastante satisfactoria en beneficio del presente estudio.

Para la recolección de la información se remitió al departamento de Psicología de la Unidad Renal, con el objetivo de estudiar los historiales clínicos existentes de los pacientes. Posteriormente se realizaron entrevistas individuales para corroborar la información, actualizarla y profundizar.

Las fuentes de información fueron indirectas (historias clínicas existentes) y directas (entrevistas individuales, encuestas socio-demográfica, test CAE y BAI).

### **3.1.3 Descripción de los Reactivos**

#### **3.1.3.1. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) se ha diseñado específicamente para medir "la ansiedad clínica", el estado de "ansiedad prolongada" que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante.

El BAI se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión.

Es una escala que mide de manera auto informada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada. El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación.

El estudio de la fiabilidad de la adaptación española se restringe a la consistencia interna, produciendo en diversas muestras un valor del coeficiente alfa alto (superior a 0.8).

Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas. La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos.

Es un cuestionario auto aplicable, compuesto por 21 ítems que describen diversos síntomas de ansiedad. Los pacientes responden a cada una de las cuestiones en una escala que va de “nada en absoluto” a “gravemente, casi no podía soportarlo”. El BAI discrimina adecuadamente entre grupos de pacientes con y sin trastorno de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas.

El BAI sólo requiere un nivel básico de lectura, se puede utilizar con personas que tienen discapacidad intelectual, y puede completarse en 5-10 minutos utilizando un formulario de papel y un lápiz. Debido a la relativa simplicidad del inventario, también se puede administrar por vía oral para personas con discapacidad visual.

Se le pide al sujeto objeto de la evaluación que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas a lo largo de la semana anterior. Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo).

El clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

El clínico debe examinar además cada elemento específico para determinar si los síntomas aparecen mayoritariamente en el ámbito subjetivo, neurofisiológico, autónomo o relacionado con el pánico al objeto de determinar las causas subyacentes de la ansiedad y establecer así unas pautas de tratamiento adecuadas.

### **3.1.3.2 Cuestionario de Afrontamiento de Estrés (CAE)**

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) es una medida de auto informe diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: (1) focalizado en la solución del problema, (2) Autofocalización negativa, (3) reevaluación positiva, (4) expresión emocional abierta, (5) evitación, (6) búsqueda de apoyo social, y (7) religión.

#### **Corrección de la prueba**

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

- Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36.
- Autofocalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37.
- Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.
- Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39.
- Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40.
- Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.
- Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42.

### **3.1.3.3 Ficha Socio-demográfica**

La finalidad de esto es obtener información sobre algunas características socio-demográficas de relevante importancia para el análisis de las variables de estudio la misma que incluye datos generales del paciente (nombres y apellidos, edad, teléfono, y fecha de nacimiento), tipo de operación, nivel de instrucción y nivel socioeconómico, se empleará después de que el paciente firme el consentimiento informado.

### **3.1.4 Plan de Tabulación y Análisis**

Para el posterior análisis de los datos, se utilizará el programa SPSS que permitirá establecer cuadros comparativos que serán descritos con la información de la ficha socio demográfica, con respecto a la edad de los pacientes, niveles de ansiedad, estilo de afrontamiento, tiempo en tratamiento y al nivel socio económico.

Se presentarán varias relaciones estadísticas para describir más detalladamente el estudio y, con ello, cumplir los objetivos del presente trabajo.

Para el cumplimiento de este objetivo en algunos casos, será necesario aplicar la herramienta estadística Chi-cuadrado, que es una prueba de independencia entre dos variables cualitativas.

Regla de decisión: Para decidir en una prueba de Chi-cuadrado, se pondrán a prueba de independencia dos variables; es decir, la hipótesis nula será que las dos variables en cuestión son independientes. Para decidir se basará en el valor de Chi-cuadrado que el sistema SPSS arroje siempre con un nivel de confianza del 95%.

Si el valor de la significancia asintótica bilateral (valor p) es mayor a 0.05, se acepta la hipótesis nula.

Si el valor de la significancia asintótica bilateral (valor p) es menor a 0,05, se rechaza la hipótesis nula; es decir, las dos variables son dependientes.

Para el actual estudio los pacientes fueron divididos por grupos de tiempo en tratamiento siendo:

- Etapa 1 (de 0 meses a 1 año).
- Etapa 2 (de 1 a 3 años).
- Etapa 3 (de 3 a 6 años).
- Etapa 4 (de 6 años en adelante).

### **3.2 Resultados del Análisis de Datos**

El estudio comprende una muestra de estudio de 75 personas, las cuales serán descritas en primer lugar por su ficha socio-demográfica, a continuación se presentará a detalle el test BAI y el CAE.

La mayoría de los encuestados (68%) son hombres, de procedencia cuencana, casados, con un nivel de instrucción de primaria completa y con un tiempo de tratamiento de la hemodiálisis entre 0 meses y 1 año.

En cuanto a los niveles de ansiedad según el “Test de Ansiedad de Beck (BAI)”, la muestra de estudio presenta niveles de ansiedad moderada.

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) indica que la muestra de estudio se usa la Religión para afrontar el estrés; existiendo un importante grupo que tiene Autofocalización negativa.

### 3.3 Resultados detallados del estudio.

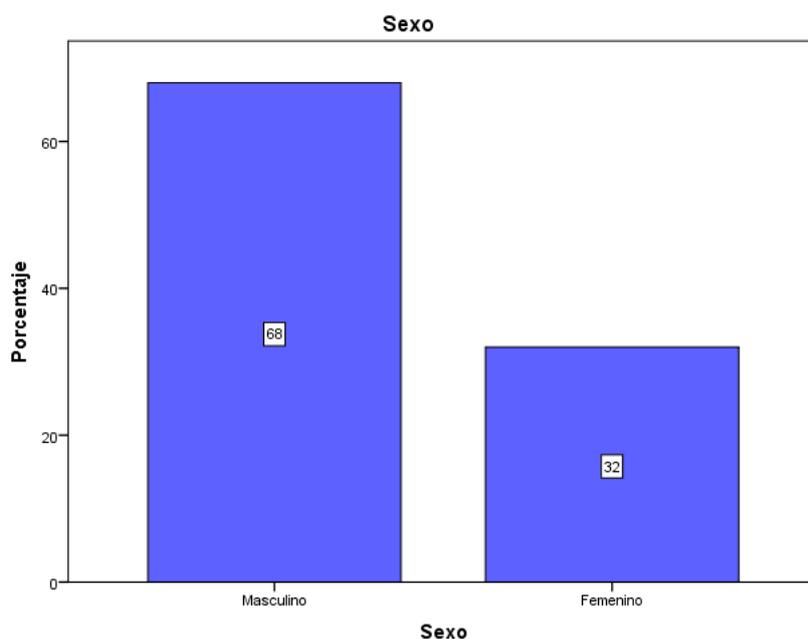
Del total de la muestra de estudio se tiene que:

*Tabla 4 Género de los Participantes*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Masculino	51	68,0	68,0	68,0
Femenino	24	32,0	32,0	100,0
Total	75	100,0	100,0	

En cuanto al porcentaje del género de la muestra de estudio, se tiene que:

