



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “PSICOLOGÍA CLÍNICA - III Versión”

**CALIDAD DE VIDA, ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: UN
ESTUDIO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS DEL
HOSPITAL SANTA BÁRBARA DE LA CIUDAD DE SUCRE**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magister en “Psicología
Clínica”**

MAESTRANTE: LENNY ANDREA HERBAS CARVAJAL

Sucre - Bolivia
2017



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “PSICOLOGÍA CLÍNICA, III Versión”

**CALIDAD DE VIDA, ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: UN
ESTUDIO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS DEL
HOSPITAL SANTA BÁRBARA DE LA CIUDAD DE SUCRE**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magister en “Psicología
Clínica”**

MAESTRANTE: LENNY ANDREA HERBAS CARVAJAL

TUTOR: DR. ROBERTO FLORES TORREJÓN

Sucre - Bolivia
2017

DEDICATORIA

La presente Tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mis dos hijos: Juan Salvador y Emilio Ignacio que son el motor de mi vida, que de una u otra forma siempre me apoyaron, demostrándome su cariño, su amor y ternura.

A mi esposo, por brindarme su afecto y apoyo emocional.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por haber guiado cada paso dado durante mi vida y llegar a esta meta importante, por haber colocado a cada una de las personas adecuadas en el momento preciso y coincidir, haciendo posible la conclusión de esta meta.

Gracias a mis padres Prof. Juan Herbas Mendoza y Sra. Mirtha Carvajal Pinto por haberme enseñado a colocar cimientos a mis sueños, por demostrarme que con trabajo y esfuerzo se alcanzan los objetivos trazados en la vida.

Gracias a mi familia, esposo e hijos por el amor y la paciencia en todo el tiempo dedicado a cursar mis estudios superiores.

Gracias a la Universidad Andina Simón Bolívar que organizó todo un programa completo generando profesionales idóneos en el ámbito de la psicología clínica y a todo el equipo de profesionales competentes con tan buena disposición, capacidad y simpatía.

Gracias al Dr. Roberto Flores Torrejón por su paciencia, tiempo y dedicación, gracias por transmitirme sus conocimientos y hacer posible que logre un importante objetivo como el culminar el desarrollo de mi tesis con éxito y obtener la titulación.

RESUMEN

El presente estudio analizó la interacción entre los Estilos y Estrategias de afrontamiento con la Calidad de Vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis del Hospital Santa Bárbara de la ciudad de Sucre-Bolivia. Se trata de un estudio cuantitativo de tipo correlacional, descriptivo y exploratorio. Se consideró una población de 41 pacientes. El tipo de muestra fue no-probabilística por conveniencia, en relación a las características de la investigación. Los instrumentos utilizados fueron: La Escala SF-36. Se utilizó la versión española del SF-36 desarrollada durante el Medical Outcomes Study (MOS). La escala mide conceptos genéricos de salud a través de 8 dimensiones Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, y Salud Mental. La Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento de Fernández-Abascal (1997), mide 3 Estilos de Afrontamiento según el Método, la Focalización y la Actividad y 18 Estrategias correspondientes a los estilos mencionados.

Los resultados indican que existe relación entre los Estilos y Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida principalmente con las dimensiones Función y Rol Físico. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los Estilos-Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida; sin embargo ambos difieren en el uso de sus estrategias ya que los hombres se centran más en estrategias dirigidas a Resolver el Problema y las mujeres en las de Control Emocional. La edad no parece influir de manera determinante en el uso de los Estilos y Estrategias de Afrontamiento sin embargo las personas mayores suelen recurrir más a elementos emocionales y de apoyo social a diferencia de los jóvenes que recurren más a un Estilo Activo. El tiempo de Tratamiento de Diálisis no influye en la Calidad de Vida de los pacientes sin embargo tanto en los que han realizado mayor como menor tiempo de tratamiento la salud mental y física se encuentra afectada debido a la enfermedad renal.

Palabras Clave: Estilos y Estrategias de Afrontamiento, Calidad de Vida, Insuficiencia Renal Crónica, Hemodiálisis.

SUMMARY

The present study analyzed the interaction between the Styles and Coping Strategies with the Quality of Life in patients with hemodialysis treatment of the Santa Bárbara Hospital of the city of Sucre, Bolivia. It is a quantitative study of correlational, descriptive and exploratory type. A population of 41 patients was considered. The type of sample was non-probabilistic for convenience, in relation to the characteristics of the investigation. The instruments used were: The SF-36 Scale. The Spanish version of the SF-36 developed during the Medical Outcomes Study (MOS) was used. The scale measures generic health concepts through 8 dimensions Physical Function, Physical Role, Corporal Pain, General Health, Vitality, Social Function, Emotional Role, and Mental Health. The Scale of Styles and Coping Strategies of Fernández-Abascal (1997), measures 3 Coping Styles according to the Method, Focusing and Activity and 18 Strategies corresponding to the styles mentioned.

The results indicate that there is a relationship between the Styles and Coping Strategies and the Quality of Life, mainly with the dimensions Function and Physical Role. There are no significant differences between men and women in terms of the Styles-Strategies of Coping and the Quality of Life; however, both differ in the use of their strategies since men focus more on strategies aimed at Solving the Problem and women on Emotional Control. Age does not seem to have a decisive influence on the use of Coping Styles and Strategies; however, older people tend to rely more on emotional elements and social support, unlike young people who use Active Style more. The time of dialysis treatment does not influence the quality of life of patients, however, both in those who have made more and less time of treatment mental and physical health is affected due to kidney disease.

Key Words: Coping Styles and Strategies, Quality of Life, Chronic Renal Insufficiency, Hemodialysis.

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. CALIDAD DE VIDA	3
2. AFRONTAMIENTO	5
2.1. Los recursos del afrontamiento.....	7
2.2. Las respuestas de Afrontamiento.....	7
2.3. Estilos y Estrategias de Afrontamiento.....	8
2.3.1. Escala de afrontamiento orientada al problema.....	9
2.3.2. Escala de afrontamiento orientada a la emoción.....	9
2.3.3. Otras escalas de afrontamiento.....	10
3. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	10
4. DIALISIS	12
5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	14
6. OBJETIVOS	16
6.1. Objetivo General.....	16
6.2. Objetivos Específicos.....	16
7. MÉTODO	17
7.1. Características de la investigación.....	17
7.2. Participantes.....	17
7.3. Instrumentos.....	19
7.3.1. La Escala SF-36.....	19

7.3.2. Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento.....	21
7.4. Procedimiento.....	24
7.5. Análisis de los datos.....	24
RESULTADOS.....	25
DISCUSION.....	36
CONCLUSIONES.....	40
BIBLIOGRAFIA.....	45
ANEXOS.....	49

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas.....	18
Tabla 2. Prueba t de Student Estilos de Afrontamiento y Sexo.....	25
Tabla 3. Prueba t de Student Estrategias de Afrontamiento y Sexo.....	26
Tabla 4. Prueba t de Student Calidad de Vida y Sexo.....	27
Tabla 5. Correlación Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida.....	28
Tabla 6. Correlación Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida.....	30
Tabla 7. Prueba t de Student Estilos de Afrontamiento y Edad.....	32
Tabla 8. Prueba t de Student Estrategias de Afrontamiento y edad.....	33
Tabla 9. Prueba t de Student Calidad de Vida y Tratamiento de Diálisis..	34

INTRODUCCION

Para los(as) profesionales de la salud, la calidad de vida se ha constituido en una preocupación permanente y de mucha relevancia. La Organización Mundial de la Salud (1994) definió la calidad de vida, como la percepción individual de la posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.

La calidad de vida es un constructo ampliamente estudiado en enfermedades como la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) por sus características y tratamiento. Su estudio e interés se ha incrementado en los últimos años, de acuerdo al progresivo aumento de personas con IRC y a la prolongación en años de vida que presentan. Los estudios coinciden en señalar que la calidad de vida se encuentra más deteriorada en personas con tratamiento de hemodiálisis que en la población general e incluso en quienes han recibido trasplante renal (García y Calvanese, 2007).

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece, así como para su entorno familiar, siendo el trasplante de riñón como una opción de tratamiento al que no todos pueden acceder, ya sea por el factor económico, familiar o por las complicaciones que conlleva la misma patología, por lo que se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo, la diálisis, que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento que invade en la calidad de vida, obligando al paciente a buscar diferentes estilos y estrategias de afrontamiento los cuales tienen como objetivo estabilizar las diversas necesidades cotidianas que se ven alteradas a partir del diagnóstico que recibe el paciente (Gil *et al.*, 2003).

La insuficiencia renal crónica en etapa avanzada, ha constituido un problema de salud en Bolivia. Las opciones del tratamiento dependen definitivamente del origen de la patología, de la forma en la que se enfrenta la enfermedad, conjuntamente con las posibilidades socioeconómicas y el estilo de vida del paciente.

El presente estudio, trata sobre la calidad de vida, los estilos y estrategias de afrontamiento en usuarios externos (pacientes) con el diagnóstico médico de Insuficiencia Renal Crónica que son sometidos a hemodiálisis en el hospital Santa Bárbara de la ciudad de Sucre. El análisis engloba varios aspectos de la población en estudio, como ser: la edad, el sexo, lugar de procedencia, el tiempo con el que se encuentra en el tratamiento de diálisis, y la enfermedad de base que desencadenó la insuficiencia renal.

Pretende detallar la calidad de vida de los pacientes en función al tipo de actividad física desarrollada por cada usuario, a la vida familiar, social, al dolor corporal así como el grado de valoración personal que realiza el paciente de su salud actual y el nivel de vitalidad que presenta.

Frente a todo este tipo de situaciones, se aspira definir como se relaciona el afrontamiento con la calidad de vida de los pacientes así como a qué tipo de estilo y estrategia de afrontamiento recurre cada paciente para equilibrarse, y hacerle frente a la cotidianeidad de la enfermedad, si el recurso que elige se orienta a un afrontamiento más activo que le permite ejecutar acciones directas, si deja de lado actividades proyectos, con la finalidad de no ser distraído y encaminar toda su atención a manejar la situación problema, si acude en busca de apoyo social o por otra parte si posterga su actuar para evitar hacer cosas imprudentes y prematuras.

1. CALIDAD DE VIDA

La Calidad de Vida (CV) ha cobrado mucho interés últimamente en diferentes ámbitos: economía, médicos, psicólogos, educadores, sociólogos, periodistas y hasta en discursos políticos. Es prioritaria para la psicología de la salud, la prevención de la enfermedad, y la promoción.

