

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO**



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN INICIO Y PACIENTES CON MAS DE 2 AÑOS DE
HEMODIALISIS EN UN HOSPITAL ESTATAL
CHICLAYO 2013**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGIA**

PEREZ RIOJA CLAUDIA MARIA

SANTAMARIA ALBUJAR ESTEFANY NOEMI

Chiclayo, 10 de Noviembre de 2014

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN INICIO Y
PACIENTES CON MÁS DE 2 AÑOS DE HEMODIÁLISIS EN
UN HOSPITAL ESTATAL CHICLAYO 2013**

Por

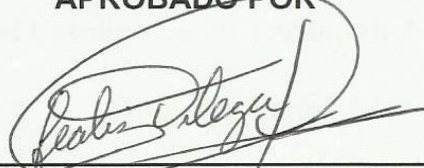
Bach. Pérez Rioja Claudia María

Bach. Santamaría Albuja Estefany Noemí

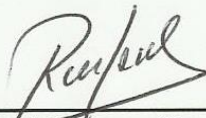
**Presentada a la Facultad de Medicina- Escuela de Psicología de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:**

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

APROBADO POR



**Ps. Beatriz Ortega Pauta
Presidente del Jurado**



**Dr. Victor Alvitres Castillo
Secretario del Jurado**



**Mg. Blanca Mariana Rojas Jiménez
Vocal del Jurado**

CHICLAYO, 2014

Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio y
pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un hospital estatal Chiclayo 2013

Pérez Rioja Claudia María

Santamaría Albuja Estefany Noemí

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Chiclayo, Perú

Estrategias de afrontamiento	2
------------------------------	---

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Estrategias de afrontamiento	7
Antecedentes	7
Marco teórico	10
Marco conceptual	25
Variables e hipótesis	28
Formulación de hipótesis	29
Método	
Tipo de estudio	30
Diseño de investigación	30
Población	30
Criterios de selección	31
Procedimiento	32
Instrumentos	32
Aspectos éticos	33
Procesamiento y análisis de datos	33
Resultados	34
Discusión	36
Conclusiones	40
Recomendaciones	41
Referencias bibliográficas	42
Apéndice	47

Resumen

El propósito de este estudio fue determinar la diferencia que existe entre Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio de hemodiálisis y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un hospital estatal Chiclayo 2013. Para ello se utilizó el instrumento de estimación de afrontamiento COPE. Se trabajó con una población diana, la cual consta de 80 pacientes con insuficiencia renal, elegidos por intervalo de tiempo. Se encontró que existe diferencia significativa en 3 estrategias: Afrontamiento directo, retracción y reinterpretación positiva. Asimismo, se identificó que la estrategia más utilizada por los pacientes que inician el tratamiento es retorno a la religión, mientras que las estrategias más utilizadas por los pacientes con más de 2 años en el tratamiento fueron reinterpretación positiva y retorno a la religión.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, insuficiencia renal, hemodiálisis.

Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un hospital estatal Chiclayo 2013

La Insuficiencia Renal Crónica es un problema de salud alarmante afectando a la población mundial, debido a su alta incidencia en los últimos años. Esta enfermedad constituye en la actualidad un importante problema de salud pública y la manifestación más avanzada de la misma es la necesidad del tratamiento sustituto de la función renal, conocido como diálisis.

Hernando (2008) expresa que alrededor del 85% de la población de medianos y bajos recursos presentan mayor deterioro de la enfermedad renal debido a que el tratamiento depende de por lo menos dos variables, primero la facilidad de acceso y comunicación con centros de tratamiento, lo cual puede ser extraordinariamente difícil en pacientes que viven en el medio rural, y segundo de la disponibilidad de recursos estatales para el suministro de este tratamiento.

Segarra (2006) define insuficiencia renal como la pérdida lenta y progresiva de la filtración glomerular, la cual normalmente es de 125mL/ min: cuando esta desciende por debajo de 30mL/ min: es aquí donde aparecen las complicaciones, y cuando este desciende de 5-10mL/ min: se empieza el tratamiento que sustituye al riñón, llamado diálisis.

Por otro lado, según Valderrama (2008) en los centros estatales de salud de Chiclayo se ha incrementado el número de personas que padecen esta enfermedad, de lo que hasta el año 2007 eran 5 ingresos al mes, ascendieron de 10 a 12 ingresos de pacientes con insuficiencia renal crónica al mes.

Los pacientes con insuficiencia renal sufren diversos cambios emocionales, tales como ansiedad y depresión, cambios en su rutina de vida, en el sentido de que si era una persona activa en el ámbito laboral, se tornan dependientes de acompañantes o cuidadores a consecuencia de su inestabilidad emocional, razón por la cual deben ser alentados en

repetidas ocasiones para continuar el tratamiento de hemodiálisis. Estos aspectos señalan que el paciente manifiesta diferentes estrategias de afrontamiento, las que serían importante conocer considerando que las estrategias que pudieran utilizar los pacientes que inician tratamiento, podrían ser diferentes en aquellos que tienen más de dos años dializándose, ya que se aprecia que en la mayoría de los casos se evidencian síntomas de abandono y desamparo. Ante dicha situación problemática, se formuló la siguiente interrogante: ¿Existe diferencia entre las estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en inicio de hemodiálisis y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un hospital estatal Chiclayo 2013? Tomando en cuenta que el grupo con el que se trabajo está constituido por personas que padecen de insuficiencia renal crónica y experimentan dichas reacciones emocionales.

A través de la presente investigación se busca determinar si existe diferencia entre las Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un hospital estatal Chiclayo 2013. Así, como identificar las Estrategias de afrontamiento más utilizadas en pacientes con Insuficiencia renal en inicio de hemodiálisis de un Hospital estatal Chiclayo 2013 e identificar las Estrategias de afrontamiento más utilizadas en pacientes con insuficiencia renal con más de 2 años de hemodiálisis en un hospital estatal Chiclayo 2013.

Entonces se comprende la importancia de ahondar en investigaciones que abarquen este tema pues es necesario que se conozcan las estrategias que utilizan los pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio del tratamiento, y a la vez compararlas con aquellas estrategias que utilizan los pacientes que ya tienen más de 2 años hemodialisándose, y como estas pueden ayudar en el proceso del tratamiento y en la mejora de la calidad de vida del paciente renal, para que estos pacientes puedan sobrellevar su enfermedad , además de no rehusar la continuidad del tratamiento.

Los resultados podrán ser utilizados por los encargados de la unidad médica de nefrología para mejorar o reforzar las estrategias de afrontamiento en los pacientes con esta dolencia, del mismo modo, ante el desconocimiento de los efectos emocionales, sirviendo como aporte para futuras investigaciones que puedan fortalecer los resultados encontrados.

Además, los datos obtenidos servirán para proponer y desarrollar programas, charlas informativas dirigidas a mejorar y entrenar las estrategias de afrontamiento en estos pacientes, con el fin de sobrellevar la enfermedad, las limitaciones en el ámbito familiar, laboral y personal, así como conocer el proceso de adaptación de la enfermedad, permitiéndoles cambiar o mejorar su calidad de vida.

Estrategias de afrontamiento

Antecedentes

Entre los estudios que sirven de apoyo y orientación para la investigación que se realizó se encuentran los efectuados por:

Villagrán (2012) realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar la relación que existe entre los estilos, las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento en un grupo de 20 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, sometidos a hemodiálisis, en un hospital de Quito de la policía nacional. Para ello se utilizó la escala de adherencia al tratamiento Ad Hoc, diseñada por la autora y la escala de evaluación de estrategias de afrontamiento de COPE. Los resultados mostraron que el estilo de afrontamiento centrado en la emoción fue el más utilizado por la mayoría de los participantes y las estrategias de afrontamiento de mayor uso fueron la aceptación, la religión, el afrontamiento activo y reinterpretación positiva. Los participantes tienen mejor adherencia al tratamiento cuando utilizan estrategias de afrontamiento activos centrados en hacer algo por la enfermedad.

Acosta, Chaparro y Rey (2008), realizaron un estudio en Colombia donde se comparó la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en 120 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1985). Se encontró que los pacientes en tratamiento de trasplante reportaban mejores estrategias de afrontamiento en comparación con los otros tratamientos, dentro de las cuales se encontraron a la solución de problemas, confrontación, reevaluación positiva, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente, espiritualidad y calidad de vida global.

El estudio realizado por Rubiño (2007) en España, tuvo como uno de sus objetivos evaluar las estrategias de afrontamiento desarrolladas por los pacientes hemodializados. Se

utilizó el cuestionario de estrategias de afrontamiento adaptado a dicha población. Los resultados indicaron que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema más utilizadas fueron planificación, reevaluación positiva, aceptación de la responsabilidad, confrontación y autocontrol; en cuanto a las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción más utilizadas fueron huida-evitación, apoyo social y distanciamiento.