**Gráfico 4** Diagrama del porcentaje de género de la muestra de estudio.



*Elaborado por P. Muñoz, 2016*

**Tabla 5** Datos estadísticos descriptivos del sexo de muestra de estudio

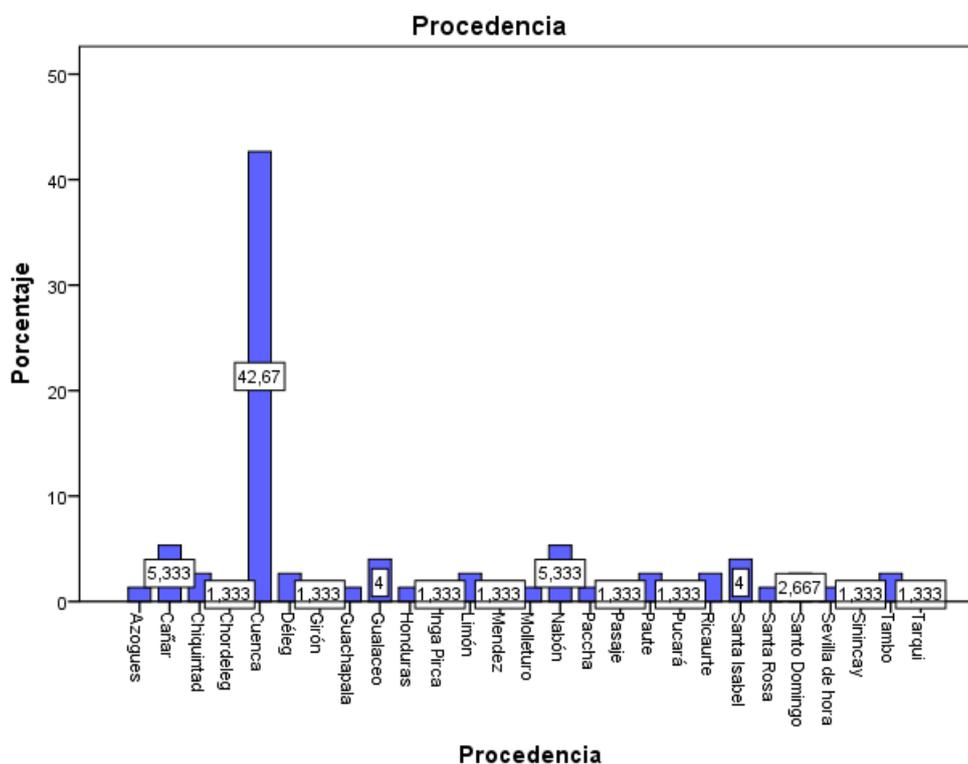
Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	51	68,0	68,0	68,0
	Femenino	24	32,0	32,0	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

### **Importancia del estudio**

El 68% de la muestra de estudio son hombres y un 32% son mujeres.

En cuanto a la procedencia y promedio de edad, se tiene que:

Gráfico 5 Procedencia y promedio de edad de la muestra de estudio elaborado



P. Muñoz, 2016

Tabla 6 Datos estadísticos por edad de la muestra de estudio

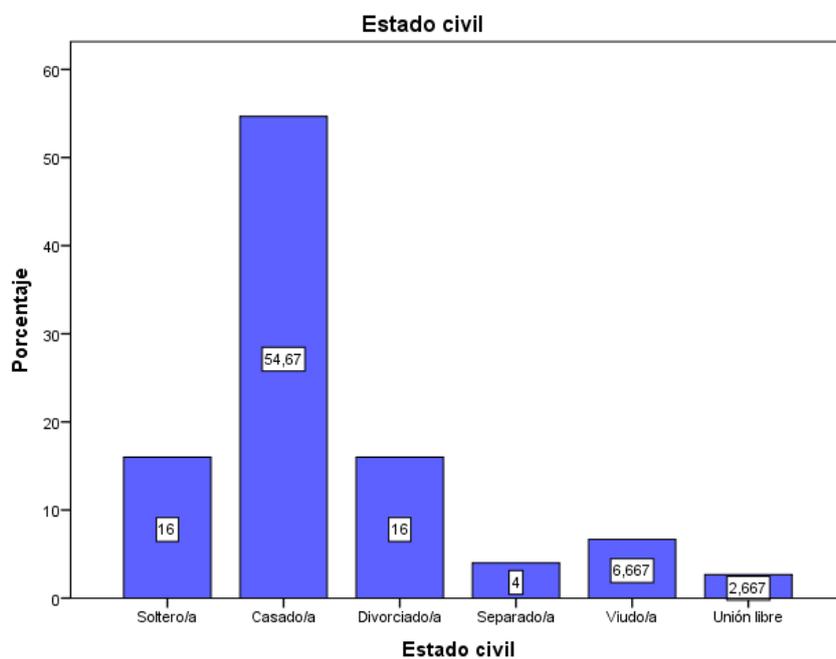
Edad		
Edad		
N	Válidos	75
	Perdidos	0
Media		57,91

### Importancia del estudio

La procedencia en su mayoría son cuencanos, con una edad promedio de 58 años.

En cuanto al estado civil, se tiene que:

**Gráfico 6 Estado civil de la muestra de estudio.**



Elaborado por P. Muñoz, 2016

**Tabla 7 Datos estadísticos del estado civil**

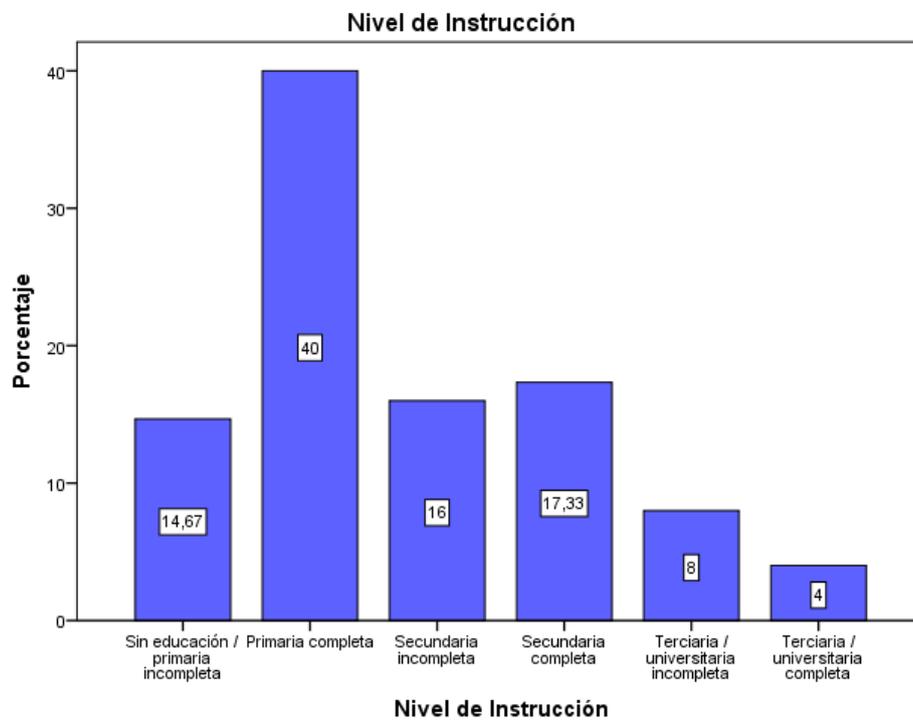
<i>Estado civil</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Soltero/a	12	16,0	16,0	16,0
	Casado/a	41	54,7	54,7	70,7
	Divorciado/a	12	16,0	16,0	86,7
Válidos	Separado/a	3	4,0	4,0	90,7
	Viudo/a	5	6,7	6,7	97,3
	Unión libre	2	2,7	2,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

## Importancia del estudio

En su gran mayoría, con un 54,67% son casados, seguido de 16% que son solteros o están divorciados.