En la década del 70 tuvo expansión hacia los años 80, encubierto por el desarrollo de conceptos tales como los de bienestar, salud y felicidad. En primeros momentos al discutir sobre los problemas del significado de la vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento se hace uso del término en los trabajos teóricos de Filosofía y Ética (Ferrero *et al.*, 1995).

En el ámbito de la salud el término fue utilizado en diferente investigaciones se encontraron 829 trabajos en las que se incluía la CV como descriptor desde 1977, por la prevalencia de enfermedades crónicas y el aumento en la esperanza de vida, lo que hace de la CV un objetivo de la atención médica, cuando no es posible aumentar la cantidad de la vida misma, o cuando comienza a importar más la satisfacción con la vida que el incremento en pocos años, al acercarse la cantidad de la vida a sus propios límites biológicos (Álvarez *et al.*, 2001).

Lubkin (1998), afirman que la CV es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros.

La calidad de vida se emplea hoy como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. En las ciencias de la salud los avances de la medicina han hecho posible prolongar notablemente la vida, generando un aumento

importante de las personas con enfermedades crónicas, lo que ha llevado a poner especial acento en la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) (Badía y Lizán, 2003).

La CVRS ha probado ser útil, principalmente como un rasgo de estructura general, dentro de la cual las dimensiones relevantes de la vida y salud se pueden examinar en investigación y prácticas clínicas. Su medición se ha utilizado para distinguir diferencias entre pacientes o grupos de pacientes, para predecir resultados en ellos y para evaluar las intervenciones terapéuticas (Bombardier *et al.*, 1990).

A partir de la década de los 80, el concepto fue aplicado en el mundo de las enfermedades incapacitantes, dado que captaba una visión nueva y cambiante sobre las personas con discapacidad (Schwartzmann, 2003). En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre diversas opciones, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas y aspiraciones y a tener mayor participación en las decisiones que las afectan (Gómez-Vela y Sabeth citando a Schalok, 2002).

Los avances tecnológicos experimentados en las últimas décadas han llevado a un considerable aumento de herramientas biotecnológicas en salud, en contraste con el lento desarrollo de herramientas vinculadas a los factores o aspectos sociales y humanos involucrados. Esto lleva a que se produzca un desequilibrio en la atención de salud, con un acentuado énfasis en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y una insuficiente consideración de las consecuencias psicosociales de sus problemas (Velarde y Ávila, 2002).

. La aplicación de la tecnología previene la muerte prematura, como ocurre con las enfermedades crónicas terminales, pero a su vez sobreviene una serie de problemas que se refieren a las consecuencias de vivir con ellas. Las enfermedades cardíacas y renales reflejan plenamente los problemas de costo y efectos sobre la CV de los pacientes portadores de estas patologías (Rebollo *et al.*, 2000).

La rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su CV en general (Iborra *et al.*, 1998).

Para el profesional en psicología el estudio de la CV del individuo es de gran interés, ya que le permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento le permite realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando. El quehacer del psicólogo debería centrarse en ayudar a los individuos a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento de las múltiples alternativas que tienen en relación con su salud y así determinar las orientaciones de valor para cada uno de ellos (Pérez *et al.*, 2005).

2. AFRONTAMIENTO

Lázarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 24).

Esta definición obvia las limitaciones de los planteamientos tradicionales por los siguientes aspectos:

- a. Se trata de un planteamiento orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de como rasgo, reflejado en las palabras *constantemente cambiante* y demandas *específicas* y conflictos.
- b. Implica una *diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada* al limitar el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes y desbordantes de los recursos del individuo. Limita el afrontamiento a aquellas condiciones de estrés

psicológico que requieren la movilización y excluyen a las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzo.

- c. Se aclara el problema de *confundir el afrontamiento con el resultado obtenido* al definir el afrontamiento como los *esfuerzos* para manejar las demandas, lo cual permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga.
- d. Al utilizar la palabra *manejar*, se evita el equiparar el afrontamiento con dominio. Manejar puede significar minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno.

2.1. Los recursos del afrontamiento.

Son los elementos y/o capacidades, internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante. De acuerdo con la clasificación formulada por Lázarus y Folkman, se pueden distinguir:

- a. Físicos / Biológicos: que incluyen todos los elementos del entorno físico de la persona (incluyendo su propio organismo biológico) que están disponibles para ella.
- b. Psicológicos / Psicosociales: que van desde la capacidad intelectual de la persona hasta su sentido de la autoestima, nivel de independencia o autonomía y sentido del control. También incluyen las creencias que pueden ser utilizadas para sostener la esperanza, destrezas para la solución de problemas, la autoestima y la moral.
- c. Culturales: que tienen que ver con las creencias de la persona y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos, vienen dados por la cultura propia del individuo.
- d. Sociales: que incluyen la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que puede obtenerse información, asistencia

tangible y apoyo emocional. Son cruciales para la capacidad de afrontamiento del estrés; incluyen ingresos adecuados, residencia adecuada y satisfacción con el empleo o estudio.

2.2. Las respuestas de Afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1986) discutieron inicialmente dos tipos de respuestas de afrontamiento: acciones observables diseñadas para modificar la situación estresante directamente; y en segundo lugar, un tipo de afrontamiento paliativo, en cuyo caso la situación estresante es aceptada y las acciones se orientan al manejo o reducción de los sentimientos de distrés que resultan de ella.

Inicialmente, se pueden establecer en este sentido, dos tipos de respuestas de afrontamiento según el foco en el que se centren: la regulación de las emociones causadas por el distrés (afrontamiento centrado en la emoción); y el manejo del problema que está causando el distrés (afrontamiento centrado en el problema).

Fernández y Abascal (1997) afirman que atendiendo a su "foco", también se pueden clasificar las conductas de afrontamiento en tres tipos) *afrontamiento orientado a la situación*; *afrontamiento orientado a la representación*, referidos a acciones ejecutadas para cambiar la representación cognitiva de la situación, que puede implicar búsqueda o supresión de información; y *afrontamiento orientado a la evaluación*, que incluye operaciones dirigidas a la estructura de metas o a la valencia subjetiva de la situación.

Según el método, pueden ser: *afrontamiento aproximativo*; que incluye todas las estrategias de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el distrés o a las emociones negativas concomitantes. El *afrontamiento evitativo*; que incluye aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar de, o evitar, la consideración del problema o las emociones negativas concomitantes. El *afrontamiento pasivo* es cuando se omite toda acción, y se permanece en situación de duda o espera.

De acuerdo con el tipo de proceso, se puede distinguir dos categorías de afrontamiento: *afrontamiento comportamental*; que implica un intento de tomar una decisión y cambiar la situación problemática, llevando a cabo conductas que la persona supone adecuadas para ello. El *afrontamiento cognitivo*, que implica un intento de tratar con los problemas mediante cogniciones.

Si se atiende al momento en el que se emite, se tiene; el *afrontamiento anticipatorio*; donde se ejecutan antes de la ocurrencia del acontecimiento estresante. Es un comportamiento preventivo de los acontecimientos estresantes que se espera que ocurran; implica conductas de solución de problemas que ayudarían a prepararse para el acontecimiento estresante. El *afrontamiento restaurativo*, implica que se ejecutan después de la ocurrencia del acontecimiento estresante. Es un comportamiento restaurativo del equilibrio psicosocial una vez que se haya producido la respuesta de estrés ante el acontecimiento o situación. Implica el uso de estrategias cognitivas o comportamentales para habérselas con las dificultades en la medida en que los acontecimientos se van presentando.

Finalmente, si se pone atención en la amplitud o grado de generalidad de las respuestas, se clasifican en *afrontamiento general y específico*. En el general, se ejecutan conductas con una funcionalidad global que permiten reducir o manejar categorías de estresores. En el específico, se ejecutan conductas que específicamente pretendan manejar un estresor específico.

2.3. Estilos y Estrategias de Afrontamiento.

Holroyd y Lázarus (1982) desarrollaron una conceptualización definida como una respuesta o conjunto de respuestas a eventos externos estresantes o depresivos, que la persona elabora en forma abierta o encubierta. El proceso se refiere a que la persona inicia sus esfuerzos para pensar cómo puede enfrentar esta situación y luego ejecutar esta acción. Posteriormente, la persona puede evaluar el afrontamiento ejecutado.

Con el propósito de medir los estilos y las estrategias de afrontamiento en los individuos, Carver (1989), propone 3 escalas que se presentan a continuación:

2.3.1. Escala de afrontamiento orientada al problema.

Afrontamiento activo; se define como el proceso de ejecutar acciones directas incrementando los esfuerzos con el fin de apartar o evitar el estresor, o aminorar sus efectos negativos.

La planificación; implica pensar en cómo manejarse frente al estresor organizando estrategias de acción, pensando que paso tomar y estableciendo cuál será la mejor forma de manejar el problema.

La supresión de actividades competentes; se refiere a dejar de lado, o incluso dejar pasar, otros proyectos o actividades evitando ser distraído, con la finalidad de poder manejar el estresor.

La postergación del afrontamiento; consisten en esperar hasta que se presenta la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema, evitando hacer algo prematuramente.

La búsqueda de apoyo social; por razones instrumentales, consiste en buscar en los demás consejo, asistencia e información con el fin de solucionar el problema.

2.3.2. Escala de afrontamiento orientada a la emoción.

Búsqueda de apoyo emocional por razones emocionales; consiste en buscar en los demás apoyo moral, empatía y comprensión de los demás con el fin de aliviar la reacción emocional negativa.

La reinterpretación positiva y el crecimiento; consiste en evaluar el problema de manera positiva, otorgándole connotaciones favorables a la experiencia en sí misma y en otros casos asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.

La aceptación; engloba dos aspectos durante el proceso de afrontamiento. El primero se realiza durante la fase de evaluación primaria cuando la persona acepta que la situación estresante realmente existe, y el segundo tiene lugar durante la evaluación secundaria y consiste en aceptar la realidad como un hecho con el que se tendrá que convivir ya que no se podrá modificar.

La negación; consiste en rehusarse a creer que el estresor existe, o tratar de actuar pensando como si el estresor no fuera real.

Acudir a la religión; es la tendencia a volcarse a la religión en situaciones de estrés con la intención de reducir la tensión existente.