Cassaretto y Paredes (2006), en su investigación realizada en Lima-Perú, describen los principales estilos y estrategias de afrontamiento utilizados por un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal. En dicha investigación se utilizó el Inventario sobre Estilos y Estrategias de Afrontamiento de Carver, Scheier y Weintraub (1989). Los resultados del estudio indicaron que entre las estrategias de mayor uso se encontraron la planificación, la aceptación y la reinterpretación positiva-crecimiento, mientras que las estrategias de menor uso fueron desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo.

Paredes (2005) realizó una investigación en Lima-Perú cuyo objetivo fue analizar la relación que existe entre los estilos, las estrategias de afrontamiento y el soporte social de un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. El instrumento que se utilizó para medir las estrategias de afrontamiento fue el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) elaborado por Carver, Scheier y Weintraub (1989). El análisis de los resultados obtenidos concluyó en que existen correlaciones moderadas entre las variables mencionadas anteriormente las cuales incluyeron a los otros estilos de afrontamiento y a que las estrategias de reinterpretación positiva, negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual, afrontamiento activo, planificación, acudir a la religión, aceptación, pospostergación del afrontamiento, y búsqueda del soporte social por razones instrumentales y por razones emocionales.

Barba, Pérez, Gómez, Barba y Machi (s. f.) realizaron un estudio en el cual se

evalúan las estrategias de afrontamiento al estrés en una muestra de 19 pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, en un hospital de España. El instrumento que se utilizó fue el Cuestionario de estrategias de afrontamiento de COPE.

Los resultados indican que las estrategias de afrontamiento utilizadas fueron tanto activas como pasivas. De todas las estrategias utilizadas las más empleadas fueron religión, aceptación, aguantarse, búsqueda de apoyo social-emocional, reinterpretación positiva y crecimiento personal, afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental. Por su parte las menos utilizadas fueron: Consumo de drogas-Alcohol, humor, centrarse en emociones y desahogarse y negación.

Marco teórico

Estrategias de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986) se centran básicamente en los procesos cognitivos que se desarrollan en torno a una situación estresante. La experiencia estresante resulta de la interacción entre la persona y el entorno. Estas interacciones dependen del impacto que la situación estresante provoca inicialmente en el sujeto por las evaluaciones que hace la persona del estresor y en segundo lugar por los recursos personales, sociales o culturales disponibles en la persona para hacer frente a la situación de estrés.

Peñacoba, Díaz, Goiri y Vega (2000) refieren que dada esta característica situacional, el tipo de afrontamiento no puede entenderse con un atributo invariable en el sujeto, sino que la utilización de una estrategia u otra, está en función de la situación específica. Lo que significa que las variables situacionales juegan un papel determinante en la elección de una u otra estrategia.

Carver (1989) basándose en los estudios de Lazarus y Folkman, sostiene que el uso más frecuente de algún tipo de afrontamiento así como de las estrategias que le acompañan, depende tanto de factores situacionales como de la personalidad, y en tal sentido su predicción podría realizarse sólo como una tendencia o estilo de afrontamiento relativamente estable.

Carver y Sheier (1994) señalan que si bien el afrontamiento puede cambiar de momento en momento, las personas desarrollan formas habituales de lidiar con el estrés y que los hábitos en el uso de las estrategias y estilos de afrontamiento pueden influenciar las reacciones en situaciones nuevas. Con todo ello, nos dan a entender que el afrontamiento viene a ser una respuesta ante una situación estresante para la persona, dicha respuesta dependerá de cada uno, ya que influyen las experiencias anteriores, la autoapreciación de sus propias capacidades para sobrellevar la situación estresante y sus

motivaciones.

Lazarus y Folkman (1984) definen a las estrategias de afrontamiento como: “conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados para manejar las demandas específicas externas e internas que han sido desbordantes o amenazantes de sus recursos”.

Las estrategias de afrontamiento son “herramientas y métodos para afrontar una enfermedad” (Rodríguez, 2011, p. 11).

Asimismo la Clínica de la Universidad de Navarra (s.f) considera que son conductas o pensamientos que son utilizados conscientemente por el individuo para controlar los efectos de las situaciones estresoras y reducir o eliminar la experiencia de estrés. Incluyen tanto procesos cognitivos (denegación, represión, supresión, Intelectualización) como conductas de resolución de problemas, empleadas para manejar la ansiedad y otros estados emocionales negativos ó problemáticos.

Riso (2006) explica que las personas creamos estrategias de afrontamiento para hacerle frente a los problemas que se nos presentan a diario. Cuando se habla de afrontamiento se habla de aquel procedimiento que incluye los intentos del individuo por resistir y responder a demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital y mantener el equilibrio u adaptación a la nueva situación.

Pérez y Rodríguez (2011) refieren que las estrategias de afrontamiento constituyen herramientas o recursos que el sujeto desarrolla para hacer frente a demandas específicas, externas o internas. Estos recursos pueden ser positivos al permitirles afrontar las demandas de forma adecuada, o negativos, y perjudicar su bienestar biopsicosocial.

Casullo y Fernández (2001) consideran que se entiende por estrategias de afrontamiento al conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un

sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera. Dependen de la combinación de múltiples factores en los que se destacan los aspectos personales y sus experiencias individuales, por un lado, y por el otro, las exigencias del medio ambiente con sus permanentes desafíos y presiones sociales.

Morán (2005) refiere que existe diferencia entre las estrategias de afrontamiento y los recursos de afrontamiento. Las primeras son las que las personas utilizan como reacción a un estresor específico que ocurre en un contexto concreto, son las conductas que tienen lugar tras la aparición del estresor, son las formas de hacer uso de los recursos de afrontamiento, son las distintas maneras en que se utilizan los recursos disponibles para hacer frente a las demandas estresantes.

Fernández (2009) justifica que las funciones de las estrategias no se definen en términos de resultados. Esta diferenciación es consecuente con nuestra definición de afrontamiento en cuanto a que es algo independiente de los resultados. Así pues los recursos de afrontamiento pueden ser físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales.

Crespo, Ring, y Vásquez (2000) mencionan que en general existen muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de una u otra suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones.

Se asume la posición de Lazarus y Folkman (1984) quienes sustentan sus estudios en los procesos cognitivos desarrollados en el individuo los que permitirán el

manejo de situaciones estresantes, pero que a la vez dan una concepción más flexible de la forma en como la persona afronta la enfermedad considerando que intervienen no solo factores externos sino también internos, como la personalidad, facilitando reconocer en los individuos la mejor forma en ellos de afrontar su enfermedad.

Polaridades en las estrategias de afrontamiento.

Estrategias que surgen del afrontamiento centrado en el problema vs centradas en las emociones, según Lazarus y Folkman (1984).

La que hace referencia al objeto de los esfuerzos de afrontamiento. El afrontamiento centrado en el problema tiene como objeto la resolución de la situación o la realización de conductas que modifiquen la fuente de estrés, trata de modificar las circunstancias presentes o modificarse a uno mismo, se pone en marcha cuando el individuo aprecia que las condiciones de la situación pueden ser susceptibles de cambio e incluye la definición del problema, la generación de soluciones alternativas, sopesar y elegir las alternativas según sus costes y beneficios y ponerlas en marcha, es decir, la planificación para la resolución del problema y la confrontación; mientras que el afrontamiento centrado en la emoción tiene como objetivo reducir o manejar el malestar emocional asociado o provocado por la situación, cambiando el modo en que se trata o interpreta lo está ocurriendo, intenta modificar las cogniciones que alteran las significaciones que poseen los hechos, el sujeto considera que no puede hacer nada para modificar el entorno amenazante, incluye la búsqueda de apoyo social por razones emocionales, distanciamiento, escape-evitación, autocontrol, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva.

Según Rodríguez, Pastor y López (1993) debido a que las emociones guardan estrecha relación con la expresión y la determinación de la calidad de vida, se considera un modo adaptativo sano.

Estrategias que surgen del afrontamiento de acercamiento vs escape- evitación, propuestas por Endler y Parker (1990).

Son los modos básicos de orientación hacia la información estresante. El afrontamiento orientado a la evitación se refiere al uso de estrategias evasivas dirigidas a rodear o evitar la situación estresante, que incluiría distanciamiento conductual y mental, negación y/o humor.

Estrategias de afrontamiento que surgen de las respuestas conductuales vs cognitivas.

Tipo de esfuerzo realizado o nivel de respuesta. Esta dimensión aporta información importante sobre el estilo de afrontamiento de un sujeto concreto. Elegir una estrategia o varias de afrontamiento va a venir determinada por el proceso de evaluación de la situación y de la valoración que hagamos de nuestros recursos (Lazarus, 1989). Todos los modos pueden ser útiles dependiendo de las situaciones y del problema, por lo que las estrategias de afrontamiento no deberían ser categorizadas como buenas o malas, sino que la efectividad de las mismas depende de la situación en la cual son usadas.