Los niveles de instrucción de la muestra de estudio, revelan lo siguiente:

*Gráfico 7 Nivel de Instrucción de la muestra de estudio*



. Elaborado por P. Muñoz, 2016

**Tabla 8** Datos estadísticos del nivel de instrucción de la muestra de estudio.

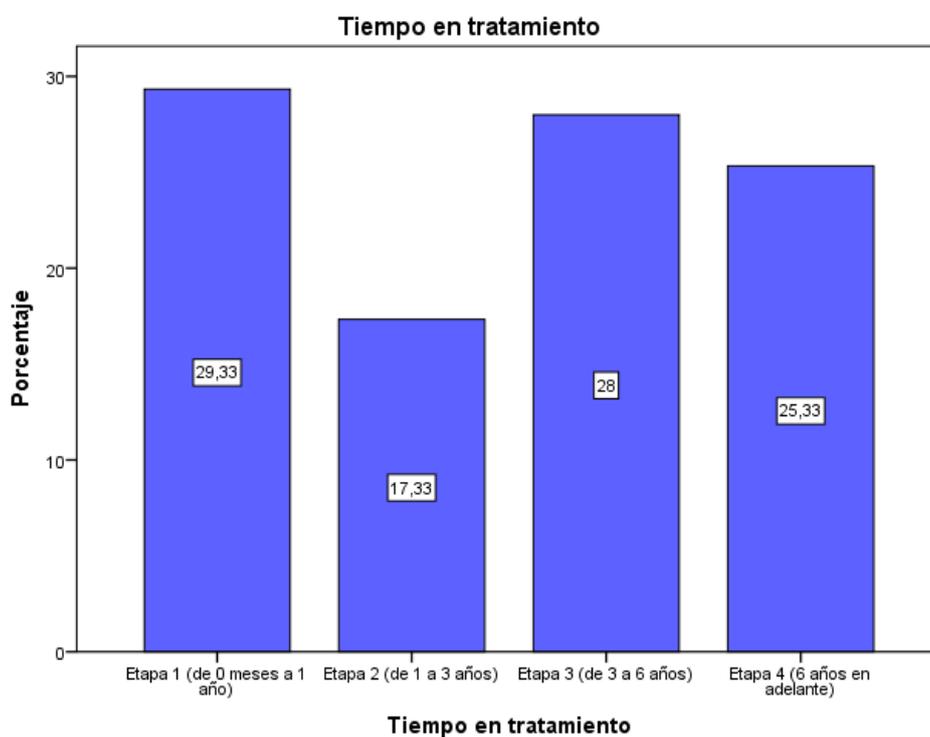
<i>Nivel de Instrucción</i>					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	Sin educación / primaria incompleta	11	14,7	14,7	14,7
	Primaria completa	30	40,0	40,0	54,7
	Secundaria incompleta	12	16,0	16,0	70,7
	Secundaria completa	13	17,3	17,3	88,0
	Terciaria / universitaria incompleta	6	8,0	8,0	96,0
	Terciaria / universitaria completa	3	4,0	4,0	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

### **Importancia del estudio**

La mayoría, con un 40%, tienen la primaria completa, seguida de un 17,33% que tienen secundaria completa y un 16% que tienen secundaria incompleta.

El tiempo que están en tratamiento, son bastante homogéneos y se muestran a continuación:

*Gráfico 8 Tiempo de tratamiento de la muestra de estudio*



*Elaborado por P. Muñoz.*

*Tabla 9 Datos estadísticos del tiempo en tratamiento de la muestra de estudio*

<i>Tiempo de tratamiento</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Etapa 1 (de 0 meses a 1 año)	22	29,3	29,3	29,3
Etapa 2 (de 1 a 3 años)	13	17,3	17,3	46,7
Etapa 3 (de 3 a 6 años)	21	28,0	28,0	74,7
Etapa 4 (6 años en adelante)	19	25,3	25,3	100,0
Total	75	100,0	100,0	

## Importancia del estudio

Se ha separado en 4 etapas que se describen de la siguiente manera:

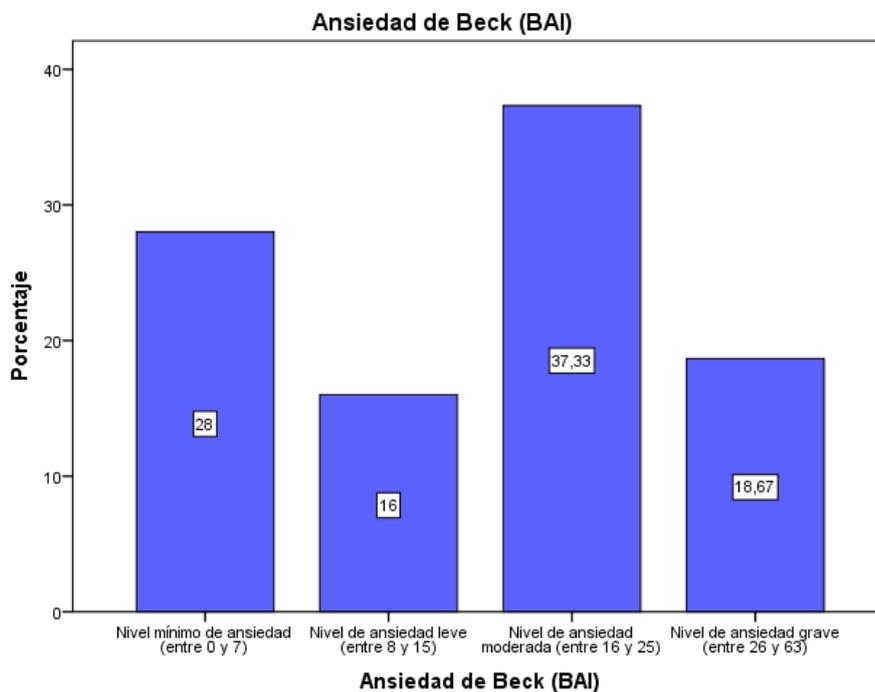
- Etapa 1: Están pacientes con un tiempo de tratamiento de 0 meses a 1 año.
- Etapa 2: Están pacientes con un tiempo de tratamiento de 1 a 3 años.
- Etapa 3: Están pacientes con un tiempo de tratamiento de 3 a 6 años.
- Etapa 4: Están pacientes con un tiempo de tratamiento de 6 años en adelante.

Como se observa en el gráfico, existe un grupo bastante homogéneo en cuanto al tiempo que están en tratamiento, habiendo una pequeña mayoría en la Etapa 1 con un 29.33%, seguido por la Etapa 3 con un 28%.