2.3.3. Otras escalas de afrontamiento.

Enfocar y liberar emociones; consiste en focalizarse en las consecuencias emocionales desagradables que se experimenta expresando abiertamente estas emociones.

Desentendimiento conductual; consiste en la disminución del esfuerzo dirigido al estresor, dándose por vencido, sin intentar lograr las metas con las que el estresor está interfiriendo.

Desentendimiento mental; implica que la persona permite que una amplia variedad de actividades la distraigan de su evaluación de la dimensión conductual del problema, o de la meta con la que el estresor está interfiriendo.

3. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

El riñón es para el organismo un regulador de las funciones sanguíneas y corporales así como muy importante para mantener el bienestar físico del individuo. Cuando estas funciones del riñón se ven afectadas, es necesario realizar tratamientos farmacológicos y terapias como la diálisis, a la cual nos vamos a referir más adelante.

De acuerdo con Andreoli *et al.* (1999) Las enfermedades renales suelen ser inespecíficas en sus manifestaciones, sin embargo, ciertos grupos de datos pueden utilizarse para clasificar algunos de los síndromes y enfermedades más frecuentes que afectan a los riñones y las vías urinarias. La división de las manifestaciones clínicas en síndromes clínicamente distintos es arbitraria, y existe sobre posición entre ellos; sin embargo, la clasificación de la expresión de la función renal en grupos comunes cumple un propósito útil, principalmente la consideración de entidades clinicopatológicas específicas.

Las nefropatías o trastornos renales pueden clasificarse según el segmento de la nefrona más afectado. La glomerulonefritis y diversas variantes del síndrome nefrótico afectan el glomérulo renal. Las vasculopatías, infecciones y toxinas tienen efectos primordiales sobre los túbulos renales, aunque es factible que coexista cierto grado de disfunción glomerular. La obstrucción de la salida de orina por cálculos renales (nefrolitiasis), proteínas u otros materiales presentes en los conductos colectores o uréteres termina por lesionar la nefrona. Cuando el grado de daño de los riñones es grave, ocurre la insuficiencia renal y puede conducir al síndrome urémico (Hernández y Grau, 2005).

La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal; se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social, además de esto, las múltiples prohibiciones, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas, muchas veces la pérdida de esperanzas de trasplantes renales y en muchos casos el abandono familiar afectan notablemente al paciente disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce que algunos pacientes adquieran conductas negativas a la diálisis.

4. DIALISIS

La insuficiencia renal crónica es la pérdida de la capacidad funcional de los riñones en forma permanente, llegando a un grado funcional tan bajo que requiere diálisis. El Manual Merck (1998) la define como "la situación clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que conducen a un desajuste e insuficiencia de la función excretora y reguladora renal" (p.33). La insuficiencia renal crónica puede producirse como resultado de infecciones renales crónicas, anomalías del desarrollo, trastornos vasculares y destrucción de los túbulos renales.

El paciente puede presentar letargo o somnolencia, cefalea, náuseas, prurito, vómitos, anemia, descenso del PH sérico, hipertensión, aumento de la fosfatemia y disminución de la calcemia, escarcha urémica, convulsiones, coma y muerte. El deterioro progresivo de la función renal ocasiona uremia. El síndrome urémico ocurre cuando se elevan las concentraciones de nitrogenados y otros productos tóxicos de la sangre.

Los pacientes que han llegado a la uremia, pueden presentar alteraciones mentales, neuropatías, convulsiones, cefalea, temblores, disminución en la capacidad de concentración, pérdida de reflejos, retinopatía, calcificaciones conjuntivales y corneales, arritmias, anemia, ingurgitación yugular, piel seca, coloración amarillo bronce, prurito, pérdida de peso, reducción de la masa muscular, insomnio, debilidad, estreñimiento, amenorrea; entre otros signos y síntomas.

La diálisis es una alternativa de tratamiento cuando el deterioro de la función renal se hace irreversible; la misma puede ser de dos tipos: diálisis peritoneal y hemodiálisis. La diálisis elimina los productos de desecho metabólico a través de membranas semipermeables como el peritoneo o de aparatos dializadores que separan la sangre del líquido dializante. Los principios que fundamentan la diálisis son la difusión y ultrafiltración de los solutos y el agua; el movimiento de solutos es directamente proporcional al gradiente de concentración existente a

ambos lados de la membrana, el cual se manipula variando la composición del líquido de diálisis.

La diálisis peritoneal se realiza al utilizar la membrana peritoneal del cuerpo que se encuentra dentro del abdomen como membrana semipermeable. Se infunden soluciones especiales que ayudan a eliminar las toxinas, permanecen en el abdomen por un lapso de tiempo y luego se drenan. Saca el exceso de agua, los desechos y las sustancias químicas del cuerpo. Al comenzar el primer tratamiento, el cirujano coloca en su abdomen un tubo pequeño y blando llamado catéter. Este catéter queda allí permanentemente. Permite la entrada y salida del dializado de la cavidad abdominal.

5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los seres humanos se enfrentan a múltiples cambios a lo largo de la vida; unos son positivos y otros no; unos son esperados, comunes para la mayoría de las personas y suelen formar parte del desarrollo, mientras que otros son inesperados y propios de cada persona. Entre estos últimos se encuentra la enfermedad. A estos cambios se les denomina acontecimientos vitales y todos ellos requieren poner en marcha la capacidad de adaptación.

La enfermedad supone un cambio de carácter negativo e inesperado, y en el caso de la enfermedad crónica éste es estable y permanente. Habitualmente la sociedad no prepara a las personas para este tipo de situaciones. De hecho, las personas están más preparadas para cuidar que para enfermar y para que la enfermedad sea temporal que para su cronicidad.

Dentro de las llamadas enfermedades crónicas se encuentra la insuficiencia renal, a nivel nacional el Ministerio de Salud dio a conocer que en Bolivia existen cerca de 30 mil personas que sufren enfermedades renales crónicas que requieren de atención especializada. Según el Ministerio de Salud y el registro del Programa de Salud Renal en Bolivia existen más de 2.000 pacientes en unidades de diálisis y hemodiálisis a nivel nacional.

El 50% de los pacientes son nuevos, con una tasa de mortalidad del 30,9%, conociendo que las únicas causas de egreso de las unidades de diálisis son el abandono y el fallecimiento.

De los 2.231 pacientes con insuficiencia renal en el país, que asisten a las sesiones de hemodiálisis, el 70% es de la tercera edad, es decir que 1.562 personas tienen más de 60 años, según el Ministerio de Salud. Según el programa, se estima que uno de cada cinco varones y una de cada cuatro mujeres, entre 60 y 74 años, padecen de insuficiencia renal crónica. A mayor edad aumenta el riesgo de padecer algún daño en los riñones.

Respecto al resto de pacientes, el 3% son niños y adolescentes, y el 27% son personas entre 18 y 50 años; las principales causas son las enfermedades inmunológicas, infecciones renales, tratamientos no culminados, entre otros.

Siendo el ingreso a diálisis una de las actividades que demanda mucho tiempo en el transcurso de la semana, a parte de los obstáculos propios de la enfermedad, los usuarios deben enfrentarse a diversos problemas en su vida cotidiana, como por ejemplo el factor económico, por su condición cesante, ingresos hospitalarios constantes de larga estadía, entre otros.

Por tales motivos y reflexionando en el interés clínico y social que suscita esta enfermedad, se considera fundamental conocer el tipo de estilos y estrategias a las que recurren estos pacientes y cómo éstas se relacionan con la calidad de vida. Por otra parte, este estudio permitirá tener evidencias útiles que le hagan frente, no sólo a la prevención de los problemas que pudieran surgir, sino también a nivel de promoción de las estrategias más efectivas en el bienestar psicológico de los pacientes. Además este conocimiento será provechoso para proponer e implementar programas psico-educativos grupales que coadyuven a la salud mental mejorando los aspectos débiles y potenciando las fortalezas de los pacientes.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

Analizar la interacción entre los estilos y estrategias de afrontamiento con la calidad de vida en los pacientes con tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Santa Bárbara de la ciudad de Sucre.

6.2. Objetivos Específicos

1. Explorar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a los Estilos y las Estrategias de Afrontamiento más utilizadas.
2. Explorar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la Calidad de Vida.
3. Establecer la relación entre los Estilos y Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida.
4. Indagar los Estilos y Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los pacientes según la edad.
5. Indagar las dimensiones de calidad de vida de los pacientes según el tiempo de tratamiento de Diálisis.

MÉTODO

7.1. Tipo y enfoque de la investigación

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo, de tipo *descriptivo, correlacional y exploratorio*, ya que consistente en medir incidencias y valores en una recogida de datos en situaciones naturales y mediante auto-informes o test estandarizados. La presente tesis es de carácter transversal ya que la recolección de datos se realizó en un tiempo determinado (Delgado y Prieto, 1997).

7.2. Participantes

Fueron tomados en cuenta 41 pacientes con tratamiento de hemodiálisis del Hospital Santa Bárbara de la ciudad de Sucre. La muestra de la presente investigación es no probabilística, en este tipo de muestreo la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández *et al.*, 1998).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

Pacientes que accedieron voluntariamente a ser partícipes de la investigación, para tales fines recibieron una copia del consentimiento informado, donde se aclararon los objetivos y la finalidad de la investigación. Se tomaron en cuenta a todos los pacientes que asistían regularmente al tratamiento de hemodiálisis o sustitutivo durante los meses de agosto y septiembre 2016.

Se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

Pacientes que registraban menos de tres meses en tratamiento con hemodiálisis, y que debido a las características del tratamiento dialítico muchos de ellos no se encontraban estabilizados físicamente.

Pacientes con problemas visuales crónicos y/o hipoacusia: ya que la calidad de vida de estos pacientes se encontraba deteriorada, por la existencia de una patología previa.

Se consideraron las siguientes variables sociodemográficas:

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Edad de los participantes	Entre 21 y 65 años (<i>M</i> = 43,90; <i>D.E.</i> = 11,52)	
Sexo	Varones	27
	Mujeres	14
	Total	41
Tiempo de Diálisis	Menor a 1 año	13
	Mayor a 1 año	28
	Total	41
Enfermedad Base	Insuficiencia renal	6
	Diabetes Mellitus	15
	Hipertensión arterial	8
	Otras enfermedades	12
	Total	41
Procedencia	Sucre	31
	Provincias de Chuquisaca	2
	Otros Departamentos	8
	Total	41

7.3. Instrumentos

En la investigación se utilizaron los instrumentos que se describen a continuación:

7.3.1. La Escala SF-36. (Alonso y Prieto 1995)

Se utilizó la versión española del SF-36 desarrollado durante el *Medical Outcomes Study (MOS)* para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Originalmente fue desarrollado para su uso en los Estados Unidos, luego fue traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto *Internacional Quality of Life Assessment (IQOLA) (Educación internacional de la calidad de vida)*.