Insuficiencia Renal Crónica.

La Sociedad española de Nefrología refiere en la Revista de Nefrología (2009) que la enfermedad renal crónica terminal constituye un importante problema de salud pública y el tratamiento para ello presenta una prevalencia e incidencia elevada. Fundamentalmente sus causas principales son el envejecimiento, la hipertensión arterial, la diabetes y la enfermedad vascular.

Se define como un daño renal durante al menos tres meses, definido por anomalías estructurales o funcionales del riñón con o sin descenso, del filtrado glomerular, manifestado por anomalías patológicas que incluyen alteraciones en la composición de sangre u orina.

Segarra (2006) la define como la pérdida lenta y progresiva de la filtración glomerular. Cuando el filtrado glomerular desciende por debajo de 30 aparecen las complicaciones de la Insuficiencia Renal Crónica. Las causas más frecuentes son la diabetes, la nefroesclerosis debida a la hipertensión arterial y la glomerulonefritis crónica.

Azpiroz, Bortoli, Jofré y Páez (2009) afirman que la insuficiencia renal crónica consiste en una disminución progresiva y global de la función renal que alcanza un nivel inferior al 10% en la insuficiencia renal crónica terminal, estadio más grave de la enfermedad renal, durante el cual se hace necesaria para la supervivencia, la implementación de un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante trasplante o diálisis (peritoneal continua o hemodiálisis).

Estadios de la insuficiencia renal crónica.

Según Cardinali, Dvorkin y Lermoli (2010) la Fundación Nacional del Riñón, clasifica a la IRC en cinco estadios según la filtración glomerular (FG) coincidiendo con Hernando (2008):

Estadio I.

Daño renal con FG normal > 90 mL/min. La enfermedad renal se manifiesta por la presencia de alteraciones histológicas en la biopsia renal o mediante marcadores indirectos. Situaciones representativas de este estadio son los casos con proteinuria persistente y FG normal o aumentado. Por otra parte es necesario identificar a los pacientes con mayor riesgo a padecer de IRC. Algunas personas con función renal normal y sin daño renal tienen mayor riesgo de presentar IRC en el transcurso de su vida.

Estadio II.

Leve de 60-89 mL/min. Corresponde a situaciones de alteración renal acompañadas de una reducción ligera del FG.

Estadio III.

Moderada de 30-59 mL/min. Disminución moderada del FG. Existe mayor riesgo de progresión de la IRC y de complicaciones cardiovasculares, y pueden aparecer las complicaciones clásicas de la insuficiencia renal, como anemia y alteraciones del metabolismo calcio-fosforo.

Estadio IV.

Severa de 15-29 mL/min. Disminución grave del FG.

Estadio V.

Insuficiencia renal terminal (diálisis) < 15 mL/min. El nivel de FG es menor de 15 mL/mm y es el momento de iniciar el tratamiento renal sustitutivo.

Tratamiento Sustituto de la Función Renal**Hemodiálisis**

Arias (2000) refiere que el paciente renal es un paciente crónico: va a tener que seguir un tratamiento de por vida aunque se le trasplante y su enfermedad va a afectar de forma significativa sus hábitos. Por ello el trato con este tipo de pacientes no resulta ser siempre fácil y conviene mantener unas pautas que varían dependiendo del enfermo y del tipo de tratamiento sustitutivo que reciba, entre los cuales encontramos la diálisis peritoneal, el trasplante renal y la hemodiálisis.

La hemodiálisis es uno de los tratamientos que sustituyen la función renal y debido a los aspectos emocionales y físicos que implica se consideró importante trabajar con este tratamiento, al cual Franco (2011) lo define como un procedimiento que consiste en producir un intercambio de agua y sustancias perjudiciales para el organismo entre la sangre y una solución específica, a través de una membrana artificial. El filtrado se realiza conectando al enfermo a una máquina, durante 3 ó 4 horas, una media de 3 veces por semana.

Así mismo para Martins y Riella (2007) la hemodiálisis es un proceso en el que se usa un riñón artificial para depurar la sangre. El procedimiento es capaz de eliminar el exceso de líquido y metabolitos.

Por consiguiente el Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales (2007) define hemodiálisis como el método más común para tratar la insuficiencia renal avanzada y permanente, permitiendo que la sangre fluya, unas onzas por vez, a través de un filtro especial que elimina los desechos y los líquidos innecesarios.

Fases del proceso de adaptación a la enfermedad

Según Magaz (2003) se han propuesto diferentes fases en el proceso de adaptación a la enfermedad, en las que el impacto parece ser diferente. Quienes introducen esta secuencia son Reichsman y Levy (1972), ellos plantean varias fases: la primera de ellas es el período de "luna de miel", le sigue la fase de desencanto y desánimo, y por último la fase de adaptación a largo plazo. Explican además, que este proceso comienza a las pocas semanas de iniciar la diálisis y se prolonga durante algunos meses. En un inicio el paciente experimenta el paso de una situación de gran malestar físico a otra de recuperación producida por la diálisis. A menudo se encuentra en un estado tan eufórico que no puede ver las limitaciones que le impone este tratamiento. El período de desencanto aparece cuando se propone volver a sus actividades cotidianas y tiene que enfrentarse con estas limitaciones; suele durar entre tres y doce meses. De manera gradual pasa a la fase de adaptación, en la que asume sus limitaciones, conoce con mayor rigor la evolución y consecuencias de su enfermedad y reorganiza su vida en función de las nuevas condiciones.

Magaz (2003) cita a los estudios realizados por Reichsman y Levy (1972); Phillips (1987); Nagle, (1998) y basándose en sus propuestas diferencia cuatro fases en

el transcurso de la enfermedad, las cuales son: inicio, toma de conciencia, reflexión y readaptación. Las cuales se explican a continuación:

Primera fase

La característica fundamental de esta fase es el temor a lo desconocido y la falta de comprensión de la enfermedad. Aparecen los primeros síntomas, la persona descubre que algo va mal, con experiencias similares a las que ocurren en las enfermedades agudas: se mantiene contacto con profesionales sanitarios, se acude con frecuencia al hospital y se interrumpen las actividades cotidianas. El paciente, con frecuencia, espera que los síntomas desaparezcan o mejoren en un período breve de tiempo.

Posteriormente, el nefrólogo informará al paciente de la existencia de una enfermedad crónica que necesitará tratamiento durante el resto de la vida. En este momento el enfermo se centra en las manifestaciones físicas, se siente preocupado por la gravedad de su enfermedad, así como por el pronóstico y el malestar físico que le acompaña. Tanto el enfermo como las personas que lo rodean centran su atención en los problemas orgánicos. A medida que pasan los días, aumenta el conocimiento de la enfermedad y la situación pierde el carácter de novedad, iniciándose así el siguiente período.

Segunda Fase

En este momento, el paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad que van más allá de las dolencias físicas del momento.

Conociendo que su enfermedad es crónica el paciente toma conciencia de los cambios que se van dando en su forma de vida: dieta, medicación, trabajo y, en general, reflexiona sobre sus limitaciones y capacidades. Esta visión sobre la enfermedad se

apoya en los sistemas de valores y creencias de la sociedad en que vive; esto es, toma como referencia la valoración de los aquejados por una enfermedad crónica, como personas “minusválidas”, inferiores a la mayoría. Desde esta perspectiva el afectado empieza a percibirse como alguien que no puede tener proyectos, que no puede trabajar, que no puede mantener su papel en la familia, etc. En definitiva, aparece ante sí mismo como un ser vulnerable, lleno de limitaciones y con un riesgo elevado de inadaptación personal, familiar y social. Cuando el enfermo pone en cuestión este sistema de valores, se inicia la tercera fase.

Tercera fase.

Al experimentar las consecuencias físicas y sociales de la enfermedad, el paciente puede experimentar las limitaciones derivadas de la misma, pero también las capacidades que le permitirán continuar o iniciar hábitos agradables. Su estado de ánimo se caracteriza por grandes altibajos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación. En algunos momentos piensa que tiene muchas capacidades intactas y en otros se percibe como un ser débil y marginado.

Podría decirse que vive un periodo de desequilibrio, de formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad.

Cuarta fase.

Antes de la aparición de la enfermedad la persona estaba adaptada, disponía de las habilidades y recursos necesarios para dar respuesta a las exigencias planteadas por él mismo y por su entorno familiar y social. La presencia de una enfermedad crónica implica que quien la padece tiene que poner en marcha nuevos recursos y habilidades a fin de adaptarse a su nuevo estado. Gracias a este proceso de adaptación puede resolver muchas de las dudas que le acosaban en el pasado: ¿qué puedo y no puedo hacer?, ¿cuál

es mi papel en la familia?, ¿cuál es mi papel en el grupo social?, el modo en que se resuelvan estas cuestiones será decisivo para la postura que adopte ante la enfermedad.