## Test de Ansiedad de Beck (BAI).

Las pruebas para medir la Ansiedad de Beck, indican lo siguiente:

*Gráfico 9 Ansiedad de Beck (BAI).*



*Elaborado por P. Muñoz, 2016*

*Tabla 10 Datos estadísticos de Ansiedad de Beck (BAI) en la muestra de estudio.*

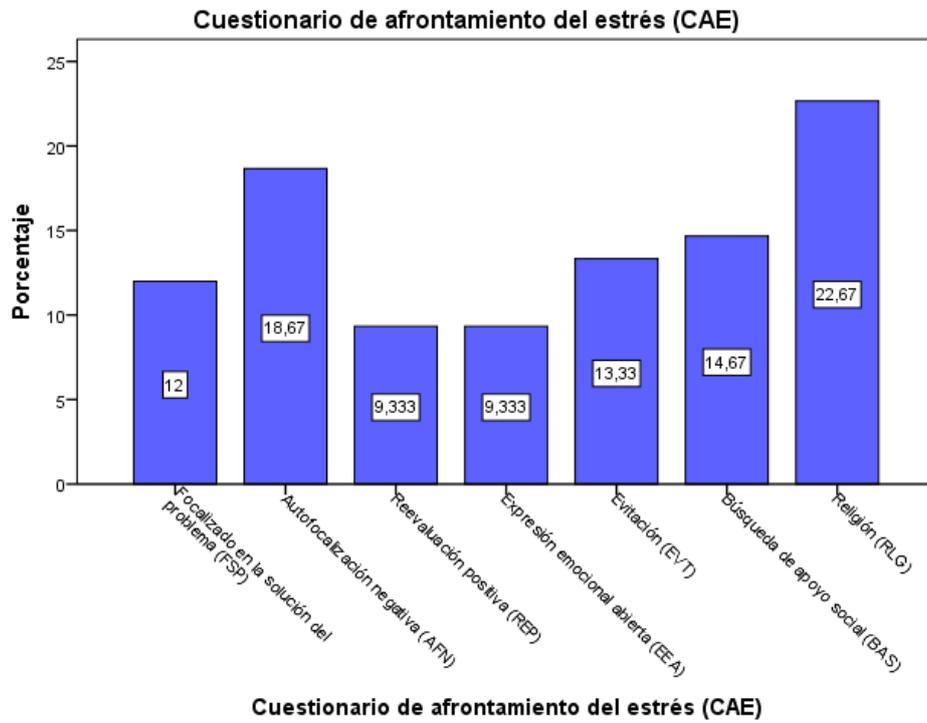
<i>Ansiedad de Beck (BAI)</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Nivel mínimo de ansiedad (entre 0 y 7)	21	28,0	28,0
	Nivel de ansiedad leve (entre 8 y 15)	12	16,0	44,0
Válidos	Nivel de ansiedad moderada (entre 16 y 25)	28	37,3	81,3
	Nivel de ansiedad grave (entre 26 y 63)	14	18,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0

### **Importancia del estudio**

La mayoría de la muestra de estudio, con un 37,33%, presenta niveles de ansiedad moderada, seguida por un importante 28% que presentan niveles mínimos de ansiedad.

## Cuestionario de Afrontamiento del Estrés.

Gráfico 10 Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE).



Elaborado por P. Muñoz, 2016

*Tabla 11 Datos estadísticos del cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)*

<b>Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Focalizado en la solución del problema (FSP)	9	12,0	12,0
	Autofocalización negativa (AFN)	14	18,7	30,7
	Reevaluación positiva (REP)	7	9,3	40,0
Válidos	Expresión emocional abierta (EEA)	7	9,3	49,3
	Evitación (EVT)	10	13,3	62,7
	Búsqueda de apoyo social (BAS)	11	14,7	77,3
	Religión (RLG)	17	22,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0

### **Importancia del estudio**

El Cuestionario de afrontamiento del estrés, indica que la mayoría en la muestra de estudio, con un 22,67%, afronta el estrés por medio de la Religión; el 18,67% con una Autofocalización negativa; el 14,67% con la Búsqueda de apoyo social (las demás obtienen datos porcentuales muy por debajo).

### **3.4 Relaciones estadísticas entre las variables en estudio**

A continuación se presentarán varias relaciones estadísticas para describir más detalladamente el estudio y, con ello, cumplir los objetivos del presente trabajo.

Para el cumplimiento de este objetivo en algunos casos, será necesario aplicar la herramienta estadística Chi-cuadrado, que es una prueba de independencia entre dos variables cualitativas.

Regla de decisión: Para decidir en una prueba de Chi-cuadrado, se pondrán a prueba de independencia dos variables; es decir, la hipótesis nula será que las dos variables en cuestión son independientes. Para decidir se basará en el valor de Chi-cuadrado que el sistema SPSS arroje siempre con un nivel de confianza del 95%.

Si el valor de la significancia asintótica bilateral (valor p) es mayor a 0.05, se acepta la hipótesis nula.

Si el valor de la significancia asintótica bilateral (valor p) es menor a 0,05, se rechaza la hipótesis nula; es decir, las dos variables son dependientes.

## Relación entre la etapa del tratamiento de hemodiálisis y los estilos de afrontamiento que utilizan los pacientes en cada etapa.

*Tabla 12 Datos estadísticos de contingencia tiempo en tratamiento \* Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)*

Tiempo en tratamiento		Tiempo en tratamiento				Total
		Etapa 1 (de 0 meses a 1 año)	Etapa 2 (de 1 a 3 años)	Etapa 3 (de 3 a 6 años)	Etapa 4 (6 años en adelante)	
Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)	Focalizado en la solución del problema (FSP)		23,1%	19,0%	10,5%	12,0%
	Autofocalización negativa (AFN)	50,0%	7,7%	4,8%	5,3%	18,7%
	Reevaluación positiva (REP)		30,8%	14,3%		9,3%
	Expresión emocional abierta (EEA)	4,5%	15,4%	19,0%		9,3%
	Evitación (EVT)	27,3%	15,4%		10,5%	13,3%
	Búsqueda de apoyo social (BAS)	18,2%		19,0%	15,8%	14,7%
	Religión (RLG)		7,7%	23,8%	57,9%	22,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

### Importancia del estudio

En las distintas etapas de tratamiento, se pueden identificar varios tipos de afrontamiento que utilizan los pacientes; el cuadro anterior revela que:

- En la Etapa 1 de tratamiento (de 0 meses a 1 año), la mayoría de las personas, que están en esa etapa, con el 50%, utilizan la Autofocalización Negativa (AFN). Al contrario, nadie en la etapa 1 está Focalizado en la solución del problema, ni Reevaluación positiva ni Religión.
- En la Etapa 2 de tratamiento (de 1 a 3 años), la mayoría de las personas, que están en esta etapa, con el 30,80%, utilizan la Reevaluación positiva. Al contrario, nadie en la etapa 2, tiene Búsqueda de apoyo social.
- En la Etapa 3 de tratamiento (de 3 a 6 años), la mayoría de las personas, que están en esta etapa, con un 23,80%, utilizan la Religión. En esta etapa se observa más variedad en el afrontamiento del estrés, ya que, como se observa en el cuadro anterior, hay importante presencia de FSP, EEA y EVT.

- Finalmente, en la Etapa 4 de tratamiento (de 6 años en adelante), es contundente que los pacientes utilizan la Religión con un 57,9%.

En cuanto a la relación estadística existente, entre las dos variables, se utilizará la herramienta chi-cuadrado descrita anteriormente.

Prueba de hipótesis de independencia “Chi-Cuadrado”

Ho: El tiempo en tratamiento del paciente es independiente de la forma de afrontamiento del estrés de los mismos.

Ha: El tiempo en tratamiento del paciente no es independiente de la forma de afrontamiento del estrés de los mismos.

*Tabla 13 Datos estadísticos de pruebas de chi – cuadrado*

<i>Pruebas de chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	62,242	18	,000
N de casos válidos	75		

**Conclusión:** Al ser el valor p 0.000 menor al nivel de significancia de 0.05, el resultado si es estadísticamente significativo, es decir, no se acepta la hipótesis nula de independencia, y por lo tanto se concluye que las variables “Tiempo en tratamiento” y “CAE” son dependientes, si existe relación entre ellas.

El valor de 0.05 (nivel de significancia) es un valor establecido de acuerdo al nivel de confianza que este caso es del 95%.