El SF-36 fue construido para representar ocho de los conceptos de salud más importantes incluidos en el *MOS* y otras encuestas de salud ampliamente utilizadas. Diversos estudios evalúan de manera exhaustiva la fiabilidad, la validez y la sensibilidad a los cambios clínicos en el cuestionario. El sistema estandarizado da por resultado un perfil de ocho escalas de puntuación que hicieron posible las comparaciones significativas de los resultados a través de los estudios.

Las ocho escalas son las siguientes:

1. Función Física (FF). Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.
2. Rol Físico (RF). Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de las actividades.
3. Dolor Corporal (DC). La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.

4. Salud General (SG). Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
5. Vitalidad (VI). Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
6. Función Social (FS). Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. Rol Emocional (RE). Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, en rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
8. Salud Mental (SM). Salud mental general, que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.

Y el ítem correspondiente de evolución declarada de la salud (EDS), que es la valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.

Las preguntas que corresponden a cada una de las ocho escalas y que habrán de sumarse para obtener una puntuación en cada escala, son:

1. Función Física (FF). (3,4,5,6,7,8,9,10,11,12)
2. Rol Físico (RF). (13, 14, 15,16).
3. Dolor Corporal (DC) (21,22).
4. Salud General (SG). (1,33, 34, 35,36).
5. Vitalidad (VI).(26,27,29,31).
6. Función Social (FS). (20,32).
7. Rol Emocional (RE). (24, 25, 26, 28,30).
8. Salud Mental (SM). (17, 18,19).

El presente instrumento de medición de la tesis reveló una puntuación Alpha de Cronbach de .606

7.3.2. La Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento (Fernández-Abascal, 1997)

Este inventario consta de 72 elementos o ítems que evalúan estrategias y estilos diferentes. El total de estrategias de afrontamiento propuesto por Fernández-Abascal son un total de 18. Los estilos de afrontamiento se dividen en tres apartados; según el método, según la focalización y según la actividad.

Cada estrategia de afrontamiento se corresponde con un determinado estilo de afrontamiento, y a una combinación de estilos en concreto, y cada estilo de afrontamiento se concreta en varias estrategias diferentes.

El procedimiento de corrección del inventario tiene dos fases:

- Corrección de las estrategias de afrontamiento.
- Corrección de los estilos de afrontamiento.

En primer lugar, se tienen que corregir las 18 estrategias de afrontamiento, cada una de las cuales está medida por cuatro preguntas. Para ello es necesario asignar a cada una de las casillas de respuesta una valoración y sumar en cada una de las estrategias las preguntas que componen cada escala. Se asigna un "0" si se ha contestado la primera casilla "nunca", un "1" si se contestó la segunda "a veces", un "2" si se contestó la tercera "bastante" y un "3" si se contestó la cuarta "siempre".

Las preguntas que corresponden a cada una de las estrategias de afrontamiento, y que habrán de sumarse para obtener una puntuación en cada estrategia, son:

- a) Reevaluación positiva: 15, 25, 33 y 36.
- b) Reacción depresiva: 32, 47, 63 y 69.
- c) Negación: 1, 4, 28 y 61.
- d) Planificación: 18, 29, 56 y 70.

- e) Conformismo: 5, 39, 50 y 72.
- f) Desconexión cognitiva: 17, 20, 53 y 58.
- g) Desarrollo personal: 3, 19, 52 y 62.
- h) Control emocional: 41, 46, 51 y 54.
- i) Distanciamiento: 6, 34, 43 y 65.
- j) Supresión de actividades distractoras: 9, 13, 48 y 55.
- k) Refrenar el afrontamiento: 10, 21, 31 y 37.
- l) Evitar el afrontamiento: 8, 11, 26 y 59.
- m) Resolver el problema: 22, 35, 45 y 57.
- n) Apoyo social al problema: 7, 14, 24 y 44.
- o) Desconexión comportamental: 27, 30, 38 y 60.
- p) Expresión emocional: 42, 49, 64 y 68.
- q) Apoyo social emocional: 12, 16, 23 y 67.
- r) Respuesta paliativa: 2, 40, 66 y 71.

Cuanto mayor sea la puntuación obtenida significa que más habitualmente se utiliza esa estrategia de afrontamiento, por lo que las estrategias que obtengan mayor puntuación y siempre por encima de la media, son las más utilizadas.

En segundo lugar, se corrigen las escalas correspondientes a los estilos de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento se estiman a partir de las puntuaciones obtenidas en las estrategias de afrontamiento. Así, si una estrategia de afrontamiento no ha podido ser corregida por tener dos o más preguntas sin contestar, se sustituye su valor por la media, es decir 6, siempre que no haya más de dos escalas de estrategias sin valorar, puesto que, en caso contrario, no se podrá valorar el estilo correspondiente.

La corrección de cada uno de los estilos de afrontamiento se realiza sumando las puntuaciones obtenidas en las estrategias representadas por la letra en función de la siguiente codificación.

Según el método:

- Activo: A, D, G, J, M y P.
- Pasivo: B, E, H, K, N y Q.
- Evitación: C, F, I, L, O y R.

Según la focalización:

- Respuesta: A, B, C, J, K y L.
- Problema: D, E, F, M, N y O.
- Emoción: G, H, I, P, Q y R.

Según la actividad:

- Cognitiva: A, B, C, D, E, F, G, H y I.
- Conductual: J, K, L, M, N, O, P, Q y R.

La interpretación de cada uno de los estilos de afrontamiento es de que cuanto mayor sea la puntuación obtenida significa que más habitualmente se utiliza ese estilo de afrontamiento, por lo hay que fijarse en los que obtengan mayor puntuación y todo caso por encima de la media.

El instrumento de medición de la presente tesis reveló una puntuación de .948 de Alpha de Cronbach.

7.4. Procedimiento

Se solicitó el permiso correspondiente a la directora del Hospital y el jefe de servicio de hemodiálisis, explicándole los motivos y objetivos de la investigación.

Obtenidas las licitaciones, se procedió a ingresar a la sala de diálisis donde se aplicaron los instrumentos por turnos viendo la comodidad de los pacientes y su predisposición.

La aplicación de los instrumentos se realizó de manera personalizada en un lapso de dos meses calendario.

7.5. Análisis de datos

El procesamiento de los datos fue realizado utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21 con entorno para Windows.

Los estadísticos utilizados para el análisis fueron los siguientes:

Frecuencias, medias y desviaciones típicas para el análisis de los estadísticos descriptivos.

Análisis de la fiabilidad de los instrumentos, utilizando el Coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach.

Prueba t de Student para muestras independientes, para el análisis de las diferencias entre hombres y mujeres con las dimensiones de calidad de vida y los estilos y estrategias de afrontamiento; para analizar los estilos y estrategias de afrontamiento según la edad y el análisis de la calidad de vida en función al tiempo de diálisis de los pacientes.

Correlaciones bivariadas para analizar las interacciones de las dimensiones de la calidad de vida con los estilos y estrategias de afrontamiento recurriendo al coeficiente de correlación de pearson (r_{xy}).

RESULTADOS

Los resultados se presentarán siguiendo el mismo orden establecido en los objetivos.

Objetivo 1. *Explorar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a los Estilos y las Estrategias de Afrontamiento más utilizadas.*

La comparación se hizo entre hombres y mujeres utilizando la prueba paramétrica t de Student para muestras independientes.

a) Inicialmente se expresan las medias y desviaciones típicas para los Estilos de Afrontamiento:

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la prueba t de Student entre Estilos de Afrontamiento y sexo

Estilos de Afrontamiento	Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>
Según el Método				
• Activo	42,22	11,706	38,71	13,641
• Pasivo	38,19	11,639	37,21	14,012
• Evitación	37,59	11,349	37,29	12,928
Según la Focalización				
• Respuesta	36,70	10,340	34,71	12,449
• Problema	40,59	13,423	39,14	13,856
• Emoción	40,70	10,673	39,36	14,003
Según la Actividad				
• Cognitiva	60,19	14,987	58,21	20,506
• Conductual	57,81	18,134	55,00	19,935

La anterior tabla expresa que las medias más altas en los Estilos de Afrontamiento en las mujeres son las referidas al Método Activo, la Focalización centrada en la Emoción y la Actividad Cognitiva.

Las medias más altas en los Estilos de Afrontamiento expresadas en los hombres son las referidas al Método Activo, la Focalización centrada en la Emoción y la Actividad Cognitiva. A mayor valor en la media del Estilo, mayor expresión de la variable.

Los resultados de la prueba t de Student demuestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los Estilos de Afrontamiento.

b) A continuación se expresan las medias y desviaciones típicas para las dimensiones de las Estrategias de Afrontamiento:

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la prueba t de Student entre Estrategias de Afrontamiento y sexo

Estrategias de Afrontamiento	Hombres		Mujeres	
	<i>M.</i>	<i>D.E.</i>	<i>M.</i>	<i>D.E.</i>
a) Reevaluación positiva	7,37	3,053	6,14	2,248
b) Reacción depresiva	5,19	2,020	5,07	2,556
c) Negación	5,63	2,256	5,36	3,296
d) Planificación	6,96	2,653	6,21	2,751
e) Conformismo	6,70	2,350	6,57	3,081
f) Desconexión cognitiva	7,15	2,583	7,29	2,758
g) Desarrollo personal	7,67	2,418	6,86	2,797
h) Control emocional	6,63	2,290	7,64	3,028
i) Distanciamiento	6,89	2,276	7,07	2,786
j) Supresión de actividades	5,78	2,407	5,71	2,785
k) Refrenar el afrontamiento	6,70	2,569	6,14	2,248
l) Evitar el afrontamiento	6,04	2,653	6,29	2,555
m) Resolver el problema	7,33	3,051	7,50	3,006
n) Apoyo social al problema	6,56	3,250	5,79	3,068
o) Desconexión comportamental	5,89	2,979	5,79	2,259
p) Expresión emocional	7,11	2,860	6,29	2,335
q) Apoyo social emocional	6,41	2,886	6,00	3,088
r) Respuesta paliativa	6,00	2,557	5,50	2,534

La anterior tabla expresa que las medias más altas en las Estrategias de Afrontamiento en las mujeres son las de Control Emocional, Resolver el Problema, Desconexión Cognitiva y Distanciamiento.