Algunas personas toman conciencia de sus limitaciones y capacidades, reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales, y son capaces de comenzar un nuevo proyecto de vida. Otras ven sólo las limitaciones, adoptan una actitud pasiva y de dependencia, sin proyectos propios. En general, podría afirmarse que las personas que no pasan de la primera etapa son aquéllas que tienen un riesgo elevado de desarrollar trastornos psicológicos. Permanecer en la segunda fase podría conducir a la marginación social, a la dependencia y a la pasividad general. Si la tercera fase no se supera, el individuo mantendrá una actitud de duda, con altibajos emocionales, relaciones familiares tensas.

También pueden aparecer problemas de ansiedad, por la incertidumbre ante los cambios en sus hábitos y en sus condiciones físicas.

Devins (1991) señala que la mayoría de las personas con insuficiencia renal crónica suelen pasar por estas fases, aunque la duración de cada una y los contenidos individuales puedan variar, lo cual influirá en el efecto de la enfermedad y su tratamiento.

Zahonero (1986) refiere que en la mayoría de las investigaciones que estudian la influencia del tipo de tratamiento sobre los trastornos psicológicos del sujeto exigen como requisito que los enfermos hayan permanecido en diálisis por lo menos un año, ya que éste parece ser el tiempo medio de adaptación a la nueva situación, después de superar el desconcierto inicial.

Aspecto emocional del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis.

“Los estudios realizados demuestran que la respuesta emocional que puede aparecer ante la admisión hospitalaria causa las más frecuentes sintomatologías depresiva y de ansiedad, porque los pacientes lo valoran como un suceso estresante” (Arias, 2004, p.169).

Azpiroz et al. (2009) manifiestan a través de lo expuesto por García (2002) que la enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis son sucesos vitales altamente estresantes que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, al que el paciente debe ajustarse para lograr algún nivel de equilibrio.

Del mismo modo, Carbonel (1992) señala que los pacientes con insuficiencia renal presentan fuentes estresantes, relacionadas con temores al fracaso renal y la muerte; restricciones en sus dietas, medicamentos, viajes y capacidad física; sociales, en el aspecto laboral, en la familia, conyugales y sexuales.

Los pacientes con IRC suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la Insuficiencia Renal Crónica y al tratamiento de Hemodiálisis. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y de dicho tratamiento, sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis (Azpiroz, Bortoli, Jofré & Páez, 2009).

Asimismo, Brunner y Suddarth (2002), refiere que el tratamiento dialítico impone en el paciente modificaciones en el estilo de vida familiar, el tiempo que debe dedicarle reduce las actividades sociales y puede originar conflictos, frustraciones sensaciones de

culpabilidad y depresión en la familia. También suelen ser el paciente, cónyuge y familia quienes expresen la ira y otros sentimientos negativos con respecto a las limitaciones impuestas por la enfermedad y el tratamiento, así como a problemas financieros e inseguridad en el trabajo.

Asimismo, la organización panamericana de la salud (1989) señala que el impacto psicológico del tratamiento demanda que el paciente se adapte a la pérdida de autonomía, de la autoestima y a marcadas alteraciones de la imagen corporal; uno de los efectos de la diálisis es la pérdida de identidad como hombre y a la aparición de una nueva unidad hombre-máquina. Los aspectos sociales, sustancialmente afectados por el tratamiento, incluyen cambios en el nivel del funcionamiento social, alteraciones en las relaciones matrimoniales, familiares y disminución de las oportunidades vocacionales, el paciente puede experimentar sentimientos de culpabilidad al sentirse la causa de los trastornos.

Basabe et al. (2009) refieren que las complicaciones derivadas del tratamiento sustitutivo de la función renal y de la propia enfermedad se van agravando con el tiempo, percibiendo estas personas una forma de vivir significativamente más limitada con respecto a la vida normal de los otros. Esto implica cambios de vida importantes a nivel físico, psicológico y social para el paciente y su familia.

Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica

Villagrán (2012) señala que una enfermedad es considerada como un evento estresor que desequilibra la vida de quien la sobrelleva, más aun cuando nos referimos a un paciente con insuficiencia renal crónica, cuya condición es crónica y la posibilidad de muerte existe, por lo que debe recibir tratamiento de hemodiálisis, y para ello tiene que permanecer de 3 a 4 horas diarias, 3 veces por semana, en una unidad médica cerrada, con medidas especiales de esterilidad, para controlar la enfermedad y prevenir eventuales

complicaciones, pero que sin duda genera tensión, estrés, incertidumbre y cambios importantes en la vida tanto del paciente, como de su familia.

Basabe et al. (2009) informan que la sintomatología física y emocional que acompaña a la insuficiencia renal y el impacto de la diálisis en estas personas, muestran que alcanzan peores puntuaciones en calidad de vida que otras personas con enfermedades crónicas. Mencionan además que para adaptarse a la nueva situación la persona pone en marcha, pensamientos y acciones, es decir, pone en acción las llamadas estrategias de afrontamiento que Lazarus y Folkman han definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que hace un individuo para “manejar” las demandas externas e internas y que son evaluadas como algo que agrava o excede los recursos de la persona.

Las estrategias con efectos positivos tendrían una función adaptativa, contribuyendo a minimizar la ansiedad y las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplifican las positivas, así como reforzar la autoestima, aumentar recompensas, resolver los problemas y mejorar el rendimiento y el ajuste social. El proceso de afrontamiento es complejo, multidimensional y dinámico, por lo que hay que tener en cuenta que las estrategias son cambiantes en el tiempo y sensibles tanto a las características personales como a factores externos o del entorno. Las estrategias de afrontamiento que intervienen en el proceso de vivir en diálisis han sido poco estudiadas y han sido señaladas como áreas de interés de estudio (Basabe et al, 2009).

Si el afrontamiento permite a los pacientes encarar la situación de enfermedad, identificar las estrategias que están poniendo en práctica permite conocer hasta que punto tienen flexibilidad, si son perjudiciales y por tanto si están acelerando la muerte o son eficaces y generan óptimos niveles de adherencia al tratamiento.

Un conocimiento de cuáles son las estrategias que se asocian a una mejor percepción de la calidad de vida, así como su evolución en tiempo permitirá conocer mejor el proceso de vivir en diálisis, comprender las conductas y adecuar intervenciones profesionales más eficaces. Por todo esto, interesa conocer si a lo largo del tiempo estas personas modifican sus estrategias para afrontar la diálisis, cambiando de estrategias menos adaptativas a más adaptativas y su evolución en la percepción de calidad de vida (Basabe et al, 2009).

Marco conceptual

De acuerdo a lo anteriormente analizado consideramos que para la mejor comprensión de la presente investigación es necesario definir algunos términos como:

Estrategias de afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1984) definen a las estrategias de afrontamiento como: “conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados para manejar las demandas específicas externas e internas que han sido desbordantes o amenazantes de sus recursos”.

Afrontamiento activo.

Proceso de ejecutar acciones directas para tratar de apartar o evitar el estresor para así aminorar sus efectos.

Planificación de actividades.

Consiste en organizar cognitivamente las fases que se tomaran para afrontar el estresor. El planeamiento propone estrategias de acción, pensamientos sobre los pasos a realizar y seleccionar las mejores alternativas para afrontar el problema.

Supresión de actividades.

Dejar de lado otros eventos o actividades tratando de evitar el distraerse en ellos, si es necesario poner todo los esfuerzos del individuo en el frente del estresor.

Retracción.

Esperar la oportunidad apropiada para intervenir en el problema, evitando actuar prematuramente.

Búsqueda de soporte emocional.

Trata de buscar simpatía y entendimiento de otros para aliviar la emoción inadecuada que le produce el problema.

Búsqueda de Apoyo social.

Es la búsqueda de consejo, información con el objetivo de poder solucionar el problema.

Reinterpretación positiva a las experiencias.

Consiste en evaluar de manera positiva la situación problemática basándose en las propias experiencias.

Aceptación.

Aceptar la realidad como un hecho con el que se tendrá que convivir y que no se podrá cambiar.

Retorno a la Religión.

Refugiarse en las creencias religiosas para tratar de aliviar las emociones desagradables.

Análisis de las emociones.

La persona se concentra en las consecuencias emocionales desagradables que experimenta y expresa las emociones y sentimientos producidos.

Negación.

Rehusarse a creer que estresor existe, tratando de actuar como si el estresor no fuera real.

Conductas inadecuadas.

El individuo disminuye los esfuerzos para afrontar el estresor, dándose por vencido al intentar controlarlo.

Distracción.

Conjunto de amplias actividades que sirven para distraer a la persona de pensamientos sobre el problema.