**Relación entre la etapa del tratamiento de hemodiálisis y los niveles de ansiedad en cada etapa.**

*Tabla 14 Datos estadísticos de contingencia de porcentaje de tiempo en tratamiento \* Ansiedad de Beck (BAI)*

		Tiempo en tratamiento				Total
		Etapa 1 (de 0 meses a 1 año)	Etapa 2 (de 1 a 3 años)	Etapa 3 (de 3 a 6 años)	Etapa 4 (6 años en adelante)	
Ansiedad de Beck (BAI)	Nivel mínimo de ansiedad (entre 0 y 7)	27,3%	46,2%	23,8%	21,1%	28,0%
	Nivel de ansiedad leve (entre 8 y 15)	9,1%	15,4%	23,8%	15,8%	16,0%
	Nivel de ansiedad moderada (entre 16 y 25)	31,8%	15,4%	42,9%	52,6%	37,3%
	Nivel de ansiedad grave (entre 26 y 63)	31,8%	23,1%	9,5%	10,5%	18,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En las distintas etapas de tratamiento, se pueden identificar también varios niveles de ansiedad, por lo que, basándose en el cuadro anterior se tiene:

- Los niveles mínimos de ansiedad se presentan en su mayoría durante la etapa 2 (de 1 a 3 años).
- Los niveles de ansiedad leve, se presentan generalmente durante la etapa 3 (de 3 a 6 años).
- Los niveles de ansiedad moderada, se presentan generalmente durante la etapa 4 (de 6 años en adelante).
- Los niveles de ansiedad grave, suelen presentarse durante la etapa 1 de tratamiento (de 0 meses a 1 año).

En cuanto a la relación estadística existente, entre las dos variables, se utilizará la herramienta chi-cuadrado descrita anteriormente.

### Prueba de hipótesis de independencia “Chi-Cuadrado”

Ho: El tiempo en tratamiento del paciente es independiente de los niveles de ansiedad de los mismos.

Ha: El tiempo en tratamiento del paciente no es independiente de los niveles de ansiedad de los mismos.

*Tabla 15 Datos estadísticos de pruebas de chi-cuadrado de la muestra de estudio*

<i>Pruebas de chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,462	9	,314
N de casos válidos	75		

Conclusión: Al ser el valor p 0.314 mayor al nivel de significancia de 0.05, el resultado no es significativo, es decir, se acepta la hipótesis nula de independencia, y por lo tanto concluimos que las variables “Tiempo en tratamiento” y “niveles de ansiedad” son independientes, no existe relación entre ellas.

El valor de 0.05 (nivel de significancia) es un valor establecido de acuerdo al nivel de confianza que este caso es del 95%.

## Relación entre los estilos de afrontamiento y los niveles de ansiedad en cada etapa.

En este punto se pretende analizar qué estilos de afrontamiento causan niveles mayores o menores de ansiedad.

**Tabla 16** Datos estadísticos de contingencia Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) \* Ansiedad de Beck (BAI)

		Ansiedad de Beck (BAI)				Total
		Nivel mínimo de ansiedad (entre 0 y 7)	Nivel de ansiedad leve (entre 8 y 15)	Nivel de ansiedad moderada (entre 16 y 25)	Nivel de ansiedad grave (entre 26 y 63)	
Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)	Focalizado en la solución del problema (FSP)	55,6%	11,1%	11,1%	22,2%	100,0%
	Autofocalización negativa (AFN)	42,9%	14,3%	35,7%	7,1%	100,0%
	Reevaluación positiva (REP)	28,6%		57,1%	14,3%	100,0%
	Expresión emocional abierta (EEA)		42,9%	28,6%	28,6%	100,0%
	Evitación (EVT)	10,0%	20,0%	40,0%	30,0%	100,0%
	Búsqueda de apoyo social (BAS)	27,3%	9,1%	36,4%	27,3%	100,0%
	Religión (RLG)	23,5%	17,6%	47,1%	11,8%	100,0%
	Total	28,0%	16,0%	37,3%	18,7%	100,0%

El cuadro anterior, detalla bastante bien los niveles de ansiedad que presentan los pacientes con cada uno de los estilos de afrontamiento del estrés, a continuación se presentará un resumen de los hallazgos de cada uno de los estilos de afrontamiento:

1. Focalizado en la solución del problema: La mayoría presenta niveles mínimos de ansiedad con un 55,60%.
2. Autofocalización negativa: La mayoría presenta niveles mínimos de ansiedad con un 42,90%.
3. Reevaluación positiva: La mayoría presenta niveles de ansiedad moderados con un 57,10%.

4. Expresión emocional abierta: La mayoría presenta niveles de ansiedad leves con un 42,90%.
5. Evitación: La mayoría presenta niveles de ansiedad moderados con un 40%.
6. Búsqueda de apoyo social: La mayoría presenta niveles de ansiedad moderados con un 36,40%.
7. Religión: La mayoría presenta niveles de ansiedad moderados con un 47,10%.

Analizando desde otra perspectiva, se puede decir que:

**Tabla 17** Tabla de contingencia Ansiedad de Beck (BAI) \* Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)

		Ansiedad de Beck (BAI)				Total
		Nivel mínimo de ansiedad (entre 0 y 7)	Nivel de ansiedad leve (entre 8 y 15)	Nivel de ansiedad moderada (entre 16 y 25)	Nivel de ansiedad grave (entre 26 y 63)	
Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)	Focalizado en la solución del problema (FSP)	23,8%	8,3%	3,6%	14,3%	12,0%
	Autofocalización negativa (AFN)	28,6%	16,7%	17,9%	7,1%	18,7%
	Reevaluación positiva (REP)	9,5%		14,3%	7,1%	9,3%
	Expresión emocional abierta (EEA)		25,0%	7,1%	14,3%	9,3%
	Evitación (EVT)	4,8%	16,7%	14,3%	21,4%	13,3%
	Búsqueda de apoyo social (BAS)	14,3%	8,3%	14,3%	21,4%	14,7%
	Religión (RLG)	19,0%	25,0%	28,6%	14,3%	22,7%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

- Las personas que tienen niveles mínimas de ansiedad, presentan un estilo de afrontamiento del estrés “Autofocalización negativa”.
- Las personas que tienen niveles de ansiedad leve, presentan un estilo de afrontamiento del estrés “Expresión emocional abierta” y “Religión”.
- Las personas que tienen niveles de ansiedad moderada, presentan un estilo de afrontamiento del estrés “Religión”.

- Las personas que tienen niveles de ansiedad graves, presentan un estilo de afrontamiento del estrés “Evitación” y “Búsqueda de apoyo social”.

**Relación entre los estilos de afrontamiento del estrés y las variables socio-demográficas: sexo, instrucción y estado civil.**

*Tabla 18 Datos estadísticos de estilo de afrontamiento del estrés – Sexo*

<i>Estilo de afrontamiento del estrés – Sexo</i>		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)	Focalizado en la solución del problema (FSP)	66,7%	33,3%	100,0%
	Autofocalización negativa (AFN)	71,4%	28,6%	100,0%
	Reevaluación positiva (REP)	57,1%	42,9%	100,0%
	Expresión emocional abierta (EEA)	57,1%	42,9%	100,0%
	Evitación (EVT)	90,0%	10,0%	100,0%
	Búsqueda de apoyo social (BAS)	72,7%	27,3%	100,0%
	Religión (RLG)	58,8%	41,2%	100,0%
	<b>Total</b>	<b>68,0%</b>	<b>32,0%</b>	<b>100,0%</b>

Como se observa en el cuadro anterior, se ha dividido cada uno de los estilos de afrontamiento, de acuerdo al sexo de los pacientes y se tiene que, por ejemplo, los pacientes que tienen un estilo afrontamiento “focalizado en la solución del problema” el 66,7% son hombres y el 33,3% son mujeres y así sucesivamente con los 7 estilos; en cuanto a la prueba estadística chi-cuadrado, se tiene lo siguiente:

*Tabla 19 Datos estadísticos de Pruebas de chi-cuadrado*

<i>Pruebas de chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,836	6	,699
N de casos válidos	75		

Aplicando la misma regla de decisión, se concluye que las variables Estilos de afrontamiento del estrés y Sexo del paciente, no tienen relación de dependencia.