Las medias más altas en las Estrategias de Afrontamiento que se expresan en los hombres son las de Desarrollo Personal, Reevaluación Positiva, Resolver el Problema, Expresión Emocional y Desconexión Cognitiva. A mayor valor en la media de la estrategia, mayor expresión de la variable.

Los resultados de la prueba t de Student demuestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las Estrategias de Afrontamiento.

Objetivo 2. *Explorar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la Calidad de Vida.*

La comparación se hizo entre hombres y mujeres utilizando la prueba paramétrica t de Student para muestras independientes.

Inicialmente se expresan las medias y desviaciones típicas para las dimensiones de la Calidad de Vida:

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la prueba t de Student entre Calidad de vida y sexo

Dimensiones Calidad de Vida	Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>
Función Física	15,89	5,451	15,79	4,492
Rol Físico	4,78	1,423	4,71	1,069
Dolor Corporal	6,96	2,441	7,21	1,718
Salud General	16,11	3,286	15,14	3,840
Vitalidad	14,44	3,856	13,50	4,800
Función Social	6,22	1,783	6,43	1,742
Rol Emocional	3,85	1,064	4,07	1,141
Salud Mental	18,52	3,556	16,57	5,214

La anterior tabla expresa que las medias más altas en las dimensiones de Calidad de Vida en las mujeres son las referidas a la Salud Mental, Función Física, Salud General y Vitalidad.

Las medias más altas en las dimensiones de Calidad de Vida en los hombres son las referidas a la Salud Mental, Salud General, Función Física y Vitalidad. A mayor valor en la media de la dimensión, mayor expresión de la variable.

Los resultados de la prueba t de Student demuestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las dimensiones de la Calidad de Vida.

Objetivo 3. *Establecer la relación entre los Estilos y Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida.*

El análisis se realizó mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson (r_{xy}), entre los Estilos y las Estrategias de Afrontamiento y las dimensiones de la Calidad de vida. Sólo se expondrán las tablas que contengan correlaciones significativas.

Tabla 5. Correlación entre Estilos de Afrontamiento y dimensiones de Calidad de vida.

Estilos de Afrontamiento		Calidad de Vida	
		Función física	Rol físico
Método Activo	Correlación Pearson Sig. Bilateral	,504** ,001	
Método Pasivo	Correlación Pearson Sig. Bilateral	,412** ,007	,366* ,019
Método Evitación	Correlación Pearson Sig. Bilateral	,405** ,009	,463** ,002
Focalización en el Problema	Correlación Pearson Sig. bilateral	,548** ,000	,495** ,001
Focalización en la Emoción	Correlación Pearson Sig. bilateral	,413** ,007	
Actividad Cognitiva	Correlación Pearson Sig. bilateral	,448** ,003	
Actividad Conductual	Correlación Pearson Sig. bilateral	,458** ,003	,442** ,004
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 *. La correlación es significativa en el nivel 0,05			

La anterior tabla expresa los siguientes resultados:

- Existe Alta correlación positiva entre el Estilo de Afrontamiento basado en el Método Activo y la Función Física con diferencias estadísticamente significativas ($r_{xy} = 0.504$; $p = 0.001$). Por lo que a mayor uso del método activo, la función física tiende a mejorar.
- Existe Alta correlación positiva con diferencias estadísticamente significativas entre el Estilo de Afrontamiento basado en el Método Pasivo y la Función Física ($r_{xy} = 0.412$; $p = 0.007$) así como con el Rol Físico ($r_{xy} = 0.366$; $p = 0.019$). A mayor uso del método pasivo, la función y el rol físico tienden a incrementarse.
- Existe Alta correlación positiva con diferencias estadísticamente significativas entre el Estilo de Afrontamiento basado en el Método de Evitación y la Función Física ($r_{xy} = 0.405$; $p = 0.009$) así como con el Rol Físico ($r_{xy} = 0.463$; $p = 0.002$). A mayor uso de este método, la función y el rol físico tienden a incrementarse.
- Existe Alta correlación positiva con diferencias estadísticamente significativas entre el Estilo de Afrontamiento basado en la Focalización en el Problema y la Función Física ($r_{xy} = 0.548$; $p = 0.000$) así como con el Rol Físico ($r_{xy} = 0.495$; $p = 0.001$). A mayor uso del estilo de focalización en el problema, la función y el rol físico tienden a incrementarse.
- Existe Alta correlación positiva entre el Estilo de Afrontamiento basado en la Focalización en la Emoción y la Función Física con diferencias estadísticamente significativas ($r_{xy} = 0.413$; $p = 0.007$). A mayor uso del estilo focalización en la emoción, la función física tiende a mejorar.

- Existe Alta correlación positiva entre el Estilo de Afrontamiento basado en la Actividad Cognitiva y la Función Física con diferencias estadísticamente significativas ($r_{xy} = 0.448$; $p = 0.003$). A mayor uso del estilo de actividad cognitiva, la función física tiende a mejorar.
- Existe Alta correlación positiva con diferencias estadísticamente significativas entre el Estilo de Afrontamiento basado en la Actividad Conductual y la Función Física ($r_{xy} = 0.458$; $p = 0.003$) así como con el Rol Físico ($r_{xy} = 0.442$; $p = 0.004$). A mayor uso del estilo actividad conductual, la función y el rol físico tienden a incrementarse.

A continuación se expresan las correlaciones entre las Estrategias de Afrontamiento y dimensiones de Calidad de vida:

Tabla 6. Correlación entre Estrategias de Afrontamiento y dimensiones de Calidad de vida.

Estrategias de Afrontamiento		Calidad de Vida	
		Función física	Rol físico
Planificación	Correlación Pearson Sig. Bilateral	,552** ,000	,446** ,003
Desarrollo Personal	Correlación Pearson Sig. Bilateral	,367* ,018	
Distanciamiento	Correlación Pearson Sig. Bilateral	,465** ,002	
Resolver el problema	Correlación Pearson Sig. bilateral	,538** ,000	,384* ,013
Apoyo social al problema	Correlación Pearson Sig. bilateral	,446** ,003	,382* ,014
Desconexión comportamental	Correlación Pearson Sig. bilateral		,565** ,000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01
 * . La correlación es significativa en el nivel 0,05

La anterior tabla expresa los siguientes resultados:

- Existe Alta correlación positiva con diferencias estadísticamente significativas entre la Estrategia de Afrontamiento Planificación y la Función Física ($r_{xy} = 0.552$; $p = 0.000$) así como con el Rol Físico ($r_{xy} = 0.446$; $p = 0.003$). Esto significa que a mayor uso de la estrategia de planificación, la función y el rol físico tienden a incrementarse.
- Existe Alta correlación positiva entre la Estrategia Desarrollo Personal y la Función Física con diferencias estadísticamente significativas ($r_{xy} = 0.367$; $p = 0.018$). A mayor uso de la estrategia desarrollo personal, la función física tiende a mejorar.
- Existe Alta correlación positiva entre la Estrategia Distanciamiento y la Función Física con diferencias estadísticamente significativas ($r_{xy} = 0.465$; $p = 0.002$). A mayor uso de la estrategia distanciamiento, la función física tiende a mejorar.
- Existe Alta correlación positiva con diferencias estadísticamente significativas entre la Estrategia de Afrontamiento Resolver el Problema y la Función Física ($r_{xy} = 0.538$; $p = 0.000$) así como con el Rol Físico ($r_{xy} = 0.384$; $p = 0.013$). A mayor uso de esta estrategia, la función y el rol físico tienden a incrementarse.
- Existe Alta correlación positiva con diferencias estadísticamente significativas entre la Estrategia de Afrontamiento Apoyo Social al Problema y la Función Física ($r_{xy} = 0.446$; $p = 0.003$) así como con el Rol Físico ($r_{xy} = 0.382$; $p = 0.014$). A mayor uso de esta estrategia, la función y el rol físico tienden a incrementarse.
- Existe Alta correlación positiva entre la Estrategia Desconexión Comportamental y el Rol Físico con diferencias estadísticamente significativas ($r_{xy} = 0.565$; $p = 0.000$). A mayor uso de esta estrategia de afrontamiento, el rol físico tiende a mejorar.

Objetivo 4. *Indagar los Estilos y Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los pacientes según la edad.*

Para cumplir con este objetivo se recodificó la edad en dos grupos, el primero con pacientes comprendidos entre las edades de 21 a 40 años que representa a la población Joven-Adulta y el segundo grupo comprendió a pacientes entre las edades de 41 a 65 años que representa a la población Adulta-Adulta Mayor.

La comparación se hizo entre los dos grupos utilizando la prueba t de Student para muestras independientes.

- a) En la siguiente tabla se expresan las medias y desviaciones típicas para las dimensiones de los Estilos de Afrontamiento:

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la prueba t de Student entre Estilos de Afrontamiento y edad

Estilos de Afrontamiento	21 – 40 años		41 – 65 años	
	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>
Según el Método				
• Activo	42,00	14,120	40,33	11,185
• Pasivo	38,00	14,543	37,75	10,832
• Evitación	37,76	11,924	37,29	11,878
Según la Focalización				
• Respuesta	36,12	11,602	35,96	10,788
• Problema	42,12	15,556	38,67	11,813
• Emoción	39,53	13,347	40,75	10,759
Según la Actividad				
• Cognitiva	60,41	19,138	58,88	15,406
• Conductual	57,35	20,549	56,50	17,478

La anterior tabla expresa los siguientes resultados:

Las medias más altas en los estilos de afrontamiento en el grupo de 21 a 40 años son las referidas al Método Activo, la Focalización centrada en el Problema y la Actividad Cognitiva.

Las medias más altas en los estilos de afrontamiento en el grupo de 41 a 65 años son las referidas al Método Activo, la Focalización centrada en la Emoción y la Actividad Cognitiva. A mayor valor en la media del Estilo, mayor expresión de la variable.

Los resultados de la prueba t de Student demuestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de edad en cuanto a los Estilos de Afrontamiento según el Método, la Focalización y la Actividad.