Variables e hipótesis**Tabla 1**

Operacionalización de la variable “Estrategias de afrontamiento” medido por el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (COPE), Salazar y Carver (1989).

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
Estrategias de Afrontamiento	“Conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados para manejar las demandas específicas externas e internas que han sido desbordantes o amenazantes de sus recursos” Lazarus y Folkman (1984)	Afrontamiento Directo	1,14,27,40
		Planificación de Actividades	2,15,28,41
		Supresión de Actividades	3,16,29,42
		Retracción	4,17,30,43
		Búsqueda de soporte Emocional	6,19,32,45
		Búsqueda de soporte Social	5,18,31,44
		Reinterpretación positiva	7,20,33,46
		Aceptación	8,21,34,47
		Retorno a la Religión	9,22,35,48
		Análisis de las emociones	10,23,36,49
		Negación	11,24,37,50
		Conductas Inadecuadas	12,25,38,51
Distracción	13,26,39,52		

Formulación de la hipótesis

Existe diferencia entre las estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en inicio de hemodiálisis y de los pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un hospital estatal Chiclayo 2013.

Método

Tipo de estudio

Esta investigación, corresponde a un tipo de investigación no experimental, puesto que se realiza sin manejo deliberado de las variables, observando los fenómenos tal y como los ven en el contexto natural para después analizarlos, como lo explican Hernández, Fernández y Baptista (2010) en su definición. Y es aplicada ya que “se caracteriza por su aplicación, utilizando consecuencias prácticas de los conocimientos, esta investigación nos permite conocer para hacer, para actuar, para construir, para modificar” (Grajales, 1996, p. 2).

Diseño de Investigación

El presente estudio es comparativo. Sousa, Driessnack y Costa (2007) explican que este tipo de estudio permite detallar las características de una determinada población, para luego realizar la comparación de la variable de interés en una muestra de sujetos los cuales varían según el tiempo, y así contrastar una o varias hipótesis.

Población

Para la presente investigación se trabajará con población diana, utilizando el método por conveniencia ya que nuestra población se limita a la muestra, la cual consta aproximadamente de 80 pacientes con insuficiencia renal crónica, elegidos por intervalo de tiempo, entre ellos los que inician tratamiento de hemodiálisis y con más de 2 años realizando dicho tratamiento en un hospital estatal Chiclayo 2013.

Criterios de selección para pacientes en inicio de hemodiálisis

Inclusión:

Pacientes que tienen un tiempo menor o igual a 6 meses de tratamiento de hemodiálisis.

Pacientes con más de 18 años de edad.

Exclusión:

Pacientes que presenten alguna alteración en sus procesos cognitivos, como discapacidad mental.

Eliminación:

Los pacientes que no respondieron adecuadamente, no fueron considerados para la investigación.

Criterios de selección para pacientes con más de 2 años de hemodiálisis

Inclusión:

Pacientes que tienen más de 2 años realizando tratamiento de hemodiálisis.

Pacientes con más de 18 años de edad.

Exclusión:

Pacientes que presenten alguna alteración en sus procesos cognitivos, como discapacidad mental.

Pacientes con más de 6 meses a 1 año 11 meses de tratamiento hemodialítico.

Eliminación:

Los pacientes que no respondieron adecuadamente, no fueron considerados para la investigación.

Procedimiento

Para el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta diversas etapas. El primer paso fue presentar al paciente el consentimiento informado y pueda leer, conocer, comprender y firmarlo en caso decida participar del estudio. Se continuo con la recolección de datos a través del método de la encuesta, para lo cual se empleó el inventario de estimación de afrontamiento COPE con el objeto de medir la variable estrategias de afrontamiento. Finalmente, se analizaron los datos estadísticamente, los que se discutieron teniendo en cuenta antecedentes de investigaciones y marco teórico, para llegar a las conclusiones.

Instrumentos

El instrumento empleado fue el Coping Estimation o Estimación de afrontamiento COPE (Apéndice A) desarrollado por Carver (1989) en Estados Unidos, por ser confiable en la obtención de resultados acerca de las estrategias de afrontamiento evaluando cual es la que opta por usar la persona en una situación de estrés en este caso la enfermedad Insuficiencia renal crónica. Se aplica de forma individual y colectiva con una duración de 20 minutos aproximadamente, dirigido a adultos, el cual está conformado por 52 ítems distribuidos en 13 estrategias al momento de afrontar la enfermedad (Afrontamiento directo, planificación de actividades, supresión de actividades, retracción, búsqueda de soporte emocional, búsqueda de soporte social, reinterpretación positiva, aceptación, retorno a la religión, análisis de las emociones, negación, conductas inadecuadas, distracción). Los autores del COPE calcularon la confiabilidad del test de dos formas, el coeficiente alpha de Cronbach y el procedimiento test-retest. Por el primero encontraron coeficientes que varían entre 0,45 y 0.92; y por el segundo con un intervalo de 8 semanas entre ambas aplicaciones, hallaron valores que van de 0.46 a 0.86. En Trujillo se determinó la confiabilidad de este instrumento en 128 pacientes con enfermedades crónicas en fase

terminal a través del coeficiente alpha de Cronbach, obteniéndose índices de entre 0.86 y 0.88, con lo que se demuestra que el instrumento es confiable.

Aspectos éticos

Para el desarrollo de la presente investigación se tomaron en cuenta los estándares éticos y legales de las publicaciones que estipula el código de ética de la Asociación de Psicólogos Americana (APA) en su estándar 8 denominado investigación y publicación (APA, 2010). Además se cumplió con lo establecido en el código de ética del psicólogo peruano (Colegio de Psicólogos del Perú, s.f). Así, se entregó esta investigación al comité de bioética para su respectiva revisión y aprobación. Del mismo modo se presentó al comité de investigación de la institución donde se realizó el estudio, para contar con su aprobación y pasar a la aplicación del instrumento, por consiguiente se contó con los principios éticos de autonomía, voluntariedad, beneficencia y confidencialidad, tomando en cuenta el consentimiento informado (Apéndice B), información que se les entregó por escrito para ser leída, comprendida y aprobada, el cual permitió al participante dar conformidad al evento y realizar la evaluación con el instrumento seleccionado; además de recibir capacitación sobre el manejo de las emociones frente a la enfermedad renal, otorgando el compromiso del secreto profesional.

Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos fueron organizados a través del programa Microsoft Excel 2010 y SPSS versión 20 a través del cual se determinó que la población no presentaba datos de distribución normal, razón por la cual para realizar la comparación de las estrategias de afrontamiento de la población se utilizó la prueba estadística no paramétrica U de Mann Whitney de Wilcoxon, aplicada a dos muestras independientes, con un nivel de significancia del 5 %. Asimismo, se utilizaron dos planes estadísticos uno descriptivo y otro inferencial que permitieron demostrar la hipótesis planteada.

Resultados

A continuación, se presenta el análisis estadístico de los resultados de la investigación. Respecto al primer objetivo, se muestra la diferencia entre las estrategias, resultados que se obtuvieron por la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, por lo tanto se acepta la hipótesis de la investigación.

Tabla 2

Diferencia entre Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un hospital estatal Chiclayo 2013.

Estrategias	p-value
<i>Afrontamiento Directo</i>	.0207
<i>Planificación de Actividades</i>	.2085
<i>Supresión de actividades</i>	.1617
<i>Retracción</i>	.0067
<i>Búsqueda de soporte emocional</i>	.4824
<i>Búsqueda de soporte social</i>	.5508
<i>Reinterpretación positiva</i>	.0259
<i>Aceptación</i>	.4217
<i>Retorno a la religión</i>	.1102
<i>Análisis de las emociones</i>	.0704
<i>Negación</i>	.9923
<i>Conductas inadecuadas</i>	.6449
<i>Distracción</i>	.3216

Si el valor de la diferencia (p-value) es menor a 0,05 el cual es el nivel de significancia, se asumiría que si existe diferencia, pero si es mayor a dicho valor no existe diferencia. Por

lo tanto las únicas estrategias en donde se encontró diferencia significativa son afrontamiento directo, retracción y reinterpretación positiva.

Respecto al segundo y tercer objetivo, se presenta gráficamente la frecuencia en que los pacientes emplean las estrategias de afrontamiento frente a la insuficiencia renal, se observa que los pacientes que inician tratamiento de hemodiálisis utilizan una estrategia de afrontamiento la cual es retorno a la religión, mientras que los pacientes que tienen más de 2 años utilizan dos estrategias, las cuales son retorno a la religión y reinterpretación positiva. Estos resultados permiten contrastar la hipótesis planteada y aceptar que existe diferencia significativa en el empleo de las estrategias de afrontamiento en pacientes que inician y que llevan más de 2 años en el tratamiento de hemodiálisis para la insuficiencia renal.