*Tabla 20 Datos estadísticos de estilos de afrontamiento del estrés – Nivel de instrucción.*

Estilos de afrontamiento del estrés – Nivel de instrucción		Nivel de Instrucción					Total	
		Sin educación / primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Terciaria / universitaria incompleta		Terciaria / universitaria completa
Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)	Focalizado en la solución del problema (FSP)		44,4%	11,1%	11,1%	33,3%	100,0%	
	Autofocalización negativa (AFN)	7,1%	21,4%	21,4%	42,9%	7,1%	100,0%	
	Reevaluación positiva (REP)	14,3%	42,9%		28,6%	14,3%	100,0%	
	Expresión emocional abierta (EEA)	28,6%	57,1%			14,3%	100,0%	
	Evitación (EVT)		50,0%	20,0%	20,0%		10,0%	100,0%
	Búsqueda de apoyo social (BAS)		45,5%	27,3%	9,1%	9,1%	9,1%	100,0%
	Religión (RLG)	41,2%	35,3%	17,6%	5,9%			100,0%
Total	14,7%	40,0%	16,0%	17,3%	8,0%	4,0%	100,0%	

En este cuadro se detallan los estilos de afrontamiento del estrés de acuerdo al nivel de instrucción, por ejemplo, los que tienen el estilo Focalización en la solución del problema, la mayoría tienen un nivel de instrucción de primaria completa; los que tienen Autofocalización negativa, la mayoría tienen un nivel de instrucción de secundaria completa y así sucesivamente.

**Tabla 21 Pruebas de chi-cuadrado**

<i>Pruebas de chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,561	30	,050
N de casos válidos	75		

En cuanto a la relación estadística chi-cuadrado, se concluye que las dos variables (estilo de afrontamiento y nivel de instrucción) si tienen relación de dependencia.

**Tabla 22 Datos estadísticos de estilos de afrontamiento – Estado civil**

<i>Estilos de afrontamiento – Estado civil</i>		Estado civil					Unión libre	Total
		Soltero/ a	Casado/a	Divorciado/ a	Separado/ a	Viudo/a		
Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)	Focalizado en la solución del problema (FSP)	22,2%	55,6%	22,2%				100,0%
	Autofocalización negativa (AFN)	14,3%	50,0%	21,4%	7,1%	7,1%		100,0%
	Reevaluación positiva (REP)	28,6%	57,1%		14,3%			100,0%
	Expresión emocional abierta (EEA)	28,6%	57,1%			14,3%		100,0%
	Evitación (EVT)		60,0%	30,0%			10,0%	100,0%
	Búsqueda de apoyo social (BAS)	27,3%	45,5%	18,2%		9,1%		100,0%
	Religión (RLG)	5,9%	58,8%	11,8%	5,9%	11,8%	5,9%	100,0%
Total		16,0%	54,7%	16,0%	4,0%	6,7%	2,7%	100,0%

En este cuadro se detallan los estilos de afrontamiento del estrés de acuerdo al estado civil en el que se tiene la novedad de en todos los estilos de afrontamiento, la mayoría de las personas están casadas; esto se debe al número tan alto de encuestados casados que tiene la muestra.

**Tabla 23 Pruebas de chi-cuadrado**

<i>Pruebas de chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,592	30	,900
N de casos válidos	75		

Como se muestra en la prueba chi-cuadrado las dos variables no tienen relación.

**Relación entre los niveles de ansiedad y las variables socio-demográficas: sexo, instrucción y estado civil.**

**Tabla 24 Datos estadísticos del nivel de ansiedad – Sexo**

<i>Nivel de ansiedad – Sexo</i>				
		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Ansiedad de Beck (BAI)	Nivel mínimo de ansiedad (entre 0 y 7)	66,7%	33,3%	100,0%
	Nivel de ansiedad leve (entre 8 y 15)	58,3%	41,7%	100,0%
	Nivel de ansiedad moderada (entre 16 y 25)	64,3%	35,7%	100,0%
	Nivel de ansiedad grave (entre 26 y 63)	85,7%	14,3%	100,0%
Total		68,0%	32,0%	100,0%

Como se observa en el cuadro anterior, se ha dividido cada uno de los niveles de ansiedad de acuerdo al sexo de los pacientes y se tiene que, por ejemplo, los pacientes que tienen mínimos de ansiedad, el 66,7% son hombres y el 33,3% son mujeres y así sucesivamente con los 4 niveles de ansiedad; en cuanto a la prueba estadística chi-cuadrado, se tiene lo siguiente:

**Tabla 25 Pruebas de chi-cuadrado**

<i>Pruebas de chi-cuadrado</i>			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,729	3	,435
N de casos válidos	75		

Aplicando la misma regla de decisión, se concluye que las variables niveles de ansiedad y Sexo del paciente, no tienen relación de dependencia.

**Tabla 26 Datos estadísticos de contingencia del % dentro de Ansiedad de Beck (BAI)**

		<i>% dentro de Ansiedad de Beck (BAI)</i>						Total
		Nivel de Instrucción						
		Sin educación / primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Terciaria / universitaria incompleta	Terciaria / universitaria completa	
Ansiedad de Beck (BAI)	Nivel mínimo de ansiedad (entre 0 y 7)		47,6%	19,0%	28,6%		4,8%	100,0 %
	Nivel de ansiedad leve (entre 8 y 15)	16,7%	41,7%		25,0%	16,7%		100,0 %
	Nivel de ansiedad moderada (entre 16 y 25)	21,4%	42,9%	21,4%	3,6%	7,1%	3,6%	100,0 %
	Nivel de ansiedad grave (entre 26 y 63)	21,4%	21,4%	14,3%	21,4%	14,3%	7,1%	100,0 %
	Total	14,7%	40,0%	16,0%	17,3%	8,0%	4,0%	100,0 %

En este cuadro se detallan los niveles de ansiedad de acuerdo al nivel de instrucción, por ejemplo, los que tienen niveles mínimos de ansiedad, la mayoría tienen un nivel de instrucción de primaria completa; los que tienen niveles de ansiedad leve, la

mayoría también tienen un nivel de instrucción de primaria completa con un 41,7% y así sucesivamente.

**Tabla 27 Pruebas de chi-cuadrado**

<i>Pruebas de chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,108	15	,257
N de casos válidos	75		

En cuanto a la relación estadística chi-cuadrado, se concluye que las dos variables (nivel de ansiedad y nivel de instrucción) no tienen relación.

**Tabla 28 Datos estadísticos de nivel de ansiedad – estado civil**

<i>Nivel de ansiedad – estado civil</i>		Estado civil						
		Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Separado/a	Viudo/a	Unión libre	Total
Ansiedad de Beck (BAI)	Nivel mínimo de ansiedad (entre 0 y 7)	14,3%	52,4%	19,0%	4,8%	9,5%		100,0%
	Nivel de ansiedad leve (entre 8 y 15)	16,7%	58,3%	16,7%		8,3%		100,0%
	Nivel de ansiedad moderada (entre 16 y 25)	17,9%	53,6%	14,3%	3,6%	7,1%	3,6%	100,0%
	Nivel de ansiedad grave (entre 26 y 63)	14,3%	57,1%	14,3%	7,1%		7,1%	100,0%
Total		16,0%	54,7%	16,0%	4,0%	6,7%	2,7%	100,0%

En este cuadro se detallan los niveles de ansiedad de acuerdo al estado civil en el que, al igual que la relación anterior, se tiene la novedad de en todos los estilos de afrontamiento, la mayoría de las personas están casadas; esto se debe al número tan alto de encuestados casados que tiene la muestra.