- b) A continuación se expresan las medias y desviaciones típicas para las dimensiones de las Estrategias de Afrontamiento:

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la prueba t de Student entre Estrategias de Afrontamiento y edad

Estrategias de Afrontamiento	21 – 40 años		41 – 65 años	
	<i>M.</i>	<i>D.E.</i>	<i>M.</i>	<i>D.E.</i>
a) Reevaluación positiva	7,29	3,331	6,71	2,476
b) Reacción depresiva	5,29	2,229	5,04	2,196
c) Negación	5,35	1,656	5,67	3,158
d) Planificación	6,71	2,779	6,71	2,662
e) Conformismo	6,35	2,548	6,88	2,643
f) Desconexión cognitiva	7,76	2,682	6,79	2,536
g) Desarrollo personal	7,88	2,759	7,04	2,386
h) Control emocional	6,82	3,046	7,08	2,244
i) Distanciamiento	6,94	2,487	6,96	2,440
j) Supresión de actividades	6,18	2,157	5,46	2,734
k) Refrenar el afrontamiento	6,29	2,756	6,67	2,259
l) Evitar el afrontamiento	5,71	2,910	6,42	2,358
m) Resolver el problema	7,76	3,231	7,13	2,864
n) Apoyo social al problema	7,24	3,615	5,63	2,700
o) Desconexión comportamental	6,29	3,057	5,54	2,484
p) Expresión emocional	6,18	2,721	7,29	2,629
q) Apoyo social emocional	6,00	3,082	6,46	2,859
r) Respuesta paliativa	5,71	2,312	5,92	2,717

d) La anterior tabla expresa los siguientes resultados:

Las medias más altas en las Estrategias de Afrontamiento en el grupo de 21-40 años (población joven-adulta) son Desarrollo Personal, Resolver el Problema, Desconexión Cognitiva, Reevaluación Positiva y Apoyo Social al Problema.

Las medias más altas en las Estrategias de Afrontamiento que se expresan en el grupo de 41-65 años (población adulta-adulta mayor) son Expresión Emocional, Resolver el Problema, Control Emocional y Desarrollo Personal. A mayor valor en la media de la estrategia, mayor expresión de la variable.

Los resultados de la prueba t de Student demuestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de edad en cuanto a las Estrategias de Afrontamiento.

Objetivo 5. *Indagar las dimensiones de calidad de vida de los pacientes según el tiempo de tratamiento de diálisis.*

El tiempo de diálisis se codificó en dos grupos, el primero con pacientes con menos de 1 año de tratamiento de diálisis y el segundo con pacientes con más de 1 año de tratamiento.

La comparación se hizo entre los dos grupos utilizando la prueba paramétrica t de Student para muestras independientes. En la siguiente tabla se expresan las medias y desviaciones típicas para las dimensiones de la Calidad de Vida:

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de la prueba t de Student entre Calidad de vida y Tiempo de tratamiento de Diálisis

Dimensiones Calidad de Vida	Menos de 1 año		Más de 1 año	
	<i>M</i>	<i>D.E.</i>	<i>M</i>	<i>D.E.</i>
Función Física	16,89	5,502	15,57	4,962
Rol Físico	5,23	1,423	4,54	1,201
Dolor Corporal	7,15	1,908	7,00	2,357
Salud General	15,38	3,798	15,96	3,361
Vitalidad	14,23	4,693	14,07	3,361
Función Social	6,00	1,581	6,43	1,834
Rol Emocional	4,08	1,188	3,86	1,044
Salud Mental	18,85	3,693	17,39	4,450

La anterior tabla expresa los siguientes resultados:

Las medias más altas en las dimensiones de Calidad de Vida en pacientes con menos de 1 año de tratamiento de diálisis son las referidas a la Salud Mental, Función Física, Salud General y Vitalidad.

Las medias más altas en las dimensiones de Calidad de Vida en pacientes con más de 1 año de tratamiento de diálisis son las referidas a la Salud Mental, Salud General, Función Física y Vitalidad. A mayor valor en la media de la dimensión, mayor expresión de la variable.

Los resultados de la prueba t de Student demuestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de tratamiento de diálisis en cuanto a las dimensiones de la Calidad de Vida.

DISCUSIÓN

La calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica, se ve afectada en diversas formas, ya que ésta, es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece así como para su entorno familiar, porque de no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo, la diálisis, que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento bastante largo y doloroso, de forma que el paciente y su familia buscan la manera de afrontar las diversas necesidades que surgen a partir del diagnóstico, durante y después del tratamiento del paciente (Rodríguez, Campillo y Avilés, 2008).

A partir de los resultados obtenidos, en relación con los objetivos propuestos en esta Tesis, se ordenó la Discusión de acuerdo con los siguientes aspectos:

1. Estilos y Estrategias de Afrontamiento con la variable sexo.

En cuanto a los Estilos de Afrontamiento, la presente tesis indica que tanto hombres como mujeres en cuanto al Método recurren más al Estilo Activo lo que sugiere que estos pacientes ejecutan acciones directas para evitar o aminorar el estrés. En lo referido a la Focalización recurren al Estilo centrado en la Emoción por lo que se enfocan en acciones para descargar el mal humor y la tensión emocional.

En lo referido a la Actividad se centran en el Estilo Cognitivo por lo que estas personas recurren a recursos imaginativos para afrontar o aminorar el impacto de los estresores. Estos resultados son concordantes con investigaciones previas que encontraron hallazgos similares (Fernandez-Abascal *et al.*, 1997; Martín *et al.*, 2004)

La presente tesis difiere de resultados de otras investigaciones (Sierra y Julio, 2010; Alonso *et al.*, 2012; Contreras *et al.*, 2007) ya que los autores mencionados encontraron en sus hallazgos que su población recurría a Estilos centrados en el problema y en la actividad conductual por lo que sus sujetos de

investigación recurren a organizar estrategias de acción, pensando que paso tomar y estableciendo cuál será la mejor forma de manejar los problemas.

Las Estrategias de Afrontamiento constituyen una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes como lo son las enfermedades crónicas; así mismo promueven los recursos del paciente en tales condiciones y pueden llegar a favorecer su calidad de vida (Álvarez *et al.*, 2001).

En lo referido a las Estrategias de Afrontamiento estudios previos coinciden en sus resultados con la presente investigación (Martín y Grau, 2004; Sierra y Julio, 2010; Fernandez-Abascal *et al.*, 1997; Martín *et al.*, 2004) en cuanto a las Estrategias de Desarrollo Personal, Reevaluación Positiva, Resolver el Problema; estrategias frecuentemente más utilizadas por los varones en el caso de la presente Tesis.

Otras investigaciones (Contreras *et al.*, 2007) coinciden con los hallazgos de este estudio en cuanto a las Estrategias de Control Emocional y Desconexión Cognitiva; estrategias frecuentemente más utilizadas por las mujeres en el caso de la presente Tesis.

2. Calidad de vida con la variable sexo.

La Calidad de Vida relacionada con la salud se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social. Es la valoración que la persona realiza a cerca de su vida y su entorno lo que puede diferir entre individuos, aunque se encuentren bajo las mismas circunstancias (Guerra-Guerrero *et al.*, 2012).

Los resultados del presente trabajo indican que las dimensiones de calidad de vida que se ven más afectadas en los pacientes tanto hombres como mujeres son las referidas a la Salud Mental, resultados que concuerdan con el estudio de (González-Celis y Padilla, 2003) por lo que estos pacientes son más tendientes a la depresión, ansiedad, bajo control emocional y de la conducta.

En el presente trabajo también tanto hombres como mujeres puntuaron alto en las dimensiones de Salud General, Función Física y Vitalidad. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas (Rodríguez *et al.*, 2008; Mera 2006) por lo que estos pacientes se ven afectados en la percepción de su salud personal, pérdida de energía y actividades físicas.

3. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y calidad de vida.

Los resultados de la presente tesis señalan que los Estilos de Afrontamiento (Método activo, pasivo, evitación; Focalización centrada en el problema y la emoción y la Actividad cognitiva y conductual) y las Estrategias de Afrontamiento (Planificación, desarrollo personal, distanciamiento, resolver el problema, apoyo social al problema y desconexión comportamental) correlacionan positivamente con las dimensiones de calidad de vida referidas a la actividad física (Función y rol físico).

Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas (Carrobbles, *et al.*, 2003; Khechane y Mwaba, 2004; Kohn, *et al.*, 1994) por lo que estos pacientes suelen recurrir a los Estilos y Estrategias de Afrontamiento con la finalidad de optimizar su actividad física como caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y las actividades diarias y laborales relacionadas con la labor física.

4. Estilos-Estrategias de Afrontamiento y la edad.

En el presente trabajo se codificó la edad en dos grupos, uno con una población joven-adulta comprendidos entre las edades de 21 a 40 años y el segundo grupo comprendió a pacientes adultos y adultos mayores comprendidos entre las edades de 41 a 65 años.

Los resultados de la presente tesis indican que tanto la población más joven como la adulta mayor recurren según el método al Estilo Activo y en cuanto a la actividad al Estilo cognitivo así como a las Estrategias Resolver el Problema y Desarrollo Personal; sin embargo difieren en la Focalización ya que los jóvenes

recurren al Estilo enfocado en el Problema y los adultos mayores recurren al Estilo enfocado en la emoción y al uso de sus estrategias como el Control y la Expresión Emocional; es decir que los jóvenes tienden a buscar soluciones directas y prácticas para resolver los problemas que se les presentan; en cambio los adultos y adultos mayores prefieren recibir el apoyo emocional de sus redes de apoyo para enfrentar los problemas. Estos resultados difieren de los obtenidos por (Martín *et al.*, 2004) ya que estos autores identificaron que su población recurría más al Estilo de evitación y sus Estrategias, siendo los adultos quienes recurrieran a este estilo mucho más que la población joven.

5. Calidad de vida y tiempo de tratamiento de diálisis.

El presente estudio realizó la comparación entre pacientes que realizaron 1 año de tratamiento de diálisis y otro grupo que realizó más de 1 año de tratamiento, con la finalidad de corroborar que dimensiones de su Calidad de Vida se encontraban más afectadas. El estudio evidenció que no existen diferencias significativas entre ambos grupos sin embargo ambas poblaciones se ven afectadas en las áreas de Salud Mental, Salud General, Función Física y Vitalidad.

El desconocimiento de estudios previos de estas variables, impide realizar una valoración amplia de este constructo; sin embargo la relevancia y contribución de estos resultados posibilitan abordar dicha temática dentro del área de la salud mental permitiendo ampliar nuevos conocimientos.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados, las conclusiones obtenidas en la presente Tesis son las siguientes:

Objetivo 1. *Explorar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a los Estilos y las Estrategias de Afrontamiento más utilizadas.*

Primera Conclusión.