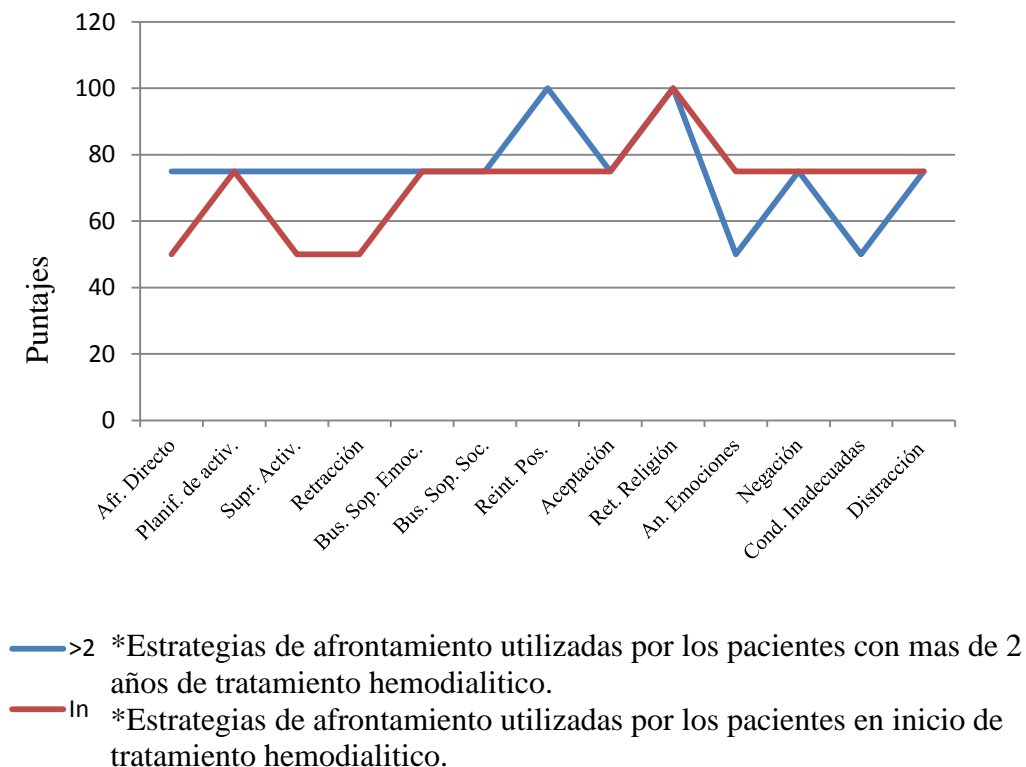


Figura 1.

Estrategias de afrontamiento más usadas en pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un hospital estatal Chiclayo 2013.

Discusión

El propósito de este estudio fue determinar la diferencia que existe entre Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio de hemodiálisis y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis.

A nivel general, se encontró diferencia significativa en 3 de las estrategias de afrontamiento utilizadas por ambos grupos de pacientes, las cuales fueron afrontamiento directo, retracción y reinterpretación positiva, siendo estas estrategias más utilizadas por los pacientes con más de 2 años en dicho tratamiento. Lo que indica que este grupo de pacientes realizan acciones pertinentes que les permitan disminuir el estrés que acompaña a la enfermedad renal; tales como elegir entre diversas alternativas orientadas a la mejora de la sintomatología de la enfermedad; así como; revalorar a la misma de manera positiva y razonable, a partir de sus experiencias.

No obstante, los pacientes en inicio de tratamiento, tienen una valoración negativa de la enfermedad y actúan apresuradamente con acciones que no tienden a disminuir el estrés provocado por la enfermedad.

Sin embargo, lo encontrado en esta investigación difiere de lo expuesto por Basabe et al. (2009) quienes refieren que las complicaciones derivadas del tratamiento sustitutivo de la función renal y de la propia enfermedad se van agravando con el tiempo, percibiendo estas personas una forma de vivir significativamente más limitada con respecto a la vida normal de los otros. Ante ello cabe mencionar el proceso de duelo que atraviesa la persona no necesariamente por la pérdida de un ser querido sino cualquier pérdida, en este caso la función eficiente del riñón. El duelo es definido como el proceso natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases que conducen a la superación de dicho proceso. Estas fases son: negación de la enfermedad, después sentimientos de ira,

seguidos de una actitud de negociación, posteriormente sentimientos de tristeza y por último aceptación. El proceso de duelo es una respuesta natural que dura como mínimo 6 meses y máximo un año. Sin embargo podemos hablar del duelo patológico. La diferencia entre un duelo normal y uno patológico estriba en la intensidad y duración de las reacciones emocionales como lo señalan Pancrazzi (1993) y Filgueira (1995). En este caso consideramos que Basabe se refería al duelo patológico.

Además, debido a que los pacientes en inicio de tratamiento, no poseen aun un grado medio de adaptación a la enfermedad no la evalúan de manera positiva, basándose en las propias experiencias que han vivido, como supone el empleo de la estrategia reinterpretación positiva y tal como lo refiere Magaz (2003) quien asume que el proceso de afrontamiento es dinámico, al establecer las cuatro fases del proceso de adaptación a la enfermedad, considerando que las estrategias son cambiantes en el tiempo y sensibles tanto a las características personales como a factores externos o del entorno, teniendo en cuenta que la población con la que se trabajó se diferencia en intervalo de tiempo al incluir pacientes en inicio y con más de 2 años en tratamiento hemodiálico

A partir de las puntuaciones obtenidas en el presente estudio se observó que los pacientes en inicio de hemodiálisis emplean la estrategia Retorno a la religión, al igual que los pacientes con más de dos años de tratamiento, sin embargo, estos últimos además de la anterior utilizan la estrategia Reinterpretación positiva.

Los hallazgos en las investigaciones de (Villagrán, 2012); Acosta et al. (2008); Paredes (2005) y A. Barba et al. (s.f.) coinciden con los resultados de la investigación ya que también se encontró que los pacientes renales tienden a utilizar la estrategia Retorno a la religión con frecuencia. Lo que afirma que en el campo espiritual, los pacientes

reafirman su vida en la fé y la esperanza que les otorgan sus creencias religiosas, las cuales les permiten comprender y aceptar las dificultades por las que atraviesan.

Díaz (2013) refiere como importante tener en cuenta que pese a que no siempre usamos un determinado tipo de estrategia, hay alguna que predomina siendo esta mayormente empleada, lo que sustenta los resultados de esta investigación, como el empleo de las estrategias: retorno a la religión y reinterpretación positiva por los pacientes con más de 2 años en hemodiálisis. A diferencia de las otras estrategias como: afrontamiento directo, planificación de actividades, retracción, búsqueda de soporte emocional, búsqueda de soporte social, aceptación, negación y distracción, que también son utilizadas pero con menos frecuencia.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes en tratamiento hemodialítico con más de 2 años corresponden en su mayoría a las estrategias focalizadas en la emoción, dentro de las cuales se encuentran Búsqueda de soporte emocional, búsqueda de soporte social, Análisis de las emociones, aceptación, reinterpretación positiva, lo que corrobora lo argumentado por Lazarus y Folkman (1984) en la clasificación que proponen de 2 grupos de estrategias; en las cuales explican que el objetivo de este tipo de estrategias es reducir o manejar el malestar emocional asociado o provocado por la situación amenazante a la cual el sujeto considera imposible de modificar. Este estilo de afrontamiento es considerado como un mecanismo sano de adaptación funcional, ya que desde una valoración racional y ajustada, se acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles, según Rodríguez et al. (1993).

Asimismo los resultados obtenidos coinciden con el estudio de Villagrán (2012) en el que se muestra que el estilo de afrontamiento centrado en la emoción fue el más utilizado por la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal y las estrategias de

afrontamiento de mayor uso fueron la aceptación, la religión, el afrontamiento activo y reinterpretación positiva.

Es importante tener en cuenta que las puntuaciones encontradas en ambos grupos de pacientes no difieren en las estrategias de afrontamiento orientadas a la búsqueda de un apoyo social satisfactorio por parte de la familia, lo que indica que los pacientes tienen un manejo adecuado de los sentimientos experimentados, buscan por medio de actividades cotidianas distraer los efectos de la enfermedad y se sienten responsables en cierto grado por su aparición, sin evitar afrontar los cambios presentados a partir de ésta.

Conclusiones

De los resultados obtenidos en el estudio realizado, se encontró, diferencia entre las estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio de hemodiálisis y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis.

La estrategia de afrontamiento más utilizada en los pacientes que inician tratamiento de hemodiálisis es la de Retorno a la religión.

Las estrategias que más utilizan los pacientes con más de 2 años de hemodiálisis son las de Retorno a la religión y Reinterpretación positiva.

Recomendaciones

Fomentar actividades de promoción y prevención que permitan obtener una visión sobre la percepción de la vida frente a esta enfermedad.