**Tabla 29** Datos estadísticos de *Pruebas de chi-cuadrado*

<i>Pruebas de chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,539	15	,995
N de casos válidos	75		

No existe relación de dependencia entre las dos variables

#### **4** **Discusión**

En sus estudios, Valderrama (2002), reporta una prevalencia del 50% de pacientes en proceso de hemodiálisis con síntomas ansiosos utilizando la escala de Autovaloración de Zung. El presente trabajo refleja datos similares con una prevalencia de síntomas ansiosos moderados en un 37.3% y niveles de ansiedad grave en un 18.7% con un total de prevalencia entre síntomas moderados y graves del 56%.

Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007), afirman que los pacientes que se encuentran mayor tiempo en proceso de Hemodiálisis suelen obtener puntajes altos en las estrategias de afrontamiento del problema. Específicamente en un afrontamiento activo, búsqueda de apoyo emocional y las creencias religiosas. En los resultados obtenidos en el presente estudio se evidencia que la estrategia de afrontamiento prevalente con un 22.67% lo hace por medio de la religión y búsqueda de apoyo social siendo el tercer valor más alto del estudio con un 14.67% de pacientes lo cual nos da concordancia entre los dos estudios. Sin embargo el estudio de Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007) no habla que los pacientes suelen utilizar el afrontamiento activo lo cual no se refleja en el presente estudio ya que el afrontamiento focalizado en la solución del problema, el cual sería su par, refleja apenas un 12 % de uso de los pacientes.

## 5 Conclusiones

En cuanto a las relaciones entre “Tiempo en tratamiento” y “estilos de afrontamiento” los resultados nos indican que hay una relación dependiente entre las dos. Cuando diferenciamos por etapas de tratamiento encontramos que en la etapa uno tratamiento (de 0 meses a 1 año) tienen un estilo de afrontamiento de Autofocalización Negativa (AFN). En la Etapa 2 de tratamiento (de 1 a 3 años) tienen un estilo de afrontamiento de Reevaluación positiva. En la Etapa 3 de tratamiento (de 3 a 6 años) tienen un estilo de afrontamiento de Religión. En la Etapa 4 de tratamiento (de 6 años en adelante), es contundente que los pacientes utilizan la Religión con un 57,9%.

Entre las variables “tiempo en tratamiento” y “niveles de ansiedad”, se tiene que no hay relación estadística significativa; es decir, no son dependientes. Los niveles mínimos de ansiedad se presentan en su mayoría durante la etapa 2 (de 1 a 3 años). Los niveles de ansiedad leve, se presentan generalmente durante la etapa 3 (de 3 a 6 años). Los niveles de ansiedad moderada, se presentan generalmente durante la etapa 4 (de 6 años en adelante). Los niveles de ansiedad grave, suelen presentarse durante la etapa 1 de tratamiento (de 0 meses a 1 año).

Entre las variables “estilos de afrontamiento” y “niveles de ansiedad”, se tiene que: Focalizado en la solución del problema: La mayoría presenta niveles mínimos de ansiedad con un 55,60%. Autofocalización negativa: La mayoría presenta niveles mínimos de ansiedad con un 42,90%. Reevaluación positiva: La mayoría presenta niveles de ansiedad moderados con un 57,10%. Expresión emocional abierta: La mayoría presenta niveles de ansiedad leves con un 42,90%. Evitación: La mayoría presenta niveles de ansiedad moderados con un 40%. Búsqueda de apoyo social: La mayoría presenta niveles de ansiedad moderados con un 36,40%. Religión: La mayoría presenta niveles de ansiedad moderados con un 47,10%.

Entre las variables “estilos de afrontamiento” y las variables socio-demográficas: sexo, instrucción y estado civil, se tiene que: Los estilos de afrontamiento no tienen relación con el sexo. Los estilos de afrontamiento si tienen relación con el nivel de instrucción. Los estilos de afrontamiento no tienen relación con el estado civil. Entre las variables “niveles de ansiedad” y las variables socio-demográficas: sexo, instrucción y estado civil, se tiene que: Los niveles de ansiedad no tienen relación con ninguna de las variables socio-demográficas (sexo, instrucción y estado civil).

## **6 Recomendaciones**

Después de haber realizado el estudio se recomienda que se replique en otras instituciones, en especial públicas ya que son varios los pacientes que refieren haber empezado su tratamiento ahí y refieren una calidad de vida deteriorada por la deficiencia en los servicios médicos lo cual puede afectar a los estilos de afrontamiento de los pacientes, el pronóstico y evolución de la enfermedad.

Se recomienda el abordaje a los pacientes diferenciando los tiempos en tratamiento ya que el estudio demuestra que en distintas etapas varían los estilos de afrontamiento. De igual manera el abordaje se recomienda realizar analizando el estilo de afrontamiento lo cual demuestra que varía los niveles de ansiedad lo cual afecta a la adherencia y estilo de vida del paciente.

## 7 Bibliografía

- Achucarro, S. (2014). Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención. *Revista del Instituto de Medicina Tropical*, 5(1), 20-34.
- Alarcón, A. (2004). Aspectos psicosociales del paciente renal. *Bogotá, Silueta Ediciones*, Bogotá – Colombia, 2004. Pp.68
- Alcocer, M. I. L. I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. In *Anales de medicina interna* (Vol. 24, No. 5, pp. 209-211). Arán ediciones.
- Alzamora, L. R., Isabel, J. A. C., & Bitencourt, E. R. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Amador, R., Pons, E., & Espinosa, C. (2009). Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis: la creatividad para combatirlas. In *Comunicaciones Presentadas al XXXIV Congreso Nacional SEDEN*.
- Avendaño Monje, M. J., & Barra Almagiá, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172.
- Bermeo Minchala, M. L., & Jiménez Ayora, J. V. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro Hemodial-Azogues, Azogues 2014.
- Cabrera, S. S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24(6), 27-34.
- Cañero, F. D. C. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20(3), 5.

- Contreras, F., Espinosa, J. C., & Esguerra, G. A. (2013). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y salud*, 18(2), 165-179.
- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C., & Gomez, V. (2007). Coping styles and quality of life in patients with chronic kidney disease (ckd) in treatment with haemodialysis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179.
- Contreras-Torres, F. V., Espinosa-Méndez, J. C., & Esguerra-Pérez, G. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(2), 311-322.
- Costa, Fabrycianne Gonçalves, & Coutinho, Maria da Penha de Lima. (2014). Hemodiálise E Depressão: Representação Social Dos Pacientes. *Psicologia em Estudo*, 19(4), 657- 667. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-73722381608>
- Coutinho, Maria da Penha de Lima, y Costa, Fabrycianne Gonçalves. (2015). DEPRESIÓN e insuficiencia renal crónica: UN ANÁLISIS psico *Psicología y Sociedad*, 27 (2), 449 hasta 459. Epub mayo 00, 2015. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p449>
- Chaves, E. D. C. L., Carvalho, E. C. D., Terra, F. D. S., & Souza, L. D. (2010). Clinical validation of impaired spirituality in patients with chronic renal disease. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(3), 309-316.
- Chérrez Gavilanes, A. P. (2014). Apoyo social percibido en pacientes adultos con cáncer y su influencia en la depresión en la unidad oncológica solca-tungurahua, en el período 2013.