En cuanto a los Estilos de Afrontamiento tanto hombres como mujeres del presente estudio, recurren a estilos similares para afrontar las adversidades, por lo que se deduce que la enfermedad renal los afecta por igual, obligando a pacientes de ambos sexos a utilizar todos sus recursos, recurriendo principalmente a los siguientes estilos:

- a) *Método Activo:* Por lo que estos pacientes recurren a acciones concretas y directas para afrontar la enfermedad, planifican y organizan acciones para enfrentar los estresores y favorecer el proceso de tratamiento.
- b) *Focalización centrada en la emoción:* Los pacientes buscan en sus redes sociales apoyo moral, empatía y comprensión con el fin de aliviar su malestar y descargar la tensión emocional.
- c) *Actividad Cognitiva:* Los pacientes buscan por la vía cognitiva a través de los pensamientos el análisis y comprensión de la enfermedad, búsqueda de alternativas, anticipación de consecuencias y soluciones.

Segunda Conclusión.

- a) En lo referido a las Estrategias de afrontamiento, existen algunas que comparten por igual tanto hombres como mujeres como la de Resolver el problema, por lo que podemos concluir que los pacientes del presente estudio implican pensamientos en cómo manejarse frente al estrés y la enfermedad organizando estrategias de acción, pensando que paso tomar y estableciendo cuál será la mejor forma de manejar el problema.

- b) Existen estrategias que particularmente prefieren usar con más tendencia cada sexo en particular; por ejemplo los varones puntuaron más alto en las estrategias Desarrollo personal, Reevaluación positiva y expresión emocional, por lo que se deduce que los pacientes intentan evaluar el problema de manera positiva, enfocando sus esfuerzos en visualizar alternativas que aminoren la enfermedad y coadyuven al tratamiento dialítico; también tienden a recurrir a recursos emocionales como quejarse, gritar, manifestar su enojo y frustración con el fin de descargar el estrés y buscar apoyo familiar y/o social.

- c) Las mujeres en cambio suelen utilizar otro tipo de estrategias como el Control emocional y el Distanciamiento por lo que estas pacientes suelen tener mejor regulación emocional que los varones, suelen quejarse menos y soportar el dolor de mejor manera; así mismo es probable que recurran al Distanciamiento para enfocarse en cómo resolver los problemas sin distracciones y para no generar angustias y preocupaciones en sus redes de apoyo familiares y sociales.

Objetivo 2. *Explorar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la Calidad de Vida.*

Conclusión.

La Calidad de vida de pacientes hombres como mujeres de la presente Tesis, se ve afectada de igual forma, concluyéndose que la enfermedad renal afecta estas principales dimensiones:

- a) La Vitalidad y Función Física por lo que los y las pacientes del estudio sienten cansancio y agotamiento, se ven disminuidos en sus energías debido a la enfermedad y el propio tratamiento, afectando esto sus actividades físicas como su autocuidado, el caminar, subir por las escaleras, inclinarse, recoger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.

- b) La Salud Mental y General, por lo que estos pacientes son vulnerables a la baja de sus defensas corporales, son propensos también a enfermedades de tipo psicológico como la ansiedad, el estrés, el bajo control de la conducta, la poca regulación emocional y el desmedro de la valoración de su salud en general.

Objetivo 3. *Establecer la relación entre los Estilos y Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida.*

Primera Conclusión.

- a) En lo referido a los Estilos de Afrontamiento casi la totalidad de ellos, es decir Método activo, pasivo; Focalización centrada en el problema y la emoción y la Actividad cognitiva y conductual se relacionan de manera directa y positiva con la Dimensión Función Física de la Calidad de Vida, por lo que se concluye que los pacientes de la presente investigación se sienten muy afectados en cuanto a las funciones y actividades físicas y el malestar orgánico producido por la propia enfermedad renal, por lo que tienden a invertir todos sus recursos y esfuerzos cognitivos, afectivos y comportamentales a mejorar y optimizar su dimensión física.

- b) Se encontraron hallazgos de que el Estilo de Evitación se relaciona de manera positiva con el Rol Físico, dimensión de la calidad de vida que se encuentra vinculada con la salud física en el trabajo y en otras actividades diarias; es probable que los pacientes recurran a este estilo debido a la afectación física producida por la enfermedad ya que al usar estrategias de evitación, logran en cierta forma llamar la atención de familiares y de otras redes de apoyo social logrando con esto compañía, descarga emocional, apoyo para realizar las actividades de la casa o el trabajo o algún otro beneficio.

Segunda Conclusión.

- a) Las Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los pacientes del estudio se relacionan con la dimensión física de la calidad de vida (Función y rol físico) muchas de estas estrategias como la Planificación, Desarrollo Personal, Apoyo social y Resolver el Problema, están orientadas a la búsqueda de soluciones, por lo que se deduce que los pacientes no ceden ante la enfermedad, es decir que buscan apoyo para aminorar su malestar; planifican y organizan acciones para enfrentar el estrés y el dolor y de esta manera coadyuvar al tratamiento dialítico y reestablecer su dimensión física que es la que más se ve afectada.

- b) Los pacientes también recurren a Estrategias como el Distanciamiento y la Desconexión comportamental; es muy probable que esto se deba a que en algunos momentos debido a la presión y al estrés, los pacientes necesitan aislarse de los pensamientos y conductas de la propia enfermedad, es decir tomar un descanso emocional y físico que les ayude a descargar la tensión mental y favorezca en la renovación de energía y pensamientos positivos.

Objetivo 4. *Indagar los Estilos y Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los pacientes según la edad.*

Conclusión.

- a) Tanto la población joven-adulta como la población adulta-mayor recurren al Estilo Activo según el Método y a la Actividad Cognitiva y al uso de sus Estrategias, por lo que ambos pacientes, planifican, organizan y ejecutan acciones concretas para enfrentar la enfermedad y favorecer el proceso de tratamiento. Así mismo ambos pacientes buscan a través del procesamiento cognitivo el análisis y comprensión de la enfermedad, búsqueda de soluciones, y el fortalecimiento de los pensamientos positivos.

- b) Los pacientes difieren en el Estilo según la Focalización y sus Estrategias, ya que los más jóvenes tienen la tendencia a enfocarse más en el problema, y los pacientes de mayor edad tienden a enfocarse en la emoción. Es probable que esto se deba a las características propias de la edad, ya que los jóvenes se sienten con mayor vitalidad y su organismo es más resistente a la enfermedad por lo que se sienten con mayores posibilidades de enfrentar la enfermedad buscando soluciones usando sus propias capacidades y recursos; en cambio los pacientes de mayores años, al verse disminuidos en su capacidad física y mental debido a la edad, tienden a utilizar recursos de tipo emocional como quejarse, contar sus dolores y penas, desahogarse afectivamente y apoyarse en la familia y amigos para enfrentar los problemas.

Objetivo 5. *Indagar las dimensiones de calidad de vida de los pacientes según el tiempo de tratamiento de Diálisis.*

Conclusión.

Para el análisis de estas variables se organizó a los pacientes en dos grupos, el primero compuesto por pacientes con tratamiento de diálisis menor a 1 año y el segundo con pacientes con más de 1 año de tratamiento.

En ambos pacientes la enfermedad ha producido un deterioro tanto físico como mental en su calidad de vida siendo las principales dimensiones afectadas la Función Física, Salud General, Vitalidad y Salud Mental, por lo que se infiere que a pesar del tratamiento de diálisis ya sea corto o de mayor duración, la enfermedad renal continua interfiriendo en las actividades físicas de los pacientes como caminar, hacer ejercicio o esfuerzos físicos, así como en su salud mental y en la percepción del bienestar de salud general.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso, J. y Prieto, L. (1995). Versión española del SF-36. Cuestionario de Salud, un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Revista de Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, M. y Andreasen, V. (2012). *Estrategias de afrontamientos en personas que sufrieron un Accidente Cerebro Vascular. Su relación con la recuperación*. Trabajo de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires.
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-199.
- Andreoli, T., Carpenter, C., Bennett, J. y Plum, F. (1999). *Compendio de medicina interna*. (4a. ed.). México: McGrawHill.
- Badia, X. y Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid, España: Elsevier.
- Bombardier, C., D'Amico, C. y Jordan, S. (1990). The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behavioral Research and Therapy*, 28, 297-304.
- Campillo, M. (2002). *Manual de desarrollo de actividades*. México: Universidad Veracruzana.
- Carver, Ch., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carrobbles, J. Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Contreras, F., Esguerra, A., Espinoza, J.C. y Gómez, A. (2007). *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (irc)*

en tratamiento de hemodiálisis. Trabajo de grado, Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.

Delgado, A. y Prieto, G. (1997). *Introducción a los métodos de investigación de la psicología*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Abascal, E.G. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.

Ferrero, B., J., Toledo, M. y Barreto, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 87-102.

García, L. y Calvanese, N. (2007). Calidad de vida percibida y locus control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis y trasplante renal. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 7(1), 205-210.

Gil, J., Cunqueiro, M., García, J., Foronda, J., Borrego, M., Sánchez, P., Pérez del Barrio, J., Borrego, G., Viedma, A., Liébana, S. y Pérez, V. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología*, 23, 528- 537.

Gómez-Vela, M. y Sabeth, E. (2002). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [en línea]. Universidad de Salamanca. Disponible en: <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>. [2016, 8 de junio].

González-Celis, L. y Padilla, A. (2003). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México*. Trabajo de grado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México, México.

Guerra-Guerrero, V., Sanhueza-Alvarado, O. y Cáceres, M. (2012). Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 20(5), 10-15.

- Hernández, E. y Grau, J. (2005). *Monografía, La Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Holroyd, K.A. y Lazarus, R.S. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press.
- Iborra, M. (1998). Calidad de vida de los pacientes dializados. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 3, 58.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lubkin, I. (1998). *Chronic illness: impact and interventions*. Boston, EEUU: Jones and Bartlett.
- Martín, F., Reig, A., Sarró, F., Ferrer, R., Arenas, D., González, F. y Gil, T. (2004). Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). *Diálisis y Trasplante*, 25(2), 79-92.
- Martin, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-100.
- Mera, L. y Molina, C. (2006). *Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis*. Trabajo de grado, Centro Médico Dial-Sur, Universidad Valdivia, Chile.
- Merk, S. y Dohme, A. (1998). *Manual Merck de diagnóstico y terapéutica*, [en línea]. Madrid: España. Disponible en: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/index.html [2016, 3 de junio].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1994). *Atención de la salud mental en países en desarrollo*. Ginebra: OMS.