Implementar programas dirigidos a las estrategias con la intención de fortalecer el uso de aquellas que no fueron muy utilizadas durante el proceso.

Dada la importancia que tiene la estrategia retorno a la religión en ambos grupos se recomendaría realizar un estudio donde se considere aspectos relacionados a la religión en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Que se realicen nuevas investigaciones, teniendo en cuenta la edad y sexo de los pacientes fortaleciendo los resultados obtenidos en la presente investigación.

Realizar estudios en los que se relacione esta variable, teniendo como finalidad ampliar la información psicológica. Asimismo realizar investigaciones en esta población de pacientes en tratamiento de hemodiálisis, tomando en cuenta otros factores como: familia, personalidad y percepción de la enfermedad, que intervengan en el estado emocional del paciente frente a la enfermedad.

Referencias bibliográficas

- Arias, J. (2000). *Enfermería medico quirúrgica: II*. España: Tébar.
- Azpiroz, de Bortoli, Jofré y Páez (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica de Colombia*, 8 (1), 117-124.
- Acosta, P.; Chaparro, C. y Rey, C. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*, (17), 9-26.
- Basabe, N; Baños, C; Bejarano, A; Echebarri, M; Fernández, E; Nogales, M; Ruiz, B. y San Vicente, J. (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Revista Seden*. Vol. 12. España.
- Barba, A; Pérez, E; Gómez, Y; Barba, S. y Machi, M. (s. f.). La evaluación del estrés en la insuficiencia renal crónica: una aproximación multidisciplinar. *Revista Seden de España*, 98(1), 22-26.
- Brunner, L y Suddarth, D. (2002). *Enfermería Médica Quirúrgica*. España: MacGraw-Hill/Interamericana
- Carbonell, C., Hernández, L. y Ramos, J. (1992). *Variables asociadas a la adaptación al tratamiento de los enfermos renales crónicos*. España: (s.e)
- Cardinali, R; Dvorkin, D. y Lermoli (2010). *Bases fisiológicas de la práctica médica*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Carver, C. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carver, C. y Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.

- Cassaretto, M y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*, 24(1), 109-140.
- Casullo, M. & Fernández, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 6 (1), 25-49.
- Clínica de Universidad de Navarra (s.f). (01 de diciembre de 2013). *Diccionario MEDICO*. Recuperado de: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/estrategias-afrontamiento>
- Crespo, M; Ring, J. y Vásquez, C. (2000). Estrategias de Afrontamiento. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf
- Devins, G.M. (1991). *Illness intrusiveness and the psychological impact of end-stage renal disease*. United States: The Harworth Press, Inc.
- Díaz, C. (2013). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos. (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú.
- Endler, N. y Parker, J. (1990). Multidimensional assesment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Franco, Y (2011). *Insuficiencia Renal Crónica*. Lima, Perú. Recuperado de <http://tesisdeinvestigadores.blogspot.com/2011/08/insuficiencia-renal-cronica.html>
- Fernández, E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: Su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. (Tesis Doctoral). Universidad de León, España.
- Filgueira M. (1995). Psicodrama focal del duelo patológico. *Siso/Saude*, (25), 17-32.

- Grajales, T. (1996). *Conceptos Básicos para la Investigación Social*. México: Montemorelos.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México. Mc Graw-Hill Interamericana.
- Hernando, L. (2008). *Nefrología Clínica*. España: Médica Panamericana.
- Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales (NIDDK). (2007) *Métodos de tratamiento para la insuficiencia renal: hemodiálisis*. Estados Unidos. Recuperado de http://kidney.niddk.nih.gov/spanish/pubs/hemodialysis/KFS-Hemodialysis_SP_508.pdf
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Spriger Publishing.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* España, Barcelona: Martínez Roca.
- López, M; Moreno, A; Rodríguez, M y Venado, A. (2009). *Insuficiencia renal crónica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2009/02_feb_2k9.pdf.
- Magaz, A. (2003). *Efectos psicológicos de la insuficiencia Renal crónica: Diferencias en función de los tratamientos médicos*. (Tesis Doctoral). Universidad de Deusto, España.
- Martins, C. y Riella, M. (2007). *Nutrición y Riñón*. Argentina: Medica Panamericana.
- Morán, C. (2005). *Estrés, Burnout y Mobbing. Recursos y estrategias de afrontamiento*. Salamanca: Amarú ediciones.
- Nagle, L.M. (1998). The meaning of technology for people with chronic renal failure. *Holistic Nursing Practice*, 12(4), 78-92.

Organización Panamericana de la Salud (1989). *Insuficiencia Renal Crónica, Dialisis y trasplante, primera conferencia de consumo*. Panamá.

Pangrazzi, A.(1993). *La pérdida de un ser querido*. Madrid: Ediciones Paulinas.

Paredes, R. (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica, Perú.

Pérez, M. y Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología*. 30, 17-33.

Peñacoba, C., Díaz, L., Goiri, E. y Vega, R. (2000). Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés: Un análisis comparativo entre bomberos con y sin experiencia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 16, 341-356.

Phillips, R. (1987). *Coping with kidney failure*. New York: Avery Publishing Group.

Reichsman, F. y Levy, N. B. (1972). Problems in adaptation to maintenance haemodialysis. *Archives of Internal Medicine*, 130, 859-865.

Riso, R. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Rodríguez, J., Pastor, S., & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.

Rodríguez, J. (2011). (27 de Enero del 2014). Estrés. Recuperado de <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/PSI&COMUNICACION/2011-12/15PC-ESTRES.pdf>

- Rubiño, A. (2007). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis: Influencia de las variables de personalidad y modos de afrontamiento*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, España.
- Segarra, E. (2006). *Fisiología de los Aparatos y Sistemas*. Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Sousa, V., Driessnack, M. y Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-americana de Enfermage*. 15(3), 632-638.
- Valderrama, N. (2008). *Nivel de satisfacción en el usuario externo como indicador de calidad en los centros de hemodiálisis*. Perú: s.e.
- Villagrán, M. (2012). *Estudio de la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los y las pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, sometidos a hemodiálisis, en el Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional*. (Tesis de Licenciatura). Universidad politécnica salesiana, Ecuador.
- Zahonero, M. C. (1986). *Ansiedad y depresión en los pacientes sometidos a hemodiálisis*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Colección Tesis Doctorales.

Apéndice A

CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Instrucciones

Nuestro interés es conocer cómo las personas responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes. Con este propósito en el presente cuestionario se pide indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia cuando se encuentra en tal situación. Seguro que diversas situaciones requieren respuestas diferentes, pero piense en aquellos QUE MÁS USA No olvide responder todas las preguntas teniendo en cuenta las siguientes alternativas:

NUNCA (NO)

SIEMPRE (SI)

1. Ejecuto acciones adicionales para deshacerme del problema.	SI	NO
2. Elaboro un plan de acción para deshacerse del problema.	SI	NO
3. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema.	SI	NO
4. Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema.	SI	NO
5. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron	SI	NO
6. Hablo con alguien sobre mis sentimientos.	SI	NO
7. Busco algo bueno de lo que está pasando.	SI	NO
8. Aprendo a convivir con el problema.	SI	NO
9. Busco la ayuda de Dios.	SI	NO
10. Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones.	SI	NO
11. Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido.	SI	NO
12. Dejo de lado mis metas.	SI	NO
13. Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente.	SI	NO

14. Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema.	SI	NO
15. Elaboro un plan de acción.	SI	NO
16. Me dedico a enfrentar el problema y si es necesario dejo de lado otras actividades.	SI	NO
17. Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita.	SI	NO
18. trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema.	SI	NO
19. Busco el apoyo emocional de amigo o familiares.	SI	NO
20. Trato de ver el problema en forma positiva.	SI	NO
21. Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado.	SI	NO
22. Deposito mi confianza en Dios.	SI	NO
23. Libero mis emociones.	SI	NO
24. Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente.	SI	NO
25. Dejo de perseguir mis metas.	SI	NO
26. Voy al cine o miro la TV, para pensar menos en el problema.	SI	NO
27. Hago paso a paso lo que tiene que hacerse.	SI	NO
28. Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema.	SI	NO
29. Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema.	SI	NO
30. Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto.	SI	NO
31. Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema.	SI	NO
32. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo.	SI	NO
33. Aprendo algo de la experiencia.	SI	NO
34. Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido.	SI	NO
35. Trato de encontrar consuelo en mi religión.	SI	NO
36. Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos de a otros.	SI	NO
37. Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema.	SI	NO
38. Acepto que puedo enfrentar el problema y lo dejo de lado.	SI	NO
39. Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema.	SI	NO
40. Actúo directamente para controlar el problema.	SI	NO

41. Pienso en la mejor manera de controlar el problema.	SI	NO
42. Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema.	SI	NO
43. Me abstengo de hacer algo demasiado pronto.	SI	NO
44. Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema.	SI	NO
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien.	SI	NO
46. Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de las experiencias.	SI	NO
47. Acepto que el problema ha sucedido.	SI	NO
48. Rezo más de lo usual.	SI	NO
49. Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema.	SI	NO
50. Me digo a mí mismo : “Esto no es real”.	SI	NO
51. Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema.	SI	NO
52. Duermo más de lo usual.	SI	NO

Apéndice B

Nº 00

HOJA INFORMATIVA PARA EL EVALUADO

Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Insuficiencia Renal en inicio de hemodiálisis y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un Hospital estatal Chiclayo 2013.

Las estudiantes de Psicología Pérez Rioja Claudia y Santamaría Albuja Estefany, pertenecientes a la Escuela de Psicología de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, tienen la autorización para ejecutar el proyecto de investigación, que tiene como objetivo determinar la diferencia que existe entre Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Insuficiencia Renal en inicio de hemodiálisis y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un Hospital estatal Chiclayo 2013. La presente investigación es de carácter voluntario, donde puede retirarse del estudio cuando así lo considere, y sin tener que dar explicaciones, además el personal investigador declara mantener la confidencialidad de la información obtenida, siendo utilizado sólo con fines de investigación. Asimismo por esta colaboración no se dará ningún tipo de remuneración económica.

Investigadores:

Pérez Rioja Claudia María.

Santamaría Albuja Estefany.

Nombre del Asesor:

Blanca Mariana Rojas Jiménez

Dirección: Psj. San Pablo # 135 Urb. Remigio Silva

Teléfono: 949805591.

Firma del investigador

Firma del investigador

Apéndice C

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL EVALUADO

Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Insuficiencia Renal en inicio de hemodiálisis y
pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un Hospital estatal Chiclayo 2013.

Yo,.....identificado (a) con DNI N°
....., he recibido suficiente información sobre el estudio a realizarse, declaro conocer los objetivos, riesgos y beneficios del Proyecto de Investigación: “Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Insuficiencia Renal en inicio de hemodiálisis y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un Hospital estatal Chiclayo 2013”.

He hablado con las encargadas del estudio Pérez Rioja Claudia y Santamaría Albuja Estefany, por lo tanto comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio si no lo considero apropiado, y sin tener que dar explicaciones, además acepto que el resultado de la investigación será publicado en una revista científica. Por ello brindo libremente la conformidad para mi participación. Por esta colaboración no recibiré ningún tipo de remuneración económica. El personal investigador declara mantener la confidencialidad de la información obtenida.

Como prueba de mi autorización, suscribo la presente, con fecha:

Firma

DNI N°.....

Responsables del proyecto:

Pérez Rioja Claudia María.

Santamaría Albuja Estefany.

Dirección: Psj.San Pablo # 135 Urb. Remigio Silva.

Teléfono: 949805591

Firma del investigador

Firma del investigador

Apéndice D

Resultados de la prueba no paramétrica Mann/Whitney aplicada a dos muestras independientes para determinar si existe diferencia entre las Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis.

Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1852	I
40	1388	Group 2
80	3240	total
	1620.00	expected value
	100.06	standard deviation
	2.31	z, corrected for ties
	.0207	p-value (two-tailed)

Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1745	II
40	1495	Group 2
80	3240	total
	1620.00	expected value
	99.00	standard deviation
	1.26	z, corrected for ties
	.2085	p-value (two-tailed)

Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1761	III
40	1479	Group 2
80	3240	total
	1620.00	expected value
	100.39	standard deviation
	1.40	z, corrected for ties
	.1617	p-value (two-tailed)

Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1902	IV
40	1338	Group 2
80	3240	total
	1620.000	expected value
	103.923	standard deviation
	2.714	z
	.0067	p-value (two-tailed)

Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1547	V
40	1693	Group 2
80	3240	total
	1620.000	expected value
	103.923	standard deviation
	-0.702	z
	.4824	p-value (two-tailed)

Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1682	VI
40	1558	Group 2
80	3240	total
	1620.000	expected value
	103.923	standard deviation
	0.597	z
	.5508	p-value (two-tailed)

Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1851.5	VII
40	1388.5	Group 2
80	3240	total
	1620.000	expected value
	103.923	standard deviation
	2.228	z
	.0259	p-value (two-tailed)

Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1703.5	VIII
40	1536.5	Group 2
80	3240	total
	1620.000	expected value
	103.923	standard deviation
	0.803	z
	.4217	p-value (two-tailed)

Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1786	IX
40	1454	Group 2
80	3240	total
	1620.000	expected value
	103.923	standard deviation
	1.597	z
	.1102	p-value (two-tailed)

Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1432	X
40	1808	Group 2
80	3240	total
	1620.000	expected value
	103.923	standard deviation
	-1.809	z
	.0704	p-value (two-tailed)

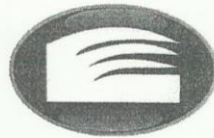
Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1619	XI
40	1621	Group 2
80	3240	total
	1620.000	expected value
	103.923	standard deviation
	-0.010	z
	.9923	p-value (two-tailed)

Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1553	XII
39	1607	Group 2
79	3160	total
	1600.000	expected value
	101.980	standard deviation
	-0.461	z
	.6449	p-value (two-tailed)

Wilcoxon - Mann/Whitney Test		
n	sum of ranks	
40	1723	XIII
40	1517	Group 2
80	3240	total
	1620.000	expected value
	103.923	standard deviation
	0.991	z
	.3216	p-value (two-tailed)

Apéndice E

Constancia de aprobación del Comité Metodológico de Investigación de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo para desarrollar la investigación



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
Chiclayo – Perú

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CONSTANCIA DE EVALUACIÓN POR COMITÉ METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN

El comité Metodológico ha evaluado el proyecto de investigación titulado:


Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en inicio y pacientes con más de dos años de hemodiálisis en un hospital estatal Chiclayo, 2013.

Cuyos investigadores son:

Pérez Rioja, Claudia María
Santamaría Albuja, Estefany Noemí

Y considera que el proyecto esta **APROBADO** por éste comité, y puede continuar con los procesos siguientes para su desarrollo.

Fecha 03.09.2013


.....
Representante del comité evaluador

Apéndice F

Aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo para desarrollar la investigación

CB-FMI
Comité de Bioética de la
Facultad de Medicina
usat


**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**
Chiclayo - Perú

COMITÉ DE BIOÉTICA

EVALUACIÓN ÉTICA DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

El día miércoles 25 de Setiembre del 2013, el Comité de Bioética ha determinado declarar **APROBADO** el trabajo de Investigación de la Escuela de Psicología:

1. Título: **Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio y pacientes con más de dos años de hemodiálisis en un hospital estatal de Chiclayo, 2013.**

2. Autores:



- Pérez Rioja, Claudia María
- Santamaría Albuja, Estefany Noemí

Chiclayo, 25 de Setiembre del 2013.


Firma del Presidente del Comité de
Bioética
Dr. Luis Lara Romero

Apéndice G

Aprobación del Comité de Investigación de la Red Asistencial Lambayeque para desarrollar la investigación

	PERÚ Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo	Seguro Social de Salud EsSalud	Red Asistencial Lambayeque	 EsSalud Seguridad Social para todos
---	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

"AÑO DE LA INVERSION PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

LA UNIDAD DE CAPACITACION INVESTIGACION Y DOCENCIA DE LA RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE EsSalud , deja constancia:

Que, las alumnas, **CLAUDIA MARIA PEREZ RIOJA, ESTEFANY NOEMI SANTAMARIA ALBUJAR**, de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo – Escuela de Psicología, han sido autorizadas por la Gerencia de la Red Asistencial Lambayeque, para desarrollar el Proyecto de Investigación denominado **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN INICIO Y PACIENTES CON MAS DE 02 AÑOS DE HEMODIALISIS"**, el mismo que ha sido revisado y aprobado por el Comité de Investigación de la Red Asistencial Lambayeque.



Área a ejecutarse : Servicios de Nefrología y Unidad de Hemodiálisis
Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo"

Período : 14 de noviembre al 06 de diciembre 2013

Al final de dicha investigación las indicadas alumnas deberán hacer llegar un ejemplar de la Tesis al Área de Biblioteca de la Red Asistencial Lambayeque.

Se expide la presente para los fines convenientes, ante las instancias correspondientes.

Chiclayo, 14 de noviembre de 2013


Lic. Rosely Karen Pacheco Heredia
JEFE UNIDAD DE CAPACITACION INVESTIGACION Y DOCENCIA
Red Asistencial Lambayeque


RPH/dgc.
NIT. 1298.2013.12298

www.essalud.gob.pe | Plaza de la Seguridad Social s/n
Chiclayo
Lambayeque, Perú
T. (074) 237776