- Chorot, b. S. Y. P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (cae): desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-54.
- Flores, J. C., Alvo, M., Borja, H., Morales, J., Vega, J., Zúñiga, C., ... & Münzenmayer, J. (2009). Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Revista médica de Chile*, 137(1), 137-177.
- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., & Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de medicina forense*, (30), 39-50.
- Guerra Guerrero, V. T., Díaz Mujica, A. E., & Vidal Albornoz, K. (2010). La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 0-0.
- Góngora, M. D. M. A. (2015). Calidad de vida, enfermedad y hospitalización. *BIG BANG FAUSTINIANO*, 4(2).
- Gafo, J., & Aguirre, J. L. (2000). *Deficiencia mental y final de la vida* (No. 4). Univ Pontificia Comillas.
- Harrison, R. (2009). *Principios de Medicina Interna*. McGraw Hill.
- Hernández, P. A. A., López, L. C. C., & Anacona, C. A. R. (2009). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. *Revista Colombiana de psicología*, 17, 9-26.

- López Ibor, M. I. (2007, May). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. In *Anales de Medicina Interna* (Vol. 24, No. 5, pp. 209-211). Arán Ediciones, SL.
- López Soto, P. J. (2012). Calidad de vida en el paciente pediátrico con Enfermedad Renal Crónica. *Enfermería Nefrológica*, 15(4), 243-254.
- Lorenzo, V., & Martín Urcuyo, B. (2000). Análisis epidemiológico del incremento de insuficiencia renal terminal asociada a diabetes mellitus tipo 2. *Nefrología*, 20(Supl 5), 77-81.
- Macías, A. B. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3).
- Mejía, C. H. (2014). Insuficiencia renal aguda.ç
- Merk Sharp & Dohme. Trastornos del *Riñón y de las vías urinarias – Insuficiencia Renal*. Sección 11 – Capitulo 123, Madrid – España – 2015.
- Meza Dávalos, E. G., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L., Sauri Suárez, S., & Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- Miyahira Arakaki, J. M. (2003). Insuficiencia renal aguda. *Revista Médica Herediana*, 14(1), 36-43.
- Morales-Jaimes, R., Salazar-Martínez, E., Flores-Villegas, F. J., Bochicchio-Riccardelli, T., López-Caudana, A. E., Martínez-Salazar, B., ... & Vázquez-Martínez, J. L. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes

con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. *Gac Med Mex*,144(2), 91-8.

- Navlet Salvatierra, M. D. R. (2012). Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes.
- Olivares, r. G. Duelo anticipado por enfermedad tesina. México D.F. 2014
- Osorio, A. G., Rosero, M. Y. T., Ladino, A. M. M., Garcés, C. A. V., & Rodríguez, S. P. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*,15(1), 128-143.
- Páez, A., Jofré, M., & de Bortoli, M. Á. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8(1), 117-124.
- Perales-Montilla, C. M., García-León, A., & Reyes-del Paso, G. A. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología (Madrid)*, 32(5), 622-630.
- Perales-Montilla, C. M., Duschek, S., & Reyes-del Paso, G. A. (2013). Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. *Nefrología (Madrid)*, 33(6), 816-825.
- Pérez, L. E. C., & González, E. H. V. (2006). Comparación de tres perspectivas en la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia: Paciente, Familiar y Médico tratante.

- Porth, C. (2008). *Fisiopatología Salud - Enfermedad: Un Enfoque Conceptual* (7ª ed.). Panamericana
- Proaño, D. M. T., Córdova, M. G. V., & Castro, M. G. P. Estudio De Los Problemas En Las Relaciones Afectivas Como Un Factor De Riesgo De La Insuficiencia Renal Crónica En Los Pacientes De La Unidad De Diálisis.
- Pupiales Guamán, A. M. (2013). Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del hospital provincial docente Ambato, en el período comprendido entre enero y marzo del 2012.
- Quiceno, Japcy Margarita, & Vinaccia, Stefano. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336. Retrieved February 10, 2016, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982009000200009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982009000200009&lng=en&tlng=es).
- Urzúa, A., Pavlov, R., Cortés, R., & Pino, V. (2011). Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados. *Terapia psicológica*, 29(1), 135-140.
- Valderrama, F. G., fajardo, c., guevara, R., pérez, V. G., & hurtado, A. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*, 22(3), 244-52.
- Vigoa, A. V., Santana, R. Á., Álvarez, N. M. C., Arias, M. A. F., Rosabal, A. M., & Cruz, A. V. (2009). La hipertensión arterial como causa de enfermedad renal crónica mediante estudios de protocolos de necropsia. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 21(1), 17-22.

- Vinaccia, Stefano, & Orozco, Lina María. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137. Retrieved February 10, 2016.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., & Zapata, M. (2014). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15(2), 207-220.

## **8 Anexos**

### **Anexo 1**

Cuestionario de Afrontamiento de Estrés

### **Anexo 2**

Inventario de Ansiedad de Beck

### **Anexo 3**

Ficha Socio – Demográfica

# ANEXO I

## CAE

### Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre ..... Edad ..... Sexo .....

**Instrucciones:** En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.....	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal .....	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema .....	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás .....	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas .....	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía .....	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia .....	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.....	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas .....	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema .....	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas .....	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.....	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema .....	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.).....	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo.....	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema .....	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás .....	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás.....	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema.....	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.....	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema .....	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema .....	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación .....	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes .....	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas.....	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema .....	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal .....	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación.....	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas .....	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema.....	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga» .....	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente.....	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema .....	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir .....	0	1	2	3	4
35. Recé .....	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema .....	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran.....	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor .....	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos .....	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo .....	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos .....	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar .....	0	1	2	3	4

## Inventario de Ansiedad de Beck ( BAI )

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

Señale una respuesta en cada uno de los 21 rubros

	Poco o Nada (0)	Más o Menos (1)	Moderadamente (2)	Severamente (3)
--	--------------------	--------------------	----------------------	--------------------

1.- Entumecimiento, Hormigueo				
2.- Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3.- Debilitamiento de las piernas				
4.- Dificultad para relajarse				
5.- Miedo a que pase lo peor				
6.- Sensación de mareo				
7.- Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
8.- Inseguridad				
9.- Terror				
10.- Nerviosismo				
11.- Sensación de ahogo				
12.- Manos temblorosas				
13.- Cuerpo tembloroso				
14.- Miedo a perder el control				
15.- Dificultad para respirar				
16.- Miedo a morir				
17.- Asustado				
18.- Indigestión o malestar estomacal				
19.- Debilidad				
20.- Ruborizarse, Sonrojamiento				
21.- Sudoración no debida al calor				

No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25 y en sujetos normales es de 15.

## FICHA SOCIODEMOGRAFICA

Datos del paciente.

Procedencia:

Residencia:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

Tiempo en tratamiento de hemodiálisis:

Nivel de Instrucción:

1 Sin educación/ Primaria Incompleta	
2 Primaria completa	
3 Secundaria incompleta	
4 Secundaria completa	
5 Terciaria / universitaria incompleta	
6 Terciaria / universitaria completa	

Estado civil:

1. Soltero/a	
2. Casado/a	
3. Divorciado/a	
4. Separado/a	
5. Viudo/a	
6. Unión libre	