- Pérez, J., Llamas, F. y Legido, A. (2005). Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador. *Archivos de Medicina*, 1(3), 1-10.
- Khechane, N. y Mwaba, K. (2004). Treatment adherence and coping with stress among black South African hemodialysis patients. *Social Behaviour and Personality*, 32, 777-782.
- Kohn, P. Hay, B. y Legere, J. (1994). Hassles, coping styles and negative well-being. *Personality and Individual Differences*, 17, 30-35.
- Rebollo, P. Bobes, J. González, M. Sainz, P. y Ortega, F. (2000). Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). *Nefrología*, 20, 81-171.
- Rodríguez, E., Campillo, R. y Avilés, M. (2008). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia*. Trabajo de grado, Universidad Veracruzana, Caracas.
- Rodríguez, M. y Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 15(2), 169-185.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc Enferm*, 9(2), 9- 21.
- Sierra, L. y Julio, J. (2010). *Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica*. Trabajo de grado, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.
- Velarde, E. y Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Revista de salud pública de México*, 4(3), 49-61.

ANEXOS

INVENTARIO SF-36

HOLA, QUIERO DARTE LAS GRACIAS ANTICIPADAMENTE POR TU COLABORACIÓN, LLENA A CONTINUACIÓN LOS DATOS REQUERIDOS Y RESPONDE CON SINCERIDAD Y HONESTIDAD DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES CORRESPONDIENTES.

INSTRUCCIONES.

Las preguntas que siguen se refieren a lo que tú piensas sobre tu salud. Tus respuestas permitirán saber cómo te encuentras y hasta qué punto eres capaz de hacer tus actividades habituales. Contesta cada pregunta tal como se indica.

1. En general, dirías que tu salud es: (marca un solo número)

- 1 Excelente/Buenísima.
- 2 Muy buena.
- 3 Buena.
- 4 Regular.
- 5 Mala

2. ¿Cómo dirías que es tu salud actual, comparada con la de hace un año? (marca un solo número)

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año.
- 2 Algo mejor ahora que hace un año.
- 3 Más o menos igual que hace un año.
- 4 Algo peor ahora que hace un año.
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

ELIGE UNA OPCIÓN POR CADA LÍNEA

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que tú podrías hacer en un día normal.

Tu salud actual, ¿te limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.			
b. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar con una pelota/balón o caminar más de 1 hora.			
c. Coger o llevar la bolsa de la compra.			

d. Subir varios pisos por la escalera.			
e. Subir un solo piso por la escalera.			
f. Agacharte, arrodillarte o ponerte en cuclillas.			
g. Caminar un kilómetro o más .			
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros).			
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros).			
j. Bañarte y vestirse por ti mismo.			

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿has tenido alguno de los siguientes problemas en tu trabajo/estudio o en tus actividades cotidianas, a causa de tu salud física)? (marca una sola opción por cada pregunta).

	SI	NO
a. Tuve que reducir el tiempo dedicado al trabajo/estudio o a mis actividades cotidianas.		
b. Hice menos de lo que hubiera querido hacer.		
c. Tuve que dejar de hacer algunas tareas en mi trabajo/estudio o en mis actividades cotidianas.		
d. Tuve dificultad para hacer mi trabajo/estudio o mis actividades cotidianas (por ejemplo, me costó más de lo normal).		

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿has tenido alguno de los siguientes problemas en tu trabajo/estudio o en tus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? (marca una sola opción por cada pregunta).

	SI	NO
a. Tuve que reducir el tiempo dedicado al trabajo/estudio o actividades cotidianas por algún problema emocional .		
b. Hice menos de lo que hubiese querido hacer por algún problema emocional .		
c. No hice mi trabajo/estudio o mis actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional		

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto tu salud física o los problemas emocionales han dificultado tus actividades sociales habituales con tu familia, amigos, vecinos u otras personas? (marca un solo número).

- 1 Nada.
- 2 Un poco.
- 3 Regular.
- 4 Bastante.
- 5 Mucho

7. ¿Tuviste dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (marca un solo número)

- 1 No, ninguno.
- 2 Sí, muy poco.
- 3 Sí, un poco.
- 4 Sí, moderado.
- 5 Sí, mucho.
- 6 Sí, muchísimo.

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor te ha dificultado en tu trabajo/estudio habitual (incluido el trabajo/estudio fuera de casa y las tareas domésticas)? (marca un solo número).

- 1 Nada.
- 2 Un poco.
- 3 Regular.
- 4 Bastante.
- 5 Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo te has sentido y cómo te han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responde lo que se parezca más a cómo te has sentido.

Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo... (marca una sola opción por cada línea).

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. Me sentí lleno/a de vitalidad.						
b. Estuve muy nervioso/a.						
c. Me sentí tan bajo/a de moral que nada podía animarme.						
d. Me sentí calmado/a y tranquilo/a.						
e. Tuve mucha energía.						
f. Me sentí desanimado/a y triste.						
g. Me sentí agotado/a.						
h. Me sentí feliz.						
i. Me sentí cansado/a.						

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia tu salud física o tus problemas emocionales te han dificultado en tus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? (marca un solo número)

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Solo alguna vez
- 5 Nunca

11. Por favor, marca si te parece CIERTO o FALSO cada una de las siguientes frases: (marca una sola opción por cada línea)

	Totalmente cierto	Bastante cierto	No lo sé	Bastante falso	Totalmente falso
a. Creo que me pongo enfermo/a más fácilmente que otros/as.					
b. Estoy tan sano/a como cualquiera.					
c. Creo que mi salud va a empeorar.					
d. Mi salud es excelente.					

INVENTARIO DE ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las personas responden de formas diferentes cuando se enfrentan a acontecimientos difíciles o desagradables. Por favor, contesta a las siguientes preguntas indicando cómo habitualmente haces frente a los problemas. Para ello piensa en alguno de los últimos problemas que hayas tenido y utilízalos como referencia para contestar.

Para cada pregunta, pon una **X** en la casilla que mejor describa tu forma de comportarte habitualmente. La primera casilla significa que nunca haces eso, la segunda que sólo a veces, la tercera que con bastante frecuencia y la cuarta que siempre realizas ese tipo de comportamiento.

		Nunc	A veces	Bast ante	Siem pre
1.	Me niego a creer en lo que ha ocurrido.				
2.	Busco alivio a mi situación en la religión.				
3.	La experiencia siempre aporta algo positivo.				
4.	Desfiguro o distorsiono el problema.				
5.	Me habitúo a la idea de lo que ha sucedido.				
6.	Trato de no pensar en mis sentimientos.				
7.	Pido ayuda a mis amigos sobre cómo actuar.				
8.	No llevo a cabo acciones que luego podría				
9.	Eludo otras actividades para concentrarme en el				
10.	Aplazo toda actuación hasta que se dé la ocasión				
11.	Me niego a creer que se pueda hacer algo.				
12.	Encuentro a alguien en quien confiar y descargar				
13.	Procuró no apresurarme aunque se me				
14.	Busco la ayuda de un profesional.				
15.	Me propongo cambiar la forma en que veía el				
16.	Mi familia comprende mis emociones.				
17.	Pienso en cosas diferentes a lo sucedido.				
18.	Reflexiono sobre cuál es la mejor manera para				
19.	Intento aprender de todas las experiencias.				
20.	Me evado del problema haciendo cualquier cosa.				
21.	Procuró no empeorar más las cosas por				
22.	Me responsabilizo en hacer algo para eliminar el				
23.	Busco consuelo en mis amigos.				
24.	Me apoyo en personas que han pasado por la				
25.	Me empeño en sacar los aspectos positivos.				
26.	Procuró evitar enfrentarme a situaciones				
27.	Descarto todo esfuerzo para la solución del				
28.	Fantaseo para evitar pensar en lo que ha				
29.	Recurro a experiencias anteriores para encontrar				
30.	Procuró no hacer frente a lo sucedido.				

31.	Me contengo hasta saber más del problema.				
32.	Me siento incapaz de analizar la situación.				
33.	Procuro darle la vuelta a los problemas para ver				
34.	Evito recordar las emociones que me ha				
35.	Tomo todas las medidas para que las cosas				
36.	Intento sacar lo que pueda tener de bueno a todo				
37.	Mientras no lo permita la situación me contengo				
38.	Evito anhelar lo que quiero.				
39.	Soporto todo lo que no tiene solución.				
40.	Intento calmar mis emociones comiendo,				
41.	Oculto a los demás como me van las cosas.				
42.	Expreso mi malestar emocional.				
43.	Procuro olvidar mi aflicción.				
44.	Espero que mi familia me resuelva el problema.				
45.	Concentro todos mis esfuerzos en resolver el				
46.	Procuro que mis sentimientos no interfieran en				
47.	Me cuesta mucho hacer frente a los problemas				
48.	Trato de no distraerme con otras tareas.				
49.	Me altero emocionalmente y lo manifiesto.				
50.	Tolero la nueva situación que se ha creado.				
51.	Cuando me ocurre algún problema me siento				
52.	Me sirve para descubrir lo que de verdad es				
53.	Procuro distraerme para no pensar en el				
54.	Intento guardar para mí mis sentimientos.				
55.	Dejo todo para enfocar el problema.				
56.	Preparo un plan para actuar.				
57.	Despliego un plan de acción para solucionar la				
58.	Evito el problema concentrándome en otras				
59.	Me comporto como si no hubiera ocurrido nada.				
60.	Acepto mi incapacidad para resolver la situación.				
61.	Disfrazo lo que ha ocurrido.				
62.	Los problemas sirven para madurar como				
63.	Espero a que cambien las cosas.				
64.	Hago lo que siento que tengo que hacer.				
65.	Me recreo recordando sentimientos agradables.				
66.	Evito mis sentimientos mediante la bebida y/o el				
67.	Confío mis sentimientos a un amigo.				
68.	Muestro mis sentimientos.				
69.	Confío en que la situación termine pronto.				
70.	Me imagino soluciones para el problema.				
71.	Pruebo a superar mis sentimientos durmiendo y/o				
72.	Aprendo a vivir con el problema.				

EDAD

SEXO: M F

LUGAR DE PROCEDENCIA:

TIEMPO DE DIALISIS:

ENFERMEDAD DE BASE: