

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes
con insuficiencia renal crónica terminal**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORA

Martha Elizabeth Talledo Peña

ASESORA:

Dra. Mónica De Los Milagros Cassaretto Bardales

Lima, Octubre, 2019

Agradecimientos

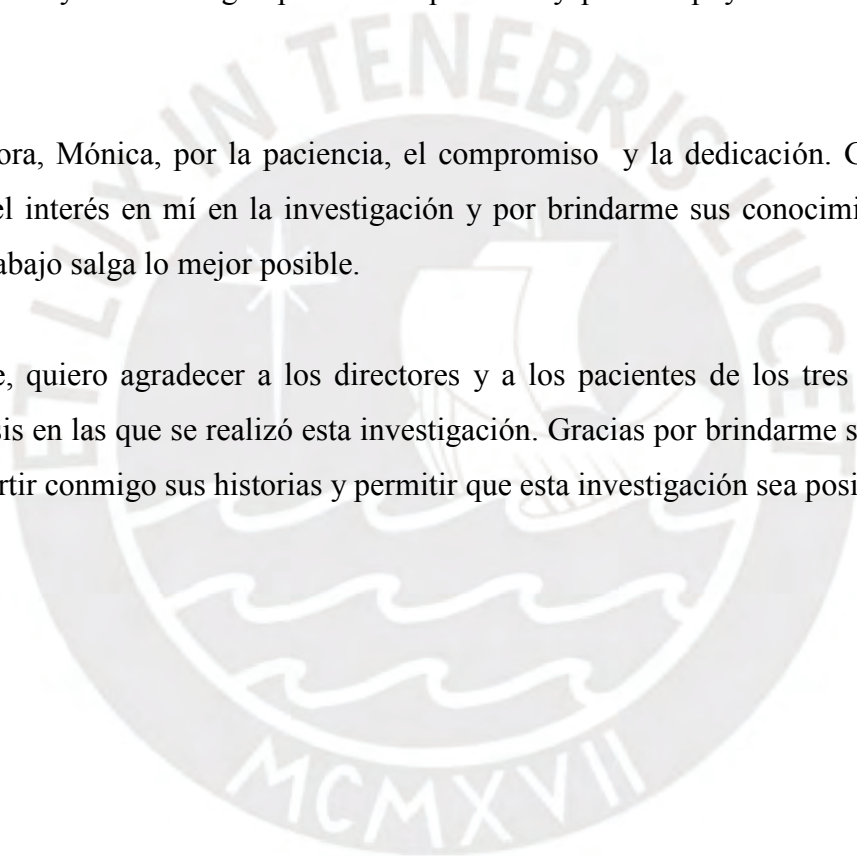
A mi madre por su apoyo incondicional y estar siempre cuando la necesitaba. Por su preocupación cuando trabajaba hasta tarde y preguntar si me faltaba poco para ir a dormir.

A mi hermana, Carmen, gracias por su ayuda constante, por animarme a continuar y seguir mis sueños.

A mi familia y a mis amigos por su comprensión y por su apoyo durante todo este proceso.

A mi asesora, Mónica, por la paciencia, el compromiso y la dedicación. Gracias por despertar el interés en mí en la investigación y por brindarme sus conocimientos para que este trabajo salga lo mejor posible.

Finalmente, quiero agradecer a los directores y a los pacientes de los tres centros de hemodiálisis en las que se realizó esta investigación. Gracias por brindarme su tiempo y por compartir conmigo sus historias y permitir que esta investigación sea posible.



Resumen

El objetivo principal de este estudio es identificar cuáles variables predicen la salud física y la salud mental en un grupo de 100 pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis, cuyas edades oscilaban entre 21 y 70 años ($M=53.07$; $DE=11.56$). Se utilizó la escala de estrés percibido EEP-14 creada por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), el inventario multidimensional de estimación del afrontamiento COPE-60 diseñado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) y cuestionario de salud SF-36, versión 1 realizado por Ware y Sherbourne (1982). Los resultados sugieren que la CVRS física está más deteriorada, específicamente en las dimensiones del rol físico y salud general. Se observaron relaciones significativas entre el estrés percibido y todas las relaciones de CVRS. El componente salud mental relacionó negativamente con el estrés percibido total, además de las estrategias de afrontamiento de contención, supresión de actividades, enfocar y liberar emociones, búsqueda de soporte por razones emocionales, búsqueda de soporte por razones emocionales, desentendimiento conductual y uso de sustancias. El componente de salud físico correlacionó negativamente con el estrés global y la estrategia de enfocar y liberar emociones. Se realizaron análisis de regresión para cada componente de la CVRS, encontrando que el acceso vascular, la diabetes, y el estrés global explican el 28 % de la variabilidad del componente físico. Mientras que la hepatitis C, la diabetes, el estrés global y la estrategia de enfocar y liberar emociones explicaron el 43% de la CVRS mental.

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica, hemodiálisis, estrés, afrontamiento, CVRS, afrontamiento.

Abstract

The main aim of the research was to identify which variables predict physical health and mental health component in a group of 100 patients receiving hemodialysis treatment, whose ages ranged between 21 and 70 years ($M = 53.07$; $DE = 11.56$). The perceived stress scale EEP-14, created by Cohen, Kamarck and Mermelstein (1983), the multidimensional inventory of coping estimation COPE-60 designed by Carver, Scheier and Weintraub (1989) and health questionnaire SF-36, version 1 made by Ware and Sherbourne (1982) were used for the measurement. Results, revealed that physical HRQoL is more impaired, specifically in the dimensions of physical role and general health. Significant relationships between perceived stress and all dimensions of HRQoL relationships were observed. The mental health showed negative correlations with restraint coping strategies, suppression of activities, focus on and venting of emotions, seeking social support for emotional reasons, behavioral disengagement and consumption of substances. The physical health component correlated negatively with global perceived stress and the strategy of focus on and venting of emotions. Regression analyzes were performed for each component of the HRQoL. Results showed that vascular access, diabetes, and global stress account the 28 % of the variability of the physical health component. Meanwhile, hepatitis C, diabetes, global perceived stress and the strategy of focus on and venting of emotions, accounted the 43 % of the variability of the mental health component.

Keywords: End-stage chronic kidney disease, haemodialysis, stress, coping, HRQoL.

Tabla de contenidos

| | |
|---|----|
| Resumen | |
| Introducción | 1 |
| Método | 11 |
| Participantes | 11 |
| Medición | 11 |
| Procedimiento | 15 |
| Análisis de datos | 16 |
| Resultados | 17 |
| Discusión | 23 |
| Referencias | 33 |
| Apéndices | 45 |
| A. Descriptivos de las variables demográficas y médicas | 45 |
| B. Análisis de confiabilidad por consistencia interna del SF-36 | 47 |
| C. Análisis de confiabilidad por consistencia interna del EEP-14 | 48 |
| D. Análisis de confiabilidad por consistencia interna del COPE-60 | 49 |
| E. Consentimiento Informado | 51 |
| F. Ficha de datos sociodemográficos | 52 |

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un padecimiento crónico caracterizado por la presencia de anomalías en la estructura o función renal con importantes complicaciones en la salud del paciente (Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO], 2018). Esta se encuentra expresada en la disminución continua, constante e irreversible de la tasa de filtrado glomerular (TFG) y/o la presencia de daño renal durante un tiempo mínimo de 3 meses (Gómez, Arias & Jiménez, 2006; KDIGO, 2018). A medida que la enfermedad avanza, es evidente un fallo en la función renal y puede ser tipificada en 5 estadios acorde a los niveles de TFG (KDIGO, 2013). El último de estos estadios alude a la etapa terminal de la enfermedad, donde la TFG es menor de 15 ml/min y es necesario la utilización de un tratamiento renal sustitutivo para reemplazar la función que se ha perdido (Ministerio [MINSA], 2016).

En la actualidad, esta enfermedad es de interés mundial debido al incremento de su prevalencia y del costo del tratamiento. Estudios realizados a nivel mundial, en el 2015 afirman que la ERC causó la muerte de 1.1 millones de personas, constituyendo esta la 12^a causa de mortalidad, Global Burden Disease (como se citó en MINSA, 2018). En el Perú según estimaciones de la encuesta NHANES hacia el año 2015, 19 197 personas se encontrarían en la fase terminal de la enfermedad (MINSA, 2016) y anualmente se presentan 1000 nuevos casos según el presidente de la Sociedad Peruana de Nefrología (como se citó en Perú21, 2017).

La ERC en la última fase o también llamada insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) constituye la expresión más avanzada de la enfermedad (Soriano & Hernando, 2008) y hace necesario la utilización de terapia de reemplazo renal para sustituir las funciones que se han perdido (MINSA, 2016). Entre las principales modalidades de terapia de reemplazo renal se encuentran: el trasplante renal, la diálisis peritoneal crónica y la hemodiálisis crónica (MINSA, 2016). Esta última es una técnica que purifica, filtra la sangre y extrae del cuerpo desechos tóxicos antes de devolverlos al organismo. Para ello, el paciente debe acudir 3 veces por semana a la unidad de hemodiálisis durante 4 horas o más (Departamento de Nefrología de Northwestern Memorial Hospital, 2016).

El tratamiento puede ocasionar importantes complicaciones tales como hipotensión arterial, calambres, náuseas, vómitos, cefalea, dolor torácico, dolor lumbar, prurito, escalofríos y síndrome de desequilibrio (Challinor & Braun, 2013; Loareza, 2011). Adicionalmente al tratamiento, la enfermedad trae consigo consecuencias de tipo

Estrés afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud

cognitivo, expresadas en problemas en la memoria, en la concentración y pensamiento más lento. A nivel del sistema nervioso central es posible identificar problemas de sueño, neuropatías que dan lugar al síndrome de piernas inquietas y parestesia (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2007; Thomas, 2013). Asimismo, el funcionamiento sexual es un aspecto que también se ve afectado, en las mujeres expresado en la infertilidad y en los hombres en la infertilidad e impotencia (Falvo, 2009; Lewis, 2011; McIntyre & Burton, 2013; Thomas, 2013).

Además de las consecuencias y complicaciones de la enfermedad y el tratamiento, los pacientes se enfrentan con importantes estresores que incluyen a la sintomatología de la enfermedad, con restricciones relacionadas al tratamiento, entre ellas la alimentación (Kaptein, 2010; Northwestern Medicine, 2016). De la misma manera, pueden presentar alteraciones a nivel del autoconcepto y la autoestima, sentimientos de incertidumbre hacia el futuro o culpa (Kaptein, 2010) y reacciones emocionales como enojo y sentimientos de pérdida, por las funciones que el cuerpo ha dejado de realizar, según Moua (como se citó en Falvo, 2009). Por último, los pacientes también se pueden ver afectados en el ámbito social, por las modificaciones en sus actividades diarias o por el mismo horario del tratamiento (Falvo, 2009).

En las enfermedades crónicas y terminales, se puede distinguir una afectación de la calidad de vida pues las consecuencias de la enfermedad y su tratamiento implican un cambio significativo en la reestructuración en el estilo de vida la persona (Robles, 2010). En la IRCT, la hemodiálisis aunque surge como respuesta ante la enfermedad y con la finalidad de prolongar su vida, a largo plazo afecta la calidad de vida del mismo (Guerra-Guerrero, Sanhueza-Alvarado & Cáceres-Espina, 2012).

La calidad de vida de acuerdo a la OMS, es definida en función de la percepción que tiene el individuo respecto al ámbito físico, en el aspecto social y espiritual en relación al espacio en el que se desenvuelve, así como en el sistema de valores en el que vive. De la misma manera, se toman en cuenta las relaciones con sus metas, expectativas, criterios y preocupaciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1996). La prevalencia de enfermedades crónicas para las cuales no existe cura total, sino solo tratamiento, ha despertado un interés por el estudio de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) (Schwartzmann, 2003). Es por ello que este concepto ha sido de mucha utilidad sobre todo en quienes padecen una enfermedad crónica (Robles, 2004).

Estrés afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud

La expresión CVRS se entiende como el impacto que ejerce una enfermedad y su posterior tratamiento en la percepción que tiene el paciente sobre su bienestar (Schawrtzmann, 2003). Aunque no existe un consenso en relación a la definición de calidad de vida, existe un acuerdo en que la medición de la CVRS es de carácter subjetivo. Asimismo, la medición de este constructo es multidimensional y la medición de las dimensiones de este son valores universales a través de las culturas y deben registrar variabilidad a través del tiempo (World Health Organization Quality of Life Group, 1995).

El estudio de la CVRS abarca dos grandes áreas: el componente físico y el componente mental. El primer componente se divide en cuatro dimensiones que evalúan el nivel de limitación para hacer actividades físicas y actividades de autocuidado (función física), el nivel en que la salud física dificulta el trabajo o actividades cotidianas (rol físico), la intensidad del dolor y consecuencias en el trabajo cotidiano (dolor corporal), y la valoración personal de la salud actual, perspectiva a futuro y resistencia a enfermar (salud general). Respecto al segundo componente, este contempla el nivel de energía de la persona (vitalidad), la dimensión en que los problemas físicos o emocionales afectan la vida social (función social), la medida en que los problemas emocionales dificultan la actividad habitual (rol emocional) y el grado de afectación psicológica del individuo, expresado en depresión, ansiedad, bienestar psicológico en el individuo (salud mental) (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek 1993).

Diversos estudios, tales como el de Dos Santos et al. (2017), Masina, Chimera, Kamponda, y Dreyer (2016), Yusop, Mun, Shariff y Huat (2013) y Zamanian, Poorolajal y Taheri- Kharameh (2018) han abordado el impacto que tiene la IRCT en la CVRS. En estas investigaciones se ha identificado al componente físico como el de mayor afectación, específicamente, la dimensión de rol físico. Sin embargo, Masina et al. (2016) en un estudio reveló un importante nivel de afectación en la dimensión de vitalidad, correspondiente al componente mental. Respecto a este último, Nunes, Sarmiento y Alchieri (2011), en una investigación con pacientes brasileiros en tratamiento de hemodiálisis, identificó mayor afectación en el componente mental, específicamente las dimensiones de salud mental y vitalidad. En siguientes investigaciones se muestran también resultados en función del grado de afectación de las dimensiones de CVRS de los pacientes en hemodiálisis (Alfaro, 2011; Millán-Gonzales, Gómez-Restrepo, Gil, Oviedo & Salazar, 2009; Zamanian et al., 2018).

Estrés afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud

Alfaro (2011) y Millán-González et al. (2009) coinciden en que la enfermedad interfiere más en la realización de actividades cotidianas, mientras que la enfermedad afecta menos la salud mental, expresada en el bienestar general del paciente. En ambas investigaciones, además se obtienen puntajes más altos en las dimensiones de función física, el dolor corporal, salud mental y función social. Los resultados mencionados con anterioridad coinciden parcialmente con los hallazgos encontrados por Zamanian et al. (2018), quienes también identifican menor perturbación en la vida social de los pacientes con IRCT.

Se ha encontrado importantes hallazgos en la literatura respecto a la relación entre CVRS en pacientes con IRCT, con características demográficas y relacionadas a la enfermedad. En función del sexo no existe consenso respecto a la relación de esta y el grado de afectación en la CVRS. Según algunos estudios, las mujeres reportan menor CVRS en las dimensiones de función física, dolor corporal, rol emocional y salud mental en comparación con los hombres (Alfaro, 2011). Mientras que Arias (2013) y Guerra-Guerrero et al. (2012) asocian al sexo femenino con una mala CVRS en el componente mental. Por su parte, otras investigaciones no encuentran diferencias significativas entre el sexo del paciente y CVRS (Contreras, Esguerra, Espinoza, Gutiérrez y Fajardo, 2006; Ruíz de Alegría et al., 2009).

En torno a la edad del paciente, Zamanian et al. (2018) identificaron una relación negativa con las dimensiones de salud general y funcionamiento físico. Esta última, según Alfaro (2011) es menor en pacientes adultos mayores, además de otras dimensiones como rol físico, dolor corporal, función social, vitalidad y salud mental, esto en comparación con adultos y adultos jóvenes. Siguiendo con esta línea de investigación, Ruíz de Alegría et al. (2009) no lograron identificar relaciones significativas en los componentes de CVRS y la edad.

Tomando en cuenta el tiempo de duración de la hemodiálisis, Zamanian, et al. (2018) se encontró una relación directa entre esta y la limitación en las dimensiones del rol físico y emocional, mientras que la larga duración en el tratamiento se asoció a una mejor CVRS en los componentes mental y físico. Por otra parte, el tiempo de tratamiento se asoció a una mejor CVRS general, tanto a nivel físico como mental, además de una mejor percepción de salubridad y seguridad del entorno (Ramírez., 2012). Asimismo, permanecer mayor tiempo en diálisis se relaciona con una peor

Estrés afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud

capacidad de para el autocuidado, una mayor percepción del dolor y una menor CVRS a nivel mental en el paciente (De Pasquale et al., 2017).

Otros estudios, brindan alcances en torno al nivel educativo alcanzado y a la situación laboral (Alfaro, 2011; López et al., 2007). Respecto al nivel educativo logrado, Alfaro (2011) identifica que aquellos pacientes con escolaridad incompleta registran menor puntuación en las dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad, rol emocional y salud mental. En esa misma línea, Guerra-Guerrero et al. (2012) han identificado una relación positiva y pequeña entre todas las dimensiones de CVRS y el tiempo de escolaridad del paciente. En torno a la situación laboral de la persona, este mismo autor no identificó diferencias significativas entre los trabajadores independientes y dependientes, y entre las amas de casa y las personas que no tienen ocupación. Sin embargo, para López et al. (2007) el encontrarse desempleado se asocia a puntuaciones más bajas en las ocho dimensiones de CVRS, con mayores diferencias observadas en el rol emocional y rol físico.

Así como la CVRS es un tema importante de investigación en enfermedades crónicas como la IRCT, el abordaje del estrés es también una línea de investigación de mucha importancia, debido principalmente a que las demandas con las que lidia el paciente pueden ser abrumadoras, en muchos casos altamente estresante pues, ya que el paciente no solo tiene que afrontar la sintomatología propia de la enfermedad, sino también la carga asociada a esta (Kaptein, 2010). En este sentido, el estrés constituye una variable importante a ser estudiada debido a que ocasiona importantes cambios fisiológicos que pueden afectar el inicio, el curso y la progresión de la enfermedad (Ogden, 2007; Taylor, 2007).

Según Lazarus y Folkman (1984) las personas cuando se enfrentan a una situación desafiante o potencialmente amenazante realizan una valoración de los posibles daños o peligros a los que se encuentran expuesto, seguido de una evaluación de los recursos disponibles para manejar dicha situación. Así, de acuerdo al modelo transaccional propuesto por los autores, la experiencia subjetiva es el resultado de la interacción del individuo y su ambiente, específicamente representa un balance entre el evento estresante y los recursos disponibles para afrontar dicha situación. De acuerdo a esto, la percepción del estrés corresponde al grado en que una persona evalúa o valora determinada situación en su vida, considerándola como impredecible y estresante (Cohen, 1986).

Estrés afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud

La percepción del estrés puede estar dada en función de los resultados agradables o desagradables que estos provocan, dando lugar al eutrés o buen estrés y al distrés o mal estrés (Pereyra, 2004). El eutrés es todo aquello que causa placer, son fuentes generadoras de bienestar o equilibrio, mientras que el distrés constituye todo aquello que disgusta, aquello que la persona hace en contradicción consigo misma, su ambiente y su capacidad de adaptación. Es importante tener en cuenta que el tipo de estrés va depender de cómo la persona asimila e interpreta los eventos que se le presenten (Naranjo, 2009).

Al respecto diversas investigaciones han ahondado en el estudio del estrés y la IRCT. Shafipour, Jafari, Shafipour & Nasiri, (2010) ha identificado estrés moderado y alto en una grupo de 100 pacientes con IRCT. Además, ha reconocido la existencia de una relación inversa entre la severidad del estrés reportada por los pacientes y la CVRS de los mismos. En esa misma línea, otros autores reportan cuáles son aquellas situaciones más estresantes para los pacientes. Por su parte, Gemmell, et al. (2016) sostiene que aquellas situaciones generadoras de estrés están directamente relacionadas con la enfermedad. Para Ahmad & Al Nazly (2015), los pacientes con IRCT perciben más estresores psicológicos que físicos. Por otro lado, existiría una relación moderada y positiva entre el sexo del paciente y la percepción de estresores físicos y psicológicos. Esta relación se mantiene entre el ingreso familiar del paciente y la percepción de ambos estresores.

Un estudio realizado con 88 pacientes con IRCT muestra que las mayores fuentes de estrés son atribuidas a factores como la restricción en la ingesta de alimentos, líquidos y asociadas a la fatiga (Tu, Shao, Wu, Chen & Chuang, 2013). Mientras que aquellos que causan menor estrés estarían asociados a la dificultad para la procreación, frecuencia de ingresos hospitalarios y restricciones en la forma de la vestimenta (Tu et al., 2013).

Investigaciones que abordan el estudio del estrés han identificado importantes alcances en función del sexo (Álvarez y Barra, 2010; Pichucho, 2018; Yeh & Chou, 2007; Yeh, Huang, Chou, & Wang, 2009.). Álvarez & Barra (2010) y Pichucho (2018) atribuyen al sexo femenino mayores niveles de estrés percibido. Adicionalmente, Gemmell et al. (2016) identifican que en los hombres, los factores predictores del estrés percibido se asociaron con limitaciones de los roles del funcionamiento físico o emocional, menores niveles de energía, peor bienestar emocional, deficiencias en el

Estrés afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud

funcionamiento social y mala salud general; mientras que en las mujeres, el estrés estuvo relacionado con menores niveles de energía y un pobre bienestar emocional. Para Yeh et al. (2009) en el caso de las mujeres, aquellas situaciones estresantes se relacionan más a síntomas físicos y dificultades con los vasos sanguíneos, mientras que para los hombres estas se relacionarían con dificultades en el funcionamiento reproductivo.

Los pacientes con enfermedad crónica, se ven expuestos a altos niveles de estrés como consecuencia del tratamiento y a pesar que mayoritariamente tienen reacciones psicológicas negativas, la mayoría recurre y se apoya de sus recursos internos para lidiar y enfrentar los problemas que se le presentan (Taylor, 2007). En aquellos con IRCT, el afrontamiento realizado por el paciente resulta determinante para anticipar el impacto que puede causar la enfermedad, pues la manera en cómo el paciente afronta la enfermedad puede mediar, reducir o amortiguar los efectos del estrés (Cassaretto & Paredes, 2006).

El afrontamiento es definido como los esfuerzos cognitivos y comportamentales que la persona utiliza para manejar las demandas externas y/o internas, que exceden sus recursos. Asimismo, hace referencia a acciones que el individuo utiliza para minimizar, tolerar, o reducir las demandas de un encuentro estresante específico (Folkman, 1982), En ese sentido, es un regulador de la tensión y de las emociones, sirve para sobrevenir lo que pueda ocurrir y puede influir sobre los futuros estados emocionales (Lazarus & Lazarus, 2000).

Lazarus hace hincapié en el papel que desempeñan las respuestas de afrontamiento en sí mismo, señalando que estas pueden variar de un momento a otro. Al respecto Carver y Scheier (1994) señala que la estabilidad de las respuestas de afrontamiento hace referencia a estilos de afrontamiento que favorecen el uso de algunas estrategias de afrontamiento, las cuales son descritas como procesos concretos y específicos utilizados conforme la situación lo requiere. Además, atribuye a esta la característica de ser cambiante y estar sujeta a las condiciones que lo originan (Carver & Scheier, 1994). Estos modos de afrontamiento han sido agrupados en 15 estrategias entre las cuales tenemos afrontamiento activo, planificación, restricción del afrontamiento, supresión de actividades en competencia, soporte instrumental, soporte emocional, reinterpretación, humor, religión, negación, aceptación, enfocar y liberar emociones, uso de drogas, desentendimiento mental y desentendimiento conductual.

Estrés afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud

Ante una situación de enfermedad como la IRCT, se han encontrado importantes hallazgos en relación a esta y a la utilización de estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, Cassaretto y Paredes (2006) en un estudio con 40 pacientes de Lima con IRCT distinguen una mayor incidencia del uso de estrategias orientadas a la planificación, aceptación y reinterpretación positiva y con menor frecuencia las estrategias de desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo. A estos hallazgos, se suman Ruíz de Alegría et al. (2008) quienes sostienen que las formas más frecuentes de afrontamiento es a través de la búsqueda de información, el afrontamiento centrado en la reestructuración cognitiva, en la resolución de problemas y en la expresión regulada de emociones, mientras que la menos frecuente fue la delegación y el aislamiento social. Por último, Laudański, Nowak y Niemczyk (2013) agregan que en pacientes jóvenes hay una mayor incidencia de afrontamiento a través de la preocupación y distracción emocional.

En una investigación realizada a 2642 pacientes Yeh y Chou (2007) establecieron relaciones directas, moderadas y fuertes entre las subescalas de estrés percibido y el uso de estrategias de afrontamiento. En este estudio las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, los pensamientos aislados, y las estrategias orientadas a la evitación se relacionaron directamente con estresores relacionados a la realización de actividades de actividades en la vida diaria del paciente. Adicionalmente, Yeh y Chou (2007) identificaron una relación positiva entre la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción y otro tipo de estresores como presencia de síntomas físicos, dependencia con el personal médico, restricción en la alimentación y los fluidos, así como con cambios relacionados al rol familiar y con problemas relacionados a las vías de acceso vascular. El uso de la estrategia orientado a la evitación, también estuvo relacionado con la dependencia del paciente al personal médico y en la ambigüedad del rol. Asimismo, la estrategia de búsqueda de apoyo, también mantuvo relaciones positivas con algunos de los estresores. Sin embargo, esta lo hizo directamente con dependencia al personal médico, además de los síntomas físicos presentados y problemas asociados a las vías de acceso vascular (Yeh & Chou, 2007).

Siguiendo la misma línea de investigación, se ha identificado una relación negativa entre el estilo de afrontamiento centrado en la emoción y la CVRS (Ibrahim, Taboonpong, & Nilmanat, 2009; Santos, 2010). En el caso de Ibrahim et al. (2009) la

Estrés afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud

relación entre CVRS y este estilo de afrontamiento sería mediana, aun controlando la edad, nivel educativo e ingreso económico del paciente. Por su parte, Santos (2010) identificó una relación negativa entre el estilo de afrontamiento centrado en la emoción y las dimensiones de CVRS de rol físico, rol emocional, y salud mental; mientras que el estilo de afrontamiento centrado en el problema relacionó directamente con salud general. En tanto el uso del afrontamiento emotivo, se asoció fuertemente con una peor calidad de vida a nivel del componente mental (Zamanian et al. 2018). En relación a lo anteriormente mencionado Perales-Montilla, García-León & Reyes-del Paso (2012) identifican que el uso de estrategias de afrontamiento activo predicen un aumento en la CVRS, mientras que la utilización de estrategias de afrontamiento pasivo predicen una disminución. Para Niihata, Fukuma, Akizawa y Fukuhara (2017), la utilización del uso de la participación centrada en el problema se asoció a una mejora en el funcionamiento físico y en la salud mental y la desconexión centrada en la emoción, a un deterioro no significativo en la salud mental.

Teniendo en cuenta el sexo, tiempo de diagnóstico y vía de acceso vascular, se han encontrado importantes hallazgos. Así, en torno a la primera variable, los hombres recurrirían a un mayor uso de la evitación y el uso de estrategias orientadas hacia el problema como medio para hacer frente a la enfermedad, mientras que las mujeres harían uso de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y la búsqueda de soporte con mayor frecuencia (Yeh & Chou, 2007). En esa misma línea, Uranga (2018) destaca una mayor incidencia del afrontamiento activo en hombres, en comparación con las mujeres. Gemmell et al. (2016) por su parte, atribuyen al sexo femenino el uso de la autodistracción y el reencuadre positivo, el uso de la religión y el desfogue. Respecto a esta última, un mayor uso de esta, predeciría una peor CVRS mental y sus dimensiones.

En relación a edad, se ha identificado una relación inversa entre la edad del paciente y el acudir a la estrategia de apoyo social emocional, así como entre el tiempo de diagnóstico y el uso de la negación. De la misma manera, se ha reportado mayor incidencia del uso del humor y planificación en pacientes que utilizan catéter y quienes provienen de Lima respectivamente (Uranga, 2018).

Al identificar una relación entre esta estrategia y la CVRS, Ramírez, et al. (2012) señala que este tipo de afrontamiento religioso si es negativo tiene un efecto negativo en la CVRS, mientras que si este es positivo se asocia positivamente en la CVRS global y con las dimensiones de la salud mental y función social del paciente. Por otra parte, el

Estrés afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud

estrés percibido se asoció positiva y significativamente con el uso de estrategias mal adaptativas tanto en hombres como en mujeres (Gemmell et al., 2016). Este último estudio también concluyó que el recurrir a estrategias de afrontamiento adaptativas predice positivamente el bienestar general en las mujeres. Contrariamente, el uso de estrategias maladaptativas, se asoció con una peor CVRS en el componente mental, una mayor limitación a nivel del rol emocional, peor la salud general y mayor dolor, solo en el caso de las mujeres.

A partir de la literatura mostrada, se pueden dar algunos alcances respecto a la relación que existe entre CVRS, estrés y afrontamiento. No obstante, en muchos casos no existe consenso respecto a cómo se desenvuelven estas variables. Además, se ha encontrado que existen otras variables, psicológicas, personales y médicas que podrían afectar la CVRS, la percepción del estrés y el uso de estrategias de afrontamiento. Asimismo, se sabe que las enfermedades crónicas terminales afectan la calidad de vida de quienes la padecen y vienen acompañado de cambios significativos en la vida del paciente que comprometen habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede tener el paciente para lidiar con situaciones adversas en su vida (Robles, 2004). En ese sentido, es relevante conocer cómo las variables anteriormente descritas se relacionan y afectan la CVRS del paciente con IRCT.

Si bien es cierto existe importante literatura que brinda alcances respecto a las variables CVRS, estrés y afrontamiento en función de variables sociodemográficas y médicas. En muchos casos, esta relación no es del todo clara. Asimismo, es relevante conocer cómo las variables ya descritas anteriormente se relacionan y como afectan la CVRS con IRCT. Por este motivo, la presente investigación tiene como objetivo analizar las posibles relaciones entre el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento sobre la CVRS en un grupo de pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis de Lima. En caso de ser posible, analizar de qué manera el estrés percibido y las estrategias de afrontamiento predicen la CVRS. Asimismo, se pretende identificar diferencias entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, situación laboral, estado civil, religión, grado de instrucción y composición familiar) y médicas (tiempo de diagnóstico de la enfermedad, tiempo de tratamiento, vía de acceso vascular, comorbilidad con otras enfermedades, tratamientos previos a la hemodiálisis), en relación a las tres variables de estudio mencionadas. Para ello se realizará la recolección de información en un solo momento y a un único grupo de personas.

Método

Participantes

El estudio estuvo conformado por 100 pacientes, cuyo rango de edad osciló entre 21 y 70 años ($M=53.07$; $DE=11.56$) y realizan tratamiento de diálisis entre 6 meses y 32 años. Del total de participantes, 63% fueron hombres y 37% mujeres. La vía de acceso vascular más utilizada fue la fistula (61%) y el resto, catéter. Por otro lado, solo el 7% de los participantes tiene únicamente IRCT y la hipertensión arterial es la enfermedad con mayor prevalencia. La mayoría de los participantes profesa la religión católica (80%) y el 77% del total se encuentra en una relación de pareja. De esta misma muestra, el 45% tiene grado de instrucción superior, mientras que solo el 36 % labora (Apéndice A).

Como criterio de inclusión se consideró a pacientes hombres y mujeres desde 18 hasta 70 años con diagnóstico de IRCT y que realicen hemodiálisis por lo menos durante 6 meses. Se excluyó a quienes presentaron alguna enfermedad psiquiátrica severa, a pacientes en estados confusionales o tuvieron una enfermedad que no tuvo comorbilidad con la enfermedad renal crónica.

Medición

Para medir CVRS se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 desarrollada en Estados Unidos por Ware y Sherbourne (1992), adaptada en español por Alonso, Prieto y Antó (1995) y validado en Perú por Salazar y Bernabé (2015). La escala original del SF-36 desde su creación y desarrollo ha formado parte del International Quality of Life Assesment-Project (IQOLA), con el objetivo de traducir el instrumento, validar, normar y tener una documentación de las traducciones de las escalas (Ware & Gandek, 1998). Esta es una escala genérica que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud en quienes se encuentran afectados por la enfermedad y su tratamiento (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993).

Este instrumento evalúa dos grandes áreas: componente físico y el componente mental. Cada uno de ellos presenta 4 dimensiones. Así, dentro del componente físico está la función física (el nivel de limitación para hacer actividades físicas y realizar

Método

actividades de autocuidado), el rol físico (nivel en que la salud física dificulta el trabajo o actividades cotidianas), el dolor corporal (la intensidad del dolor y consecuencias en el trabajo cotidiano) y salud general (valoración personal de la salud actual, perspectiva a futuro y resistencia a enfermar). En el caso del componente mental está la vitalidad (energía), función social (nivel en que los problemas físicos o emocionales afectan la vida social), rol emocional (nivel en que los problemas emocionales dificultan la actividad habitual) y salud mental (depresión, ansiedad, bienestar general y control de conducta) (Ware et al. 1993).

Al analizar las propiedades psicométricas del SF-36, este mostró índices de confiabilidad de alfa de Cronbach entre .81 y .93 para todas las dimensiones de CVRS, excepto para la función social que obtuvo .68. Por su parte, el CSM y el CSF obtuvieron un alfa de Cronbach de .88 y .92 respectivamente (Ware & Gandek, 1998). Para medir la validez de constructo, se realizó un análisis factorial en base a una muestra de 10 países, y los resultados evidenciaron un modelo de bifactorial, donde el CSM y el CSF tenían cada uno 4 dimensiones (Ware et al., 1998). La varianza total explicada para cada una de las escalas de los dos componentes principales del SF-36 osciló entre 55% y 83% (Ware et al., 1998). El análisis factorial confirmatorio sugirió 4 modelos, de los cuales el modelo II, conformado por 8 factores de primer orden y 2 de segundo orden ($X^2= 2938.72$ $CFI= 0.95$) demostró tener un buen ajuste (Keller et al., 1998).

Al realizar la validez convergente y discriminante entre las 8 dimensiones y los componentes se observó correlaciones fuertes entre las dimensiones de función social, rol emocional y salud mental con el CSM, mientras que la función física, rol físico y dolor corporal correlacionaron fuertemente con el CSF (Ware et al., 1998). Por su parte, las dimensiones de salud general y vitalidad tuvieron correlaciones moderadas y fuertes en ambos componentes. Sin embargo, salud general correlacionó más alto con el CSF ($\geq .60$) y vitalidad con CSM ($\geq .61$) (Ware et al., 1998).

En Perú, Salazar y Bernabé (2015) validaron y analizaron las propiedades psicométricas del instrumento. Para analizar la validez de constructo, se realizó un análisis factorial, donde se propusieron 3 modelos, de los cuales el conformado por 8 factores de primer orden y 2 de segundo orden demostró tener un ajuste adecuado ($CFI = 0.96$ y $RMSEA = 0.05$) (Salazar & Bernabé, 2015).

Método

Los índices de confiabilidad obtenidos oscilaron entre .71 y .92 para todas las dimensiones, excepto la función social que puntuó .66. En este estudio, se obtuvo un alfa de Cronbach de (.55) para salud general, (.66) para función social, (.68) para dolor corporal, las demás dimensiones y los componentes superaron el .70 (Apéndice B).

El estrés percibido fue medido con la Escala de Estrés Percibido (EEP-14) creado por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) y validado en Perú por Guzmán-Yacaman y Reyes-Bossio (2018). La prueba consta de 14 ítems, cuyo objetivo es evaluar el grado en que las situaciones de la vida diaria de la persona son consideradas como estresantes. Del total de ítems, 7 corresponden al control del estrés y 7 a la expresión del estrés. La puntuación global se obtiene invirtiendo el puntaje de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 y se suman los 14 ítems (Cohen, et al., 1983).

Se realizaron tres estudios para evaluar las propiedades psicométricas del instrumento: el primero conformado por 332 estudiantes universitarios, el segundo por 114 estudiantes de un curso introductorio de psicología y el tercero por 64 estudiantes que intentaban dejar de fumar. Los índices de alfa de Cronbach obtenidos fueron .84, .85 y .86 respectivamente. La confiabilidad se puso a prueba a través de método test-retest luego de 2 días y 6 semanas, estas arrojaron correlaciones de 0.85 para el primer estudio y de 0.55 para el tercer estudio. Finalmente, al realizar un análisis de validez concurrente entre la escala EEP-14 y el número de eventos vitales en los 3 estudios, se evidenció una correlación de pequeña (ρ .17) a moderada (ρ .39) (Cohen et al., 1983).

La escala ha sido adaptada al español por Remor y Carrobles (2001). En Latinoamérica, esta ha sido adaptada en países como Chile (Tapia, Cruz, Gallardo & Dasso, 2007), Venezuela (Benítez, D'Anello & Noel, 2013), México (Gonzales & Landero, 2007) y Perú (Guzmán-Yacaman y Reyes- Bossio, 2018).

Al realizar un análisis factorial confirmatorio, el modelo bifactorial con los ítems mostró mejores índices de ajuste ($RMSEA= 0.07$ y $CFI=0.95$). Debido a que, el ítem 12 no presentó un buen funcionamiento en esta muestra fue eliminado en este estudio. Al realizar un análisis validez divergente los factores de eutrés y distrés correlacionaron negativamente ($r=-0.41$). Por su parte, al analizar la convergencia entre las escala EEP y SPANAS se observaron correlaciones positivas entre el factor distrés y el factor afecto negativo ($r=0.60$), de igual manera entre el factor eutrés con el factor afecto positivo

Método

($r=0.39$). Al realizar el análisis de divergencia entre las dos escalas se obtuvo correlaciones negativas entre el factor distrés con el afecto positivo ($r=-0.24$), lo mismo sucedió entre el factor eutrés y afecto negativo ($r=-0.39$) (Guzman-Yacaman & Reyes-Bossio, 2018).

Por otra parte, cuando Guzman-Yacaman & Reyes-Bossio (2018) realizaron un análisis por consistencia interna utilizando 332 estudiantes universitarios, se obtuvo un alfa de Cronbach de .79 para la dimensión positiva del estrés y 0.77 para la dimensión negativa.

En la presente investigación se tuvo .72 para la primera dimensión, .69 para la segunda dimensión y .64 para el puntaje global. Cabe señalar que, tanto por escala como por prueba total, el ítem 12 es el más débil de la prueba (Apéndice C).

Las estrategias de afrontamiento serán medidas a través del Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento COPE, en su versión disposicional, diseñado por Carver, Scheier y Weintraub (1989), el cual tiene el objetivo de evaluar la forma en cómo las personas hacen frente al estrés.

En esta investigación se utilizó la versión del COPE de 60 ítems validada en Perú por Cassaretto y Chau (2016). Esta escala cuenta con formato de respuesta tipo Likert que va desde 1 (casi nunca hago esto) a 4 (hago esto con mucha frecuencia). Estos ítems se agrupan en 15 estrategias de afrontamiento, afrontamiento activo, planificación, restricción del afrontamiento, supresión de actividades competentes, búsqueda de soporte por motivos instrumentales, búsqueda de soporte por motivos emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, uso del humor, acudir a la religión, negación, aceptación, liberación de emociones, uso de drogas y alcohol, desentendimiento mental y desentendimiento conductual.

El COPE con 60 ítems ha sido adaptada en diferentes países alrededor del mundo tales como el Reino Unido (Ingledeu, Hardy, Cooper & Jemal, 2013), Rumania (Craşovan & Sava, 2013), Estonia (Kallasmaa & Pulver, 2000) y España (Crespo & Cruzado 1997). En Perú, este instrumento fue adaptado por Cassaretto y Chau (2016) con 300 estudiantes universitarios limeños.

Para analizar las propiedades psicométricas del COPE en su versión original, se aplicó a 978 estudiantes universitarios norteamericanos, obteniendo índices de confiabilidad de alfa de Cronbach entre 0.45 y 0.92 y un coeficiente test-retest de 0.46 y 0.86, luego de 8 semanas. La validez de constructo fue determinada mediante una

Método

rotación oblicua, obteniéndose una lista con 12 factores con eigenvalues mayores a 1.0, de los cuales 11 fueron interpretados con facilidad y 1 presentó cargas factoriales menores a 0.30 (Carver et al., 1989).

A nivel nacional, Cassaretto y Chau (2016), analizaron las propiedades psicométricas del COPE-60, obteniendo coeficientes de alfa de Cronbach que variaron entre .73 y .91. Sin embargo, hubieron estrategias que puntuaron por debajo de .60 tales como restricción del afrontamiento, afrontamiento activo y desentendimiento mental. Estas estrategias obtuvieron un alfa de Cronbach de .55, .54 y .53 respectivamente. Al realizar un análisis factorial exploratorio los resultados evidenciaron una estructura de 15 factores, explicado por el 65.15% de la varianza. No obstante, las estrategias de afrontamiento activo y planificación se fusionaron y las estrategias de soporte social instrumental y soporte social emocional conformaron otro factor. Adicionalmente, 5 ítems tuvieron cargas factoriales inferiores a 0.30 (Cassaretto & Chau, 2016).

Cuando se realizó un análisis factorial exploratorio, este encontró muy débil evidencia para un modelo de 3 factores: Factor 1 (estrategias centradas en los esfuerzos cognitivos), Factor 2 (estrategias centradas en la evitación) y Factor 3 (estrategias centrada en la búsqueda de contacto con otros). Luego se puso a prueba 3 modelos de organización de las escalas del COPE a nivel del análisis factorial confirmatorio, ninguno de los modelos presentó adecuados índices de ajuste. Por ello, las autoras sugieren trabajar solo con las estrategias (Cassaretto & Chau, 2016).

En la siguiente investigación 4 escalas tuvieron coeficientes de alfa de Cronbach inferiores a .50: desentendimiento mental, negación, afrontamiento activo y acudir a la religión; por tanto, ninguna de ellas se tomarán en cuenta para esta investigación. Las escalas restantes tuvieron puntuaciones entre .50 y .91, se analizará con precaución las escalas supresión de actividades, contención del afrontamiento, reinterpretación positiva, desentendimiento conductual y aceptación, que presentan consistencias internas entre .50 y .60 (Apéndice D).

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó en tres centros de Lima Metropolitana. Para la recolección de datos se procedió a establecer permiso con el

Método

departamento de investigación y psicólogos del área de la unidad renal. Luego, se contactó a los pacientes mientras recibían su tratamiento.

Quienes accedieron a participar del estudio, se les entregó un consentimiento informado (Apéndice E), en el cual se especificó el objetivo de la investigación, así como el anonimato, la participación voluntaria y el derecho a retirarse en cualquier momento. No se ofreció devolución individual más si grupal de los resultados del SF-36 a cada institución. Posteriormente, se consignó una ficha de datos sociodemográficos (Apéndice F) y se procedió a aplicar los instrumentos. Para ello se leyó oralmente los ítems de los cuestionarios y se entregó fichas con el formato de respuesta para que los pacientes dijeran su respuesta verbalmente. Este procedimiento se realizó individualmente, en un único momento, durante aproximadamente 30 minutos. Adicionalmente, se dio un espacio para absolver dudas e inquietudes a los participantes, así como un espacio de contención para cada uno de los participantes.

Análisis de datos

El análisis de los datos fue realizado por el programa SPSS versión 25. Se hizo un análisis de estadísticos descriptivos de las características demográficas y médicas de la muestra. También, se obtuvo el análisis de confiabilidad a través del coeficiente de alfa de Cronbach. Posteriormente, se procederá a calcular la normalidad a través del estadístico de Kolmogorov-Smirnov. Los resultados mostraron distribuciones normales y no normales, por ello se analizó si la falta de normalidad era severa a través de la asimetría y curtosis (Kline, 2010). Se encontró que la falta de normalidad no era extrema, pues la asimetría fue <3 y la curtosis, <10 .

Con el fin de responder a los objetivos del estudio, se realizó un análisis de correlación entre las variables de estudio a través de una correlación de Pearson. Luego, se realizaron estadístico de comparación para pruebas paramétricas (t-de Student y ANOVA One Way) debido a que la no normalidad no era severa.

Resultados

A continuación, como parte de los objetivos específicos de la investigación, se presentan los resultados obtenidos en función de los objetivos de estudio. En este sentido, primero se muestran los niveles de CVRS reportados por los participantes. Seguidamente, se exponen los resultados de las diferencias significativas para las dimensiones y componentes de CVRS, estrés percibido y estrategias de afrontamiento, en base al sexo, al tipo de acceso vascular, nivel de instrucción y comorbilidad diagnóstica. Para responder al objetivo principal, se presentan las correlaciones entre las dimensiones de estrés y estrategias de afrontamiento con las dimensiones y componentes de CVRS. Finalmente, se realizó un análisis de regresión por pasos. Se realizaron los análisis teniendo en cuenta la literatura previamente revisada y considerando las variables que fueron significativas en contrastes previos.

Los análisis descriptivos de la CVRS se muestran en la tabla 1. Esta evidencia que las áreas más afectadas son salud general, seguido de rol físico. Mientras que, las medias más altas se encontraron en las áreas de rol emocional y salud mental. Al hacer contraste entre el componente físico y mental, se encontró que la salud física se encuentra más afectada significativamente, que la mental ($t(99) = -6.32$, $p < .001$, $d = 0.48$).

Tabla 1. *Distribución de medias de las dimensiones y componentes de CVRS*

| | <i>M</i> | <i>Me</i> | <i>DE</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> |
|-------------------------|----------|-----------|-----------|------------|------------|
| Función física | 65.45 | 72.50 | 26.18 | 0 | 100 |
| Salud general | 55.80 | 57.50 | 19.05 | 10 | 100 |
| Rol físico | 57.00 | 75.00 | 41.91 | 0 | 100 |
| Dolor corporal | 69.75 | 67.50 | 24.62 | 0 | 100 |
| Función social | 71.63 | 75.00 | 26.40 | 0 | 100 |
| Vitalidad | 66.20 | 65.00 | 21.16 | 10 | 100 |
| Rol emocional | 75.00 | 100.00 | 39.18 | 0 | 100 |
| Salud mental | 75.88 | 80.00 | 19.94 | 20 | 100 |
| Componente salud física | 61.95 | 66.55 | 21.83 | 9 | 98 |
| Componente salud mental | 72.32 | 76.07 | 21.16 | 17 | 100 |

N=100

Cuando se realizó el análisis comparativo entre las 3 variables de estudio, tomando en consideración el sexo del paciente, solamente se encontró que las estrategias de desentendimiento conductual y enfocar y liberar emociones fueron utilizadas significativamente más por las mujeres, lo cual constituye un tamaño del

Resultados

efecto mediano y grande, respectivamente (Cohen, 1988). Asimismo, los hombres obtienen puntuaciones más elevadas en el componente mental y en las dimensiones de salud mental y vitalidad.

Tablas 2. Comparación de medias de dimensiones de EEP, COPE, SF-36 y sexo

| Área | Hombre (N=63) | | Mujer (N=37) | | T | gl | d |
|----------------------------|------------------|-------|-----------------|-------|-------|-------|---------|
| | M | DE | M | DE | | | |
| Enfoca y liberar emociones | 7.14 | 2.36 | 9.30 | 2.78 | -4.13 | 98 | 0.84*** |
| Vitalidad | 70.16 | 23.37 | 59.46 | 14.71 | 2.81 | 97.47 | 0.56** |
| Salud mental | 80.00 | 20.00 | 68.86 | 17.99 | 2.79 | 98 | 0.59** |
| Componente salud mental | 76.56 | 21.60 | 65.09 | 18.49 | 2.81 | 98 | 0.57** |

N=100, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En relación al tipo de acceso vascular, se ha identificado que los pacientes con catéter utilizan con mayor frecuencia las estrategias de búsqueda de soporte social por razones emocionales y por razones instrumentales. Además, quienes tienen fistula obtienen mayor puntuación en el componente físico y en la dimensión de rol físico (Tabla 3).

Tabla 3. Comparación de medias de dimensiones de EEP, COPE, SF-36 y acceso vascular

| | Catéter (N=39) | | Fístula (N=61) | | t | gl | d |
|--------------------------|-------------------|-------|-------------------|-------|-------|----|-------|
| | M | DE | M | DE | | | |
| Búsqueda SS emocional | 9.62 | 3.29 | 8.15 | 2.85 | 2.37 | 98 | 0.48* |
| Búsqueda SS instrumental | 10.13 | 3.42 | 8.72 | 2.60 | 2.33 | 98 | 0.47* |
| Rol físico | 42.31 | 40.21 | 66.39 | 40.54 | -2.91 | 98 | 0.60* |
| Componente salud físico | 56.07 | 22.27 | 65.71 | 20.87 | -2.20 | 98 | 0.45* |

N=100, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Según la comorbilidad diagnóstica del paciente, quienes padecen hipotensión obtienen puntajes más altos en el área de expresión del estrés y estrés percibido total y más bajos se aprecian en los componentes físico y mental y las dimensiones función física, función social, vitalidad y salud mental.

Resultados

Tabla 4. Comparación de medias de dimensiones de EEP, COPE, SF-36 según enfermedad

| Área | Hipotensión | | | | | | |
|------------------------|-------------|-------|-----------|-------|-------|-------|---------|
| | Sí (N=28) | | No (N=72) | | t | gl | d |
| | M | DE | M | DE | | | |
| Expresión del estrés | 13.57 | 4.49 | 11.33 | 5.01 | 2.06 | 98 | 0.47* |
| Estrés percibido total | 23.68 | 4.81 | 19.19 | 7.55 | 3.53 | 76.74 | 0.73*** |
| Función física | 56.43 | 25.34 | 68.96 | 25.82 | -2.19 | 98 | 0.49* |
| Función social | 62.50 | 28.46 | 75.17 | 24.87 | -2.20 | 98 | 0.48* |
| Vitalidad | 56.25 | 21.33 | 70.07 | 19.92 | -3.05 | 98 | 0.67** |
| Salud mental | 67.43 | 18.40 | 79.17 | 19.65 | -2.73 | 98 | 0.62** |
| Componente S. físico | 54.86 | 21.79 | 64.71 | 21.37 | -2.06 | 98 | 0.46* |
| Componente S. mental | 64.39 | 20.82 | 75.40 | 20.62 | -2.39 | 98 | 0.53* |

N=100, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

En relación a la hepatitis C, existen puntuaciones significativamente más bajas en el componente mental y en la dimensión rol físico, rol emocional y salud mental en pacientes con hepatitis C (Ver tabla 5).

Tabla 5. Comparación de medias de dimensiones de EEP, COPE, SF-36 según enfermedad

| Área | Hepatitis C | | | | | | |
|----------------------|-------------|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|
| | Sí (N=18) | | No (N=82) | | T | gl | d |
| | M | DE | M | DE | | | |
| Rol físico | 38.89 | 44.74 | 60.98 | 40.46 | -2.06 | 98 | 0.52* |
| Rol emocional | 53.70 | 45.93 | 79.67 | 36.20 | -2.25 | 21.87 | 0.63* |
| Salud mental | 66.44 | 23.17 | 77.95 | 18.68 | -2.26 | 98 | 0.55* |
| Componente S. mental | 60.56 | 26.45 | 74.90 | 19.05 | -2.18 | 21.03 | 0.63* |

N=100, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

En relación a la anemia, los pacientes con anemia presentan mayor estrés percibido total, mayor uso de estrategias de contención, supresión, enfocar y liberar emociones y apoyo instrumental, y menor uso de la estrategia del uso de sustancias. De la misma manera, se ha observado puntajes más bajos en el componente físico, en quienes tiene anemia; ocurre lo mismo con las dimensiones de rol físico, dolor corporal y vitalidad. Por otra parte, los pacientes con diabetes presentan mayor estrés percibido total, mayor uso de estrategia de enfocar y liberar emociones y una disminución notable en la realización de sus actividades cotidianas (Ver tabla 6).

Resultados

Tabla 6. Comparación de medias de dimensiones de EPP, COPE, SF según enfermedad

| Área | Anemia | | | | | | |
|-----------------------------|-----------|-------|-----------|-------|-------|----|--------|
| | Sí (N=23) | | No (N=77) | | t | gl | d |
| | M | DE | M | DE | | | |
| Estrés percibido total | 23.39 | 6.47 | 19.57 | 7.16 | 2.29 | 98 | 0.56* |
| Contención | 10.09 | 3.07 | 8.61 | 2.48 | 2.37 | 98 | 0.53* |
| Supresión | 10.09 | 2.47 | 8.51 | 2.63 | 2.57 | 98 | 0.62* |
| Enfocar y liberar emociones | 9.00 | 3.22 | 7.62 | 2.48 | 2.17 | 98 | 0.48* |
| Búsqueda SS instrumental | 10.61 | 2.90 | 8.87 | 2.94 | 2.50 | 98 | 0.60* |
| Uso de sustancias | 4.00 | 0.00 | 4.47 | 1.63 | -2.52 | 76 | 0.58* |
| Rol físico | 39.13 | 38.31 | 62.34 | 41.68 | -2.39 | 98 | 0.58* |
| Dolor corporal | 58.70 | 25.38 | 73.05 | 23.56 | -2.52 | 98 | 0.59* |
| Vitalidad | 57.61 | 19.82 | 68.77 | 20.98 | -2.27 | 98 | 0.55* |
| Componente salud físico | 51.60 | 22.15 | 65.04 | 20.90 | -2.67 | 98 | 0.62** |

| Área | Diabetes | | | | | | |
|-----------------------------|-----------|-------|-----------|-------|-------|-------|---------|
| | Sí (N=30) | | No (N=70) | | t | gl | d |
| | M | DE | M | DE | | | |
| Estrés percibido total | 22.93 | 6.42 | 19.39 | 7.24 | 2.32 | 98 | 0.52* |
| Enfocar y liberar emociones | 8.83 | 3.01 | 7.56 | 2.51 | 2.20 | 98 | 0.46* |
| Función física | 52.83 | 26.15 | 70.86 | 24.44 | -3.31 | 98 | 0.71** |
| Rol físico | 39.17 | 42.39 | 64.64 | 39.58 | -2.89 | 98 | 0.62** |
| Función social | 57.50 | 29.65 | 77.68 | 22.51 | -3.72 | 98 | 0.77*** |
| Vitalidad | 58.83 | 19.94 | 69.36 | 21.01 | -2.33 | 98 | 0.51* |
| Rol emocional | 61.11 | 46.39 | 80.95 | 34.32 | -2.11 | 43.20 | 0.49* |
| Componente salud físico | 50.88 | 23.60 | 66.70 | 19.33 | -3.50 | 98 | 0.74*** |
| Componente salud mental | 63.2 | 22.64 | 76.22 | 19.38 | -2.92 | 98 | 0.62** |

N=100, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Para responder al objetivo principal de este estudio, se realizó correlaciones entre las variables de estudio. En primer lugar, todas las dimensiones y componentes de CVRS evidenciaron relaciones significativas e inversas (pequeñas medianas y grandes) con la expresión del estrés y estrés percibido total. Además, el componente mental, presentó asociaciones con todas las áreas del estrés y con las estrategias de contención, supresión de actividades, reinterpretación positiva, búsqueda de soporte emocional, desentendimiento conductual y uso de sustancias y enfocar y liberar emociones, esta última de tamaño mediano. Respecto a esta estrategia, obtuvo relaciones negativas, pequeña, mediana y grande con casi todas las dimensiones y componente de CVRS, excepto con función física y rol físico (Ver tabla 7)

Resultados

Tabla 7. *Correlación entre estrés percibido, estrategias de afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud*

| | CVRS | | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------------|---------------|------------|----------------|----------------|-----------|---------------|--------------|-------------------|-------------------|
| | Función física | Salud general | Rol físico | Dolor corporal | Función social | Vitalidad | Rol emocional | Salud mental | Componente físico | Componente mental |
| Expresión del estrés | -.30** | -.47*** | -.36*** | -.37*** | -.48*** | -.47*** | -.29** | -.55*** | -.44*** | -.52*** |
| Control del estrés | | | | | | | | .20* | | .21* |
| Estrés percibido total | -.33*** | -.36*** | -.39*** | -.22* | -.46*** | -.44*** | -.33*** | -.53*** | -.43*** | -.52*** |
| Planificación | | | | | | | | | | |
| Contención | | -.26** | | | -.27** | | | -.22* | | -.22* |
| Supresión de actividades | | | | | -.25* | | | | | -.20* |
| Reinterpretación positiva | | | | | | | | | | |
| Aceptación | | | | | | | | | | |
| Enfocar y liberar emociones | | -.31** | | -.32** | -.28*** | -.29** | -.30** | -.55*** | -.25* | -.44*** |
| Búsqueda de SS emocional | | | -.21* | | -.27** | | -.22* | -.25* | | -.26* |
| Búsqueda de SS instrumental | | | -.21* | | -.20* | | | | | |
| Desentendimiento conductual | | | | | | | -.24* | -.33*** | | -.28** |
| Uso del humor | | | | | | | | | | |
| Uso de sustancias | | | | | | | -.27** | -.25* | | -.24** |

N=100, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Resultados

Siguiendo el objetivo principal de la investigación, se realizaron análisis de regresión lineal tomando como variables dependientes los componentes de salud mental, por un lado, y salud física por el otro. Se introdujeron como variables independientes a aquellas variables sociodemográficas, médicas y psicológicas que se relacionaron significativamente en análisis previos y contaban con evidencia previa. Este procedimiento fue realizado por pasos, por variables demográficas, clínicas y psicológicas. Así, se encontró que algunas variables que inicialmente se mostraron significativas, no aportaban al modelo.

En torno al análisis de regresión para el componente físico, el modelo final estuvo conformado por las variables acceso vascular, diabetes y estrés percibido total. Estas variables explican el 28% de la varianza total de la CVRS a nivel físico, (Ver tabla 8).

Tabla 8. *Predictores de CVRS física en pacientes con IRCT*

| Modelo | Componente físico | | | | |
|------------------------|-------------------|----------------|-------|-------|----------|
| | R^2 | R^2 ajustado | B | B | T |
| Paso 1 Acceso vascular | 0.14 | 0.12 | 7.05 | 0.16 | 1.65* |
| Diabetes | | | 14.37 | 0.30 | 3.15** |
| Paso 2 Acceso vascular | 0.28 | 0.26 | 8.23 | 0.19 | 2.08* |
| Diabetes | | | 9.94 | 0.21 | 2.30* |
| Estrés percibido total | | | -1.18 | -0.39 | -4.34*** |

N=100, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Respecto a la regresión para el componente mental, el modelo final estuvo conformado por las variables, hepatitis C, diabetes, estrés percibido total y enfocar y liberar emociones, las cuales explican el 43% de la varianza total de la CVRS a nivel mental (Ver tabla 9).

Tabla 9. *Predictores de CVRS mental en pacientes con IRCT*

| Modelo | Componente mental | | | | |
|-----------------------------|-------------------|----------------|-------|---------|----------|
| | R^2 | R^2 ajustado | B | β | t |
| Paso 1 Hepatitis C | 0.18 | 0.17 | 18.01 | 0.33 | 3.52** |
| Diabetes | | | 15.92 | 0.35 | 3.71*** |
| Paso 2 Hepatitis C | 0.43 | 0.41 | 15.12 | 0.28 | 3.47** |
| Diabetes | | | 9.02 | 0.20 | 2.38* |
| Estrés percibido total | | | -1.06 | -0.36 | -4.27*** |
| Enfocar y liberar emociones | | | -2.09 | -0.27 | -3.20** |

N=100, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Discusión

La IRCT es una enfermedad crónica e irreversible que en los últimos años ha venido experimentando un incremento de su prevalencia (MINSA, 2018). Este padecimiento trae consigo considerables complicaciones en la vida del paciente no solo a nivel físico, sino emocional, cognitivo y otros que afectan el funcionamiento sexual del paciente (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, 2007; Thomas, 2013). Así, por las características de la enfermedad, esta pone en riesgo la CVRS. Por lo tanto, es posible que el estrés y la manera en cómo el paciente lo afronta puede ser determinante para anticipar y/o amortiguar el impacto ocasionado por esta. Siendo por ello necesario identificar, de qué forma el estrés, las estrategias de afrontamiento, y otras variables asociadas pueden estar relacionadas a las CVRS tanto física y mental de los pacientes.

A partir de lo anteriormente expuesto, se ha identificado puntajes significativamente más bajos en el componente físico de CVRS, en comparación con el componente mental. Además, las dimensiones que obtuvieron menor puntuación fueron salud general y rol físico. En relación a ello, la literatura coincide en que esta última dimensión está más afectada en comparación con las demás (Alfaro, 2011; Masina et al., 2016; Millán-Gonzales, 2009; Yusop et al., 2013; Zamanian et al., 2018). Una de las principales dificultades entre los pacientes con IRCT pareciera estar relacionada con la realización de sus actividades cotidianas. Esto tendría relación si se toma en cuenta las horas que permanecen los paciente en hemodiálisis, pues alteran sus actividades diarias por el tiempo destinado al tratamiento. Sumado a ello, los pacientes se ven restringidos a realizar ciertas actividades, con la finalidad de evitar lesiones y complicaciones en la vía de acceso vascular (Falvo, 2009). Además, durante y después del tratamiento los pacientes pueden experimentar complicaciones tales como hipotensión, náuseas, vómitos, cefaleas, calambres, dolor torácico y de espalda (Challinor & Braun, 2013; Loareza, 2011). En ese sentido, no solo es explicable el desgaste físico y la reducción de sus actividades cotidianas, sino también en cómo perciben su estado actual de salud, pues al haber cambios ocasionados por la enfermedad, la valoración en cuanto a su salud también cambiará.

Entorno a la CVRS mental, esta es la menos afectada. En relación a ello, Taylor (2007) sostiene que inicialmente, los pacientes enfrentan un período de crisis

Discusión

momentáneo caracterizado por una inestabilidad física, social y psicológica. Sin embargo, esa crisis sería progresivamente. Sobre ello se justifica un menor deterioro en el componente mental, ya que el periodo de cambios es momentáneo, para luego dar paso a la etapa de aceptación de la enfermedad. Cabe recordar que los pacientes que asisten a estos centros de diálisis, cuentan con médicos, nutricionistas, enfermeras y psicólogos que constantemente están a cargo del estado de salud de los pacientes. Por lo tanto, tendrían mayor información y una mejor percepción de control sobre la enfermedad, lo cual disminuiría sus niveles de estrés (Mussi, 2004). De no contar con suficiente información, los niveles de ansiedad se elevarían según Marks, Sliwinski y Gordon (citado en Taylor, 2007). Esto se refleja en los resultados obtenidos en esta investigación, los cuales identifican a la dimensión salud mental como la menos afectada.

Por otro lado, en cuanto a la diferencia de las variables en cuestión en base al sexo, las dimensiones de vitalidad, salud mental y el componente mental se encuentran más conservados en los hombres que en las mujeres. En torno a las diferencias encontradas, la literatura previa realizada demuestra que no existe un consenso respecto a qué dimensiones de la CVRS se encuentran más afectadas en pacientes con IRCT (Alfaro, 2011; Arias, 2013). En tal sentido, los resultados de esta investigación que sugieren que las dimensiones de vitalidad y salud mental serían aquellas significativamente más comprometidas en las mujeres, coinciden parcialmente con la evidencia recolectada. Adicionalmente a ello, es importante destacar que la población femenina tiende a puntuar más bajo en las dimensiones del componente físico y mental, respecto a los hombres (Cáceres-Manrique, Parra-Prada, & Pico-Espinosa, 2018; Cruz et al., 2013; Ramírez-Vélez, Agredo-Zuñiga, & Jerez-Valderrama, 2010). En nuestra muestra se esperaba encontrar diferencias entre hombres y mujeres en relación al componente físico; sin embargo, estos hallazgos no se han encontrado. Esto podría hacernos suponer que la experiencia de enfermedad es la que trasciende y hace que las diferencias entre el sexo femenino y el masculino no sean percibidas. En otras palabras, la enfermedad impactaría en el paciente de tal manera que las diferencias que sí podrían percibirse en población general, aquí desaparecen.

En relación a las diferencias en el uso de algunas estrategias de afrontamiento, como enfocar y liberar emociones, podría explicarse porque la mujer buscaría más ayuda médica y expresaría más sus síntomas depresivos, mientras que los hombres

Discusión

tendrían mayor dificultad para expresar sus emociones y presentarían una tendencia a somatizar más (Velásquez, 2013).

Respecto a las diferencias en términos de variables médicas, encontramos que, existe escasa literatura que relaciona los tipos de acceso vascular y CVRS. Se esperaba que los pacientes que utilizan catéter presenten mayor deterioro en el componente físico a pesar que la fistula podría estar asociada a mayores experiencias de dolor por las agujas (Lopes et al., 2007). Este hallazgo, encuentra respaldo en nuestra investigación, donde no solo se identifica mayor afectación en la CVRS física, sino que además se observa una reducción en las actividades cotidianas del paciente (Rol físico). En torno a estos hallazgos es importante destacar que quienes utilizan este tipo de vía de acceso se encuentran más propensos a infecciones y otras complicaciones que comprometen la vida del paciente (Allon, 2009; Ibeas, Roca-Tey, Vallespín & Querada, 2017; McIntyre1 & Burton, 2013; Muñiz-Gomez, 2013). Por ello, se recomienda mantener seca y limpia el área donde se encuentra el catéter, aunque ello implique restricciones, mayor cuidado en la realización de actividades cotidianas como bañarse y un cuidado meticuloso del paciente como del personal médico (Challinor & Braun, 2013; Herrera, 2015; Vanholder et al., 2010).

Respecto a las diferencias en el uso de afrontamiento orientado a la búsqueda de soporte social, los pacientes que empiezan un tratamiento de hemodiálisis se enfrentan a cambios que pueden ser altamente demandantes, más aún si ello requiere de cuidados específicos como en el uso del catéter. En este caso, se encuentra que quienes usan catéter utilizan en mayor frecuencia la búsqueda de apoyo social tanto con motivos instrumentales como emocionales. Ello se puede deber a que, ante la necesidad de recurrir a un catéter, el conocimiento y la información podrían permitir que los pacientes recuperen parte del sentido de control que pierden y reduce los sentimientos de vulnerabilidad, además de mitigar los niveles de ansiedad (Yeh & Chou, 2007; Taylor, 2007). Diversos estudios respaldan el rol que ejerce el apoyo social dentro de una enfermedad crónica, pues constituiría una fuente de apoyo potencial que ayudaría a un mejor ajuste de la enfermedad. (Taylor, 2007). Por ello, la búsqueda de información y búsqueda de apoyo emocional pueden ser favorables, si se toma en cuenta las demandas adicionales que incluyen el cuidado del uso catéter.

En lo que concierne a la comorbilidad diagnóstica, se encontró un mayor deterioro en la CVRS física y mental en pacientes con hipotensión; específicamente en

Discusión

las dimensiones de función física, función social, vitalidad y salud mental, además de presentar mayores niveles de estrés y una mayor percepción de pérdida de control en el manejo de estrés. Es necesario entender que la hipotensión es una complicación frecuente durante y después de la sesión de diálisis (Sánchez-García, Zavala-Méndez, & Pérez-Pérez, 2012). Asimismo, se ha observado que durante las sesiones de diálisis los pacientes permanecen en una misma posición por prolongados periodos de tiempo, siendo así que al terminar el tratamiento, existe la probabilidad que sufran un descenso de la presión ocasionado por la inmovilidad de las piernas (Carretero, 2008). De la misma manera la hipotensión también está asociada a bajos niveles de sodio en la sangre en el concentrado de diálisis. En ese sentido, quienes atraviesan por este tipo de complicaciones, se vean impedido de realizar actividades físicas básicas y de autocuidado, pues no solo se enfrentan a la hipotensión sino a los cambios que trae consigo el tratamiento de hemodiálisis. Por ende, se esperaría una disminución de sus actividades sociales, menores niveles de energía y una mayor ansiedad debido al poco control que se tiene sobre la enfermedad, mayores niveles de estrés y ansiedad.

Por otro lado, la hepatitis C es una enfermedad que puede no presentar síntomas hasta que ha desarrollado y causado daño hepático comprometiendo en riesgo la salud del paciente (Poma, 2011). A pesar de ello, estudios revelan que en aquellos pacientes con hepatitis C que sí presentan síntomas, la fatiga, el cansancio y la debilidad prevalecen y tuvo un efecto negativo en la productividad laboral y en la realización de actividades cotidianas del paciente (Sgorbini, O'Brien, & Jackson, 2009; Younossi et al., 2018; Younossi et al., 2016). Por otra parte, es preciso destacar la carga social que tiene esta enfermedad, ya que los pacientes pueden pensar que son una carga económica para su entorno familiar (Blacklaws et al., 2009). A ello se suma el estigma social que conlleva la hepatitis C. En ese sentido, estas condiciones sería una fuente de preocupación para los pacientes, expresado en sentimientos de culpa, rabia, rechazo y problemas asociados a una transmisión de la enfermedad (Sgorbini, et al., 2009), situaciones podrían menoscabar la salud mental del paciente, tal y como lo evidencian los resultados de nuestra investigación.

La anemia es una afección que la mayoría de los pacientes desarrollarán a medida de que vayan presentando un deterioro en la función renal, esto debido a la escasez de glóbulos rojos en la sangre y bajos niveles eritropoyetina. Nuestros hallazgos revelan que la comorbilidad asociada a estas dos enfermedades, generarían un impacto

Discusión

en la CVRS física, específicamente en la realización de actividades diarias. Por otro lado, en la CVRS mental se identificó a las dimensiones de dolor corporal y vitalidad como las más afectadas. Estos resultados podrían explicarse si se toma en cuenta que la sintomatología de la enfermedad incluyen fatiga, dificultad para dormir, disminución de la energía para la realización de actividades cotidianas, mareos y dolores de cabeza (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2014).

Otra enfermedad que presenta comorbilidad diagnóstica con la IRCT es la diabetes. Según reportes, la diabetes es una enfermedad que requiere de especial atención, de lo contrario esto puede desencadenar complicaciones como ceguera, amputación de miembros inferiores debido a la aparición de úlceras crónicas infectadas, nefropatía diabética, neuropatías diabéticas, cardiopatías (OMS, 2016; Dunning, 2009), lo que generaría un notorio deterioro de la calidad de vida. La literatura antes mencionada, podría explicar lo que se ha encontrado en nuestro estudio, pues se observa un evidente deterioro en el rol físico, limitaciones para realizar actividades físicas y de autocuidado, disminución realizar actividades sociales en comparación cuando estaba sano y menores niveles de energía.

Respecto a la relación entre los tres constructos en cuestión, en este estudio se encontró una relación inversa entre el factor expresión del estrés y todas las dimensiones de CVRS. De la misma manera, el estrés percibido total guarda una relación negativa con todas las dimensiones de CVRS. Estos resultados coinciden con estudios previos realizados entre ambos constructos (Abdel-Kader et al., 2009; García-Llana, Remor, & Selgas, 2013). En torno a estos resultados es preciso tener en cuenta que los pacientes se encuentran en una fase terminal de la enfermedad, lo cual hace necesario recurrir al tratamiento de hemodiálisis y atravesar importantes cambios que afectan su CVRS. Estos resultados serán discutidos a mayor profundidad más adelante.

De la misma manera, se ha identificado una relación negativa entre el uso de la estrategia de enfocar y liberar emociones y correlacionó con algunas dimensiones del componente físico y todas las dimensiones correspondientes al componente mental. Estas correlaciones fueron pequeñas, medianas y fuertes según Cohen (1988) y pasarán a ser explicadas con mayor detalle posteriormente.

Siguiendo con los objetivos de esta investigación, y dado que existen muchas variables asociadas a la CVRS física y mental, y el rol de cada uno de estas

Discusión

variables no queda claro, se calcularon modelos de regresión con la finalidad de identificar cuál de ellas era más significativa en su capacidad de estimar un efecto estadístico en la misma. En tal sentido, los hallazgos encontrados sugieren que las variables médicas y psicológicas tienen una capacidad de estimación importante.

Se realizaron dos modelos, uno para ver qué variables tenían la capacidad de estimación de la CVRS física y otra, para la mental. En ambos modelos se encuentra un rol importante del estrés percibido sobre la CVRS física y mental. Estos resultados, pueden explicarse si se toma en cuenta que los principales estresores están asociadas con restricciones propias de la IRCT y con complicaciones que esta trae consigo en la vida paciente (Ahmad & Nalzy, 2015; Gemmell et al., 2016; Tchape, Tchapoga, Atuhaire, Priebe, & Cumber, 2018; Tu et al., 2013). Así, las principales demandas a las que se enfrenta un paciente con IRCT involucran un compromiso en la capacidad para hacer actividades físicas, principalmente (Barros-Higgins, Herazo-Beltrán, 2015). Por lo tanto, sería esperable que el estrés percibido por el paciente se encuentre al grado de desempeño físico del paciente.

De la misma manera, es necesario tomar en consideración que los pacientes con IRCT lidian con desafíos y privaciones para preservar su vida y frecuentemente se enfrentan con enfermedades comórbidas, los cuales son factores que pueden interferir en sus responsabilidades personales, laborales y sociales (Dodson, Osicka, Huang, McMahon, & Roberts, 2016), y constituir una fuente de estrés y afectar también la CVRS mental (Davison & Jhangri, 2010). En tal sentido, el estrés puede producir afecciones en la persona, pudiendo experimentar cambios en el estado del ánimo, expresado en mayores niveles de ansiedad, sentimientos de irritabilidad, baja productividad y pobreza en las relaciones interpersonales. Estos hallazgos coinciden con los análisis previos realizados, que evidencian una relación negativa entre el estrés y el componente mental.

Otra de las variables que aporta significativamente en ambos modelos es la diabetes. Respecto a estos resultados es necesario destacar que esta enfermedad trae consigo múltiples complicaciones físicas, que incluyen algún grado de dolor, que pueden exacerbar algunas condiciones y llegar a ser incapacitante (Ministerio de salud [MINSAL], 2010; Scobie & Samaras, 2014; Taylor, 2007) y en consecuencia interferir principalmente en un normal funcionamiento tanto físico. Por ejemplo algunas

Discusión

investigaciones realizadas con pacientes diabéticos, llegaron a la conclusión que la diabetes tuvo un impacto en la CVRS a nivel físico y se asoció a una disminución de la salud física (Mokhtari, Gheshlagh, & Kurdi, 2018; Wermeling, Gorter, van Stel, & Rutten, 2012; Zurita-Cruz et al., 2018).

Además, del impacto de la enfermedad a nivel físico, se ha identificado una alta prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva entre pacientes con diabetes y con complicaciones crónicas (Antúnez & Bettioli, 2016; Robles, 2010). En ese sentido, las complicaciones físicas, tales como amputaciones, derivado de infecciones, dificultad para desplazarse y restricciones en su alimentación tendrían un efecto importante en la calidad del paciente.

Por otro lado, es interesante lo que sucede con la diabetes, que sobrevive en ambos modelos, lo que no ocurre con otras enfermedades que también presentaron comorbilidad diagnóstica con la IRCT. Aquí es importante destacar que la presencia de varias enfermedades, como la anemia y la hipotensión, que de manera separada sí evidencian diferencias en la CVRS del paciente cuando se realizan los contrastes; sin embargo, cuando estas se integran en un modelo, el efecto desaparece. Ello podría deberse a que algunas condiciones específicas como la diabetes tendrían varianza compartida con la anemia y la hipotensión, estaría ocasionando que se dieran estas diferencias. De igual manera, el alto nivel de estrés que estas enfermedades implican podrían explicar los resultados anteriormente expuestos. Pero al introducirlas en un modelo de regresión y controlarlas, el efecto desaparece.

Lo anteriormente expuesto nos lleva a considerar la importancia de la comorbilidad diagnóstica, especialmente en enfermedades como la IRCT que está asociada a muchas condiciones, que de manera aislada pueden tener un impacto en la CVRS del paciente, más no cuando se integran en un modelo. En ese sentido se considera necesario resaltar el aporte del presente estudio, ya que como se ha mostrado a lo largo del mismo, la comorbilidad diagnóstica cumple un rol significativo en la CVRS del paciente. En tal sentido, es necesario fomentar espacios de promover conductas saludables y tomar acciones preventivas en contra de la IRCT y enfermedades asociadas a esta.

Adicionalmente a las variables ya mencionadas, la vía de acceso vascular es otra variable que aporta significativamente al modelo de regresión. Esto podría estar asociado a las implicancias que traen consigo la utilización de un determinado acceso vascular. Si bien es cierto, los pacientes que utilizan fistula requieren de cuidados para

Discusión

evitar infecciones y experimentan mayor dolor por la exposición a las agujas (Maciá & Pina, 2010; Medical Education Institute, 2009), es la utilización del catéter la que se encuentra relacionada a mayores tasas de mortalidad, debido a las mayores complicaciones, respecto al uso de la fístula (Gruss & Corchete, 2012; Ibeas et al., 2017). Dicho esto, traer consigo una determinada vía de acceso supondría mayores limitaciones principalmente en la realización de actividades diarias y de autocuidado con la finalidad de minimizar riesgos (Garnica et al., 2012; Northwestern Medicine, 2016).

En cuanto a otras variables que aportaron significativamente al modelo de componente mental, este estuvo conformado, además de la diabetes y estrés percibido, por las variables hepatitis C y la estrategia de enfocar y liberar emociones. En este modelo, las variables de sexo, y las estrategias de afrontamiento de contención del afrontamiento, supresión de actividades, búsqueda de soporte por razones emocionales, desentendimiento conductual y uso de sustancias, no formaron parte del modelo. Respecto a la variable sexo, es preciso señalar que en la literatura revisada anteriormente demuestra que no existe consenso respecto a la relación de esta y el grado de afectación de la CVRS (Alfaro, 2011; Arias, 2013). Aunque, nuestros análisis previos sugirieron que solo había un efecto en el componente mental, nuestro modelo plantea un efecto menor de la variable sexo.

Otras variables que no formaron parte del modelo fueron las estrategias de contención del afrontamiento, supresión de actividades, búsqueda de soporte por razones emocionales, desentendimiento conductual y uso de sustancias. En torno a estas, en análisis previos presentaron correlaciones pequeñas con el componente mental. De esta manera, se podría esperar que estas estrategias no tuvieran mayor impacto en la CVRS a nivel mental.

Además de las variables como la diabetes y el estrés, aquellas que si aportaron significativamente al modelo de componente mental fueron la hepatitis C y la estrategia de enfocar y liberar emociones. En relación a la hepatitis C, destacó como un fuerte predictor del componente mental. Esto puede deberse al estigma social que conlleva la enfermedad y las reacciones adversas propias del tratamiento como irritabilidad, insomnio, fatiga crónica, pérdida de apetito (Marinho & Barreira, 2013; Sgorbini et al., 2009). Asimismo, cuando los pacientes reciben el diagnóstico, son restringidos al uso de determinadas máquinas de hemodiálisis para evitar un contagio masivo. Esto los haría ver como una fuente de transmisión a ser evitada, lo cual conduce a un incremento de

Discusión

los niveles de ansiedad y temor al contagio derivando en aislamiento social y reducción de intimidad con la pareja (Caneo, González, & Soza, 2010; Marinho & Barreira, 2013; Jiwani, Gul, Ali, Salih, & Hanzala, 2013). Dicho esto, si a los pacientes que ya afrontan una enfermedad altamente demandante como la IRCT, la presencia de hepatitis C podría exacerbar reacciones que comprometan el bienestar de la persona y provocar un distanciamiento en las redes interpersonales, lo cual traería un impacto en el CVRS.

A nivel del uso de estrategia de afrontamiento, sorprendentemente solo una estrategia tuvo un efecto predictivo negativo sobre la CVRS mental. Dado que los pacientes con IRCT afrontan una situación que está fuera de su control, el enfocar y liberar emociones surgiría centrarse en la expresión de sentimientos negativos por la enfermedad, impedirían un adecuado ajuste a la misma, debido a que no se estaría buscando una solución del problema, lo que estaría evitando la posibilidad de desplegar estrategias activas (Felton, Revenson, & Hinrichsen, 1984, citado en Carver & Scheier, 1989). Por otra parte, el hecho de expresar la sintomatología podrían ser poco efectivas al interactuar con tus redes de apoyo, pues centrarse únicamente en la enfermedad podría alejarlas.

En resumen, el presente estudio sugiere la importancia de variables médicas y psicológicas en la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con IRCT, se encuentra el rol significativo que tiene el estrés percibido en la misma, además de la presencia de algunas enfermedades como la diabetes que tienen un rol importante. Sin embargo, solamente resalta que la estrategia de afrontamiento liberación y expresión de emociones es la única que pudiera tener algún efecto en la CVRS mental más no física.

Es importante señalar que la presente investigación presentó algunas limitaciones. Una de ellas fue la cantidad de ítems de algunas pruebas como el COPE. Los participantes reportaron en algunos casos sentirse cansados y con sueño, a pesar de que se les leyó las preguntas. En ese sentido, aplicar 3 instrumentos con un total de 110 ítems resultó agotador para varios participantes, más aún cuando por la misma enfermedad y tratamiento suelen presentar complicaciones físicas y desórdenes del sueño. Debido a ello, se tuvo que aplicar individualmente dando pausas para el descanso y recuperación del paciente. Se sugiere utilizar instrumentos que sean más cortos.

Otra limitación que se identificó fue el espacio donde administraron las pruebas. Los instrumentos fueron aplicados en la sala de diálisis, la cual tiene una separación corta entre cada paciente. Ello ocasionó que hubiera quienes desistieran de continuar

Discusión

con la prueba. Para evitar esto se sugiere, habilitar un área más cerrada que facilite la respuesta de los pacientes y de espacio para que el paciente exprese libremente intereses o preocupaciones que podrían ser acogidas y derivadas al servicio psicológico.

Se sugiere ahondar en el estudio de estas tres variables y así tener mayor evidencia de cómo se desenvuelven estas, pues no existe mucha literatura respecto al comportamiento de estas tres variables juntas. Asimismo, se sugiere seguir investigando acerca del rol del estrés y el uso de las estrategias de afrontamiento en pacientes con IRCT, así como la importancia de las enfermedades asociadas a esta y cómo estas tienen un impacto en la CVRS de la persona.



Referencias Bibliográficas

- Abdel-Kader, K., Myaskovsky, L., Karpov, I., Shah, J., Hess, R., Dew, M. A., & Unruh, M. (2009). Individual quality of life in chronic kidney disease: influence of age and dialysis modality. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4(4), 711-718.
- Ahmad, M. M., & Al Nazly, E. K. (2015). Hemodialysis: Stressors and coping strategies. *Psychology, health & medicine*, 20(4), 477-487. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2014.952239>
- Alfaro, P. (2011). *Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis*. (Tesis de licenciatura). PUCP, Lima.
- Allon, M. (2009). Treatment guidelines for dialysis catheter-related bacteremia: an update. *American Journal of Kidney Diseases*, 54(1), 13-17. doi:10.1053/j.ajkd.2009.04.006
- Alonso J., Prieto, L., & Antó J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicine Clinical (Barcelona)*, 104, 771-776.
- Álvarez, E., & Barra, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 63-72.
- Antúnez, M., & Bettioli, A. A. (2016). Depression in patients with type 2 diabetes who attend an outpatient clinic of internal medicine. *Acta Medica Colombiana*, 41(2), 102-110.
- Arias, F. (2013). *Calidad de vida y factores asociados en pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en hemodiálisis del servicio de nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza- Arequipa*. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica de Santa María, Arequipa.
- Barros-Higgins, L., Herazo-Beltrán, Y., & Aroca-Martínez, G. (2015). Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 641-647. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.49805>
- Benítez, A., D'Anello, S., & Noel, G. (2013). Validación de la escala de estrés percibido (EEP-13) en una muestra de funcionarios públicos venezolanos. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 13(1), 117-133.

Referencias

- Blacklaws, H., Veysey, H., Skinner, V., Reid, R. S., Hawken, G., & Veysey, M. (2009). Interferon treatment for chronic hepatitis C: a family impact study. *Gastroenterology Nursing*, 32(6), 377-383. doi: <https://doi.org/10.1097/SGA.0b013e3181c10759>
- Cáceres-Manrique, F. D. M., Parra-Prada, L. M., & Pico-Espinosa, O. J. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 147-154. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n2.43391>
- Caneo, C., González, M., & Soza, A. (2010). Trastornos psiquiátricos y cognitivos de la hepatitis C y su tratamiento con interferón. *Revista médica de Chile*, 138(11), 1431-1440.
- Carretero, M. (2008). Hipotensión ortostática: Síntomas y tratamiento. *Actualidad científica*, 27(3), 107-109.
- Carver, C.H., & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Carver, C.H., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cassaretto, M., & Chau, C. (2016). Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en Universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación ¿ e Avaliação Psicológica*, 42(2), 95 - 109.
- Cassaretto, M., & Paredes, R (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*, 24(1), 109-140.
- Challinor, P., & Braun, B. (2013). Haemodialysis. En N. Thomas (Ed.), *Renal Nursing* (pp. 165-206). London: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(4), 385-396.
- Cohen, S. (1986). Contrasting the Hassles Scale and the Perceived Stress Scale: Who is really measuring appraised stress? *American Psychologist*, 41, 716-718

Referencias

- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. C., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-499.
- Craşovan, D., & Sava, F. (2013). Translation, adaptation, and validation on romanian population of COPE Questionnaire for Coping Mechanisms Analysis. *Cognition, Brain & Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 17(1), 61-76
- Crespo, M., & Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación Española del Cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797-830.
- Cruz, L. N., Fleck, M. P., Oliveira, M. R., Camey, S. A., Hoffmann, J. F., Bagattini, Â. M., & Polanczyk, C. A. (2013). Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1911-1921.
- Davison, S. N., & Jhangri, G. S. (2010). Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(3), 477-485. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.08.008
- De Pasquale, C., Conti, D., Pistorio, M. L., Fatuzzo, P., Veroux, M., & Di Nuovo, S. (2017). Comparison of the CBA-H and SF-36 for the screening of the psychological and behavioural variables in chronic dialysis patients. *PLoS one*, 12(6), 1-10. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180077>
- Departamento de Nefrología de Northwestern Memorial Hospital. (2016). Educación del paciente: cuidado y tratamiento. *Northwestern Medicine*, 16 (5), 1-9.
- Dodson, S., Osicka, T., Huang, L., McMahon, L. P., & Roberts, M. A. (2016). Multifaceted assessment of health literacy in people receiving dialysis: associations with psychological stress and quality of life. *Journal of health communication*, 21(2), 91-98. doi: 10.1080/10810730.2016.1179370
- Dos Santos, B., Da Silva, N., Pires, N., Abrita, R., Dos Santos, F., & Da Silva, N. (2017). Beyond quality of life: a cross sectional study on the mental health of patients with chronic kidney disease undergoing dialysis and their caregivers. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 74.

Referencias

- Dunning, T. (2009). Care of people with diabetes : A manual of nursing practice. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibpucp-ebooks/detail.action?docID=470515>
- Falvo, D. R. (2009). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.
- Folkman, S. (1982). An approach to measurement of coping. *Journal of Occupational Behaviour*, 3, 95-107.
- García-Llana, H., Remor, E., & Selgas, R. (2013). Adhesión al tratamiento, estado emocional y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Psicothema*, 25(1), 79-87.
- Garnica, A., Remón, N., Santesteban, A., Gutiérrez, J. M., Ruiz, L., Zapatería, C., Navascués, M., & González, E. (2012). Protocolo para el cuidado del acceso vascular en pacientes con terapia renal sustitutiva (TPR). *Enfermería Nefrológica*, 15(1), 131-132.
- Gemmell, L.A., Terhorst, L., Jhamb, M., Unruh, M., Myaskovsky, L., Kester, L., & Stee, J.L. (2016). Gender and Racial Differences in Stress, Coping, and Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 806-811.
- Gómez, A., Arias, E., & Jiménez, C. (2006). Insuficiencia renal crónica. En Sociedad Española Geriatria y Gerontología (Ed), *Tratado de geriatría para residentes* (637-646). Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A.
- González, M.T., & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- Gruss, E., & Corchete, E. (2012). El catéter venoso central para hemodiálisis y su repercusión en la morbimortalidad. *Nefrología Suplemento Extraordinario*, 3(6), 5-12.
- Guerra-Guerrero, V., Sanhueza-Alvarado, O., & Cáceres-Espina, M. (2012). Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 20(5), 838-846.
- Guzmán-Yacaman, J. E., & Reyes-Bossio, M. (2018). Adaptación de la Escala de Percepción Global de Estrés en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de Psicología*, 36(2), 719-750. doi: <https://doi.org/10.18800/psico.201802.012>

Referencias

- Herrera, P. (2015). Parte V. Cuidados de enfermería sobre los catéteres de hemodiálisis. *Revista chilena de infectología*, 32(2), 113-116.
- Ibeas, J., Roca-Tey, R., Vallespín, J., & Quereda, C. (2017). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. *Revista de la sociedad española de nefrología*, 37(1), 1-177.
- Ibrahim, K., Taboonpong, S., & Nilmanat, K. (2009). Coping and Quality of Life among Indonesians Undergoing Hemodialysis. *Thai Journal Nursing Research*, 13(2), 109-117.
- Ingledeu, D. K., Hardy, L., Cooper, C.L., & Jemal, H. (2013). Health behaviors reported as coping strategies: A factor analytical study. En C. Cooper (Ed.). *From stress to wellbeing. Vol 2: Stress management and enhancing well-being.* New York (pp. 62-84). London: Palgrave-McMillan Ed
- Jiwani, N. S., Gul, R. B., Ali, A., Salih, M., & Hanzala, M. (2013). Experiences and perceptions of patients living with hepatitis C in Karachi, Pakistan. *Journal of Transcultural Nursing*, 24(3), 297-304. doi: 10.1177/1043659613481674
- Kallasmaa, T., & Pulver, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventoy. *Personality and Individual Differences*, 29, 881-894.
- Kaptein, A. A., van Dijk, S., Broadbent, E., Falzon, L., Thong, M., & Dekker, F. W. (2010). Behavioural research in patients with end-stage renal disease: a review and research agenda. *Patient Education and Counseling*, 81, 23-29. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.031
- Keller, S. D., Ware Jr, J. E., Bentler, P. M., Aaronson, N. K., Alonso, J., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplège, A., Sullivan, M., & Gandek, B. (1998). Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 health survey in ten countries: Results from the IQOLA project. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1179-1188.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3, 1-150.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes (2018). KDIGO 2018. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of hepatitis C in chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 8, 91-165.

Referencias

- Kline, R. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3 era ed.). New York; Guilford Press.
- Laudański, K., Nowak, Z., & Niemczyk, S. (2013). Age-related differences in the quality of life in end-stage renal disease in patients enrolled in hemodialysis or continuous peritoneal dialysis. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, *19*, 378. doi: 10.12659/MSM.883916
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Lazarus, B. N. (2000). *Pasión y razón. La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Lewis, R. (2011). *Understanding Chronic Kidney Disease: A guide for the non-specialist*. London: M&K Update Ltd.
- Loareza, A.M. (2011). Nefrología. En A. Gulias. (Ed.), *Manual de Terapéutica Médica y Procedimiento de Urgencias*. (pp. 401-432). México, D.F., México; Mc Graw-Hill Interamericana Editores.
- Lopes, A., Bragg, J., Goodkin, D., Fukuhara, S., Mapes, D., Young, E., Gillespie, B., Akizawa, T., Greenwood, R., Andreucci, V., Akiba, T., Held, P., & Port, F. (2007). Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Quality of life research*, *16*(4), 545-557. doi: 10.1007/s11136-006-9143-7
- Maciá, A., & Pina, J. A. (2010). Recomendación de pomada anestésica EMLA en la punción a pacientes sometidos a hemodiálisis periódica. *RECIEN: Revista Electrónica Científica de Enfermería*, (1), 1-5.
- Marinho, R. T., & Barreira, D. P. (2013). Hepatitis C, stigma and cure. *World Journal of Gastroenterology: World Journal Of Gastroenterology*, *19*(40), 6703-6709. doi: 10.3748/wjg.v19.i40.6703
- Masina, T., Chimera, B., Kamponda, M., & Dreyer, G. (2016). Health related quality of life in patients with end stage kidney disease treated with haemodialysis in Malawi: a cross sectional study. *BMC nephrology*, *17*(61), 1-8. doi:10.1186/s12882-016-0292-9

Referencias

- McIntyre, C.W., & Burton, J. O. (2013). Dialysis. En D. Goldsmith, S. Jayawardene, & P. Ackland (Eds.), *ABC of Kidney Disease* (pp. 57-62). London: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Medical Education Institute (2009). Fístula arteriovenosa para hemodiálisis. Recuperado de: https://lifeoptions.org/assets/pdfs/fistula_for_hemodialysis_spanish.pdf
- Millán-González, R., Gómez-Restrepo, C., Gil Laverde, F. A., Oviedo Lugo, G. F., & Villegas Salazar, F. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis, en seis unidades renales de Bogotá, Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 38(4), 622-635.
- Ministerio de Salud (2010). *Guía clínica: Diabetes mellitus tipo 2*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2016). *Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015*. Lima, Perú: Dirección General de Epidemiología y MINSA.
- Ministerio de Salud (2018). Boletín epidemiológico del Perú. 27(16). Lima, Perú: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
- Mokhtari, Z., Gheshlagh, R. G., & Kurdi, A. (2018). Health-related quality of life in Iranian patients with type 2 diabetes: An updated meta-analysis. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(1), 402-407. doi: 10.1016/j.dsx.2018.10.007
- Muñiz-Gomez, M. L. (2013). *Central venous catheters as access for chronic hemodialysis*. *Diálisis y Trasplante*, 34(1), 23–27. doi:10.1016/j.dialis.2011.06.005
- Mussi, C.M. (2004). Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. En L.A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp.113-148). México: Thomson Learning.
- Naranjo, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2007). *Métodos de tratamiento para insuficiencia renal: hemodiálisis*. Washington: National Institute of Health y National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.

Referencias

- National Institute of diabetes and Digestive and Kidney Disease (2014). Anemia in Chronic Kidney Disease. New York: National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse.
- Niihata, K., Fukuma, S., Akizawa, T., & Fukuhara, S. (2017). Association of coping strategies with mortality and health-related quality of life in hemodialysis patients: The Japan Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *PloS one*, 12(7), e0180498. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180498>
- Northwestern Medicine (2016). Educación del paciente: cuidado y tratamiento. Chicago: Departamento de Nefrología de Northwestern Memorial HealthCare
- Nunes, M., Sarmiento, T.C., & Alchieri, J.C. (2011). Estudio cuantitativo sobre a qualidade de vida de pacientes hemodialíticos da Paraíba, Brasil (Quantitative study about quality of life of hemodialysis patients from Paraíba, Brazil). *CES Psicología*, 4(2), 1-14.
- Ogden, J. (2007). *Health psychology: A textbook*. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Informe mundial sobre la diabetes. Ginebra: Suiza. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1996). ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud*. 17(4), 385-387.
- Perales-Montilla, C. M., García-León, A., & Reyes-del Paso, G. A. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología (Madrid)*, 32(5), 622-630. doi: <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447>
- Pereyra, M. (2004). Estrés y salud. En L.A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp.213-248). Mexico, D.F: Cengage Learning Latin América.
- Perú21. (2017, Marzo 09). Atención: Tres millones de peruanos sufren de enfermedad renal. *Perú21*. Recuperado de <https://peru21.pe/lima/atencion-tres-millones-peruanos-sufren-enfermedad-renal-68438>
- Pichucho, A. M. (2018). Niveles de Estrés en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Quito Nro. 1 de la Policía Nacional. (Tesis para optar el título de Psicología Clínica). Universidad Central de Ecuador, Quito.
- Poma, P.A. (2011). Hepatitis viral C. *Anales de la Facultad de Medicina*, 72 (4), 277-290.

Referencias

- Ramirez, S. P., Macêdo, D. S., Sales, P. M. G., Figueiredo, S. M., Daher, E. F., Araújo, S. M., Pargament, K.I., Hypantis, T.N., & Carvalho, A. F. (2012). The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of psychosomatic research*, 72(2), 129-135.
- Ramírez-Vélez, R., Agredo-Zuñiga, R. A., & Jerez-Valderrama, A. M. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Revista de Salud pública*, 12(5), 807-819.
- Remor, E., & Carrobles, J. A. (2001). Versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Robles, R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En L. A. Oblitas, (Ed). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 249-275). México: Thomson Learning.
- Robles, R. (2010). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En L.A. Oblitas, (Ed), *Psicología de la salud y calidad de vida*. México (pp. 249-275). México, D.F: Cengage Learning Latinoamérica.
- Ruiz de Alegría-Fernández de Retama, B., Basabe-Barañano, N., Fernández-Prado, E., Baños-Baños, C., Nogales-Rodríguez, M. A., Echavarri-Escribano, M., Moraza-Echevarria, M. A., Urquiza-Askuenaga, R., Madinabeitia-Merino, R., González, M., San Vicente, J., Bejarano, A., & García, A. B. (2009). Calidad de vida y afrontamiento: diferencias entre los pacientes de diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis hospitalaria. *Enfermería clínica*, 19(2), 61-68. doi:10.1016/j.enfcli.2008.10.011
- Salazar, F.R., & Bernabé, E. (2015). The Spanish SF-36 in Perú: Factor Structure, Construct Validity and Internal Consistency. *Asia- Pacific Journal of Public Health*, 27(2), 2372-2380. doi: 10.1177/1010539511432879
- Sánchez-García, A., del Carmen Zavala-Méndez, M., & Pérez-Pérez, A. (2012). Hemodiálisis: un proceso no exento de complicaciones. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(3), 131-137.

Referencias

- Santos, P.R. (2010). Correlation between coping style and quality of life among hemodialysis patients from a low-income area in Brazil. *Hemodialysis International*, 14,316-321.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21. doi: 10.4067/S0717-95532003000200002
- Scobie, I. N., & Samaras, K. (2014). *Fast facts: Diabetes mellitus*. Oxford: Health Press Limited.
- Sgorbini, M, O' Brien, L, & Jackson, D. (2009). Living with hepatitis C and treatment : the personal experiences of patients. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16) 2282–2291. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02806.x>
- Shafipour, V., Jafari, H., Shafipour, L. & Nasiri, E. (2010). Assessment of the relationship between quality of life and stress in the hemodialysis patients in 2008. *Pakistan journal of biological sciences: PJBS*, 13(8), 375-379.
- Soriano, S. A, & Hernando, L. (2008). *Procedimiento diagnóstico y valoración del enfermo con insuficiencia renal crónica*. En L.Hernando, P. Aljama, C. Carmelo, M. Arias, J. Egido & S. Lamas. (Eds.), *Nefrología clínica* (801-805). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Tapia, D., Cruz, C., Gallardo, I., & Dasso, M. (2007). Adaptacion de la Escala de Percepcion Global de Estres (EPGE) en estudiantes adultos de escasos recursos en Santiago, Chile. *Psiquiatría y Salud Mental*, 24(1-2), 109-119.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. 6ta ed. McGraw-Hill Interamericana, México.
- Tchape, O. D. M., Tchapoga, Y. B., Atuhaire, C., Priebe, G., & Cumber, S. N. (2018). Physiological and psychosocial stressors among hemodialysis patients in the Buea Regional Hospital, Cameroon. *The Pan African medical journal*, 30(49), 1-7. doi: 10.11604/pamj.2018.30.49.15180.
- Thomas, N. (2013). Chronic Kidney Disease. En N. Thomas (Ed.). *Renal nursing* (pp. 116-135). London: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Tu, H. Y., Shao, J. H., Wu, F. J., Chen, S. H., & Chuang, Y. H. (2013). Stressors and coping strategies of 20–45-year-old hemodialysis patients. *Collegian*, 21(3), 185-192. doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.02.003>
- Velásquez, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Multimed*, 17(3), 1-21.
- Uranga, C. (2018). Afrontamiento y locus de control en pacientes en tratamiento de hemodiálisis. (Tesis de Licenciatura) PUCP, Lima.

Referencias

- Vanholder, R., Canaud, B., Fluck, R., Jadoul, M., Labriola, L., Marti-Monros, A., Tordoir, J., & Van Biesen, W. (2010). Diagnosis, prevention and treatment of haemodialysis catheter-related bloodstream infections (CRBSI): a position statement of European Renal Best Practice (ERBP). *Nephrology Dialysis Transplantation Plus*, 3(3), 234-246. doi: 10.1093/ndtplus/sfq041
- Ware Jr, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 903-912.
- Ware Jr, J. E., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bech, P., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplège, A., Prieto, L., & Sullivan, M. (1998). The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1159-1165.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 473-483.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
- Wermeling, P. R., Gorter, K. J., van Stel, H. F., & Rutten, G. E. (2012). Both cardiovascular and non-cardiovascular comorbidity are related to health status in well-controlled type 2 diabetes patients: a cross-sectional analysis. *Cardiovascular diabetology*, 11(1), 121-128. doi:10.1186/1475-2840-11-121.
- World Health Organization Quality of Life Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Yeh, S. C. J., & Chou, H. C. (2007). Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosomatic medicine*, 69(2), 182-190.
- Yeh, S. C. J., Huang, C. H., Chou, H. C., & Wan, T. T. (2009). Gender differences in stress and coping among elderly patients on hemodialysis. *Sex Roles*, 60(1-2), 44- 66.
- Younossi, Z., Papatheodoridis, G., Cacoub, P., Negro, F., Wedemeyer, H., Henry, L., & Hatzakis, A. (2018). The comprehensive outcomes of hepatitis C virus infection: A multi-faceted chronic disease. *Journal of viral hepatitis*, 25(3), 6-14. doi: <https://doi.org/10.1111/jvh.13005>

Referencias

- Younossi, Z. M., Stepanova, M., Henry, L., Younossi, I., Weinstein, A., Nader, F., & Hunt, S. (2016). Association of work productivity with clinical and patient-reported factors in patients infected with hepatitis C virus. *Journal of viral hepatitis*, 23(8), 623-630. doi: <https://doi.org/10.1111/jvh.12528>
- Yusop, N. B. M., Mun, C. Y., Shariff, Z. M., & Huat, C. B. (2013). Factors Associated with Quality of Life among Hemodialysis Patients in Malaysia. *PLoS ONE*, 8(12). doi: 10.1371/journal.pone.0084152
- Zamanian, H., Poorolajal, J., & Taheri-Kharamah, Z. (2018). Relationship between stress coping strategies, psychological distress, and quality of life among hemodialysis patients. *Perspectives in psychiatric care*, 54, 410-415. doi: 10.1111/ppc.12284
- Zurita-Cruz, J. N., Manuel-Apolinar, L., Arellano-Flores, M. L., Gutierrez-Gonzalez, A., Najera-Ahumada, A. G., & Cisneros-González, N. (2018). Health and quality of life outcomes impairment of quality of life in type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 94-100. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0906-y>



Apéndice A: Descriptivos de las variables demográficas y médicas

Descriptivos de características demográficas y médicas de los pacientes con IRCT

| | <i>f</i> | <i>%</i> | | <i>f</i> | <i>%</i> |
|----------------------------------|----------|----------|-----------------------------|----------|----------|
| Edad ^(A) | | | Estado civil ^(A) | | |
| [21-40] | 17 | 17.0 | Sin pareja | 28 | 28.0 |
| [41-60] | 52 | 52.0 | Con pareja | 72 | 72.0 |
| [60-70] | 31 | 31.0 | | | |
| | | | Situación amorosa | | |
| Sexo | | | En una relación de pareja | 77 | 77 |
| Hombre | 63 | 63.0 | Sin una relación de pareja | 23 | 23.0 |
| Mujer | 37 | 37.0 | | | |
| | | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | Instrucción | | |
| Lima | 38 | 38.0 | Primaria completa | 15 | 15.0 |
| Provincia | 62 | 62.0 | Secundaria incompleta | 9 | 9.0 |
| | | | Secundaria completa | 31 | 31.0 |
| Religión | | | Técnica incompleta | 3 | 3.0 |
| Católica | 80 | 80.0 | Técnica completa | 25 | 25.0 |
| Evangélica | 6 | 6.0 | Universitaria incompleta | 2 | 2.0 |
| Cristiana | 9 | 9.0 | Universitaria completa | 15 | 15.0 |
| Protestante-evangélica | 1 | 1.0 | | | |
| Adventista | 1 | 1.0 | Instrucción ^(A) | | |
| Israelita | 1 | 1.0 | Primaria | 15 | 15.0 |
| Agnóstico | 2 | 2.0 | Secundaria | 40 | 40.0 |
| | | | Superior | 45 | 45.0 |
| Religión ^(agrupada) | | | | | |
| Católico | 80 | 80.0 | Convivencia | | |
| Otras religiones | 18 | 18.0 | Solo | 5 | 5.0 |
| Agnóstico | 2 | 2.0 | Familia nuclear | 54 | 54.0 |
| | | | Familia extendida | 41 | 41.0 |
| Situación laboral | | | | | |
| Dependiente | 20 | 20.0 | Tiempo de enfermedad | | |
| Independiente | 16 | 16.0 | [6-24] meses | 21 | 21.0 |
| Ama de casa | 16 | 16.0 | [25-60] meses | 28 | 28.0 |
| Desempleado | 48 | 48.0 | [61-120] meses | 16 | 16.0 |
| | | | [121-180]meses | 20 | 20.0 |
| Situación laboral ^(A) | | | [181-384] meses | 15 | 15.0 |
| Trabaja | 36 | 36.0 | | | |
| Ama de casa | 16 | 16.0 | Tiempo de tratamiento | | |
| No trabaja | 48 | 48.0 | [6-24] meses | 23 | 23.0 |
| | | | [25-60] meses | 30 | 30.0 |
| Estado civil | | | [61-120] meses | 16 | 16.0 |
| Soltero | 18 | 18.0 | [121-180]meses | 21 | 21.0 |
| Casado | 66 | 66.0 | [181-372] meses | 10 | 10.0 |
| Divorciado | 2 | 2.0 | | | |
| Viudo | 3 | 3.0 | Vía de acceso | | |
| Conviviente | 6 | 6.0 | Catéter | 39 | 39.0 |
| Separado | 5 | 5.0 | Fístula | 61 | 61.0 |

Apéndice A: Descriptivos de las variables demográficas y médicas*Descriptivos de características demográficas y médicas de los pacientes con IRCT*

| | <i>f</i> | <i>%</i> | | <i>f</i> | <i>%</i> |
|--------------------------|----------|-----------|-------------|------------|----------|
| Tratamientos anteriores | | | Corazón | | |
| Ninguno | 82 | 82.0 | Sí | 21 | 21.0 |
| Diálisis peritoneal | 7 | 7.0 | N | 79 | 79.0 |
| Trasplante renal | 10 | 10.0 | Hepatitis C | | |
| Diálisis y trasplante | 1 | 1.0 | Sí | 18 | 18.0 |
| Comorbilidad diagnóstica | | | No | 82 | 82.0 |
| Ninguna enfermedad | 7 | 7.0 | Neuropatía | | |
| 1 enfermedad | 34 | 34.0 | Sí | 4 | 4.0 |
| 2 enfermedades | 29 | 29.0 | No | 96 | 96.0 |
| 3 enfermedades | 23 | 23.0 | Anemia | | |
| 4 enfermedades | 6 | 6.0 | Sí | 23 | 23.0 |
| 5 enfermedades | 1 | 1.0 | No | 77 | 77.0 |
| Comorbilidad diagnóstica | | | Diabetes | | |
| Hipotensión | | | Sí | 30 | 30.0 |
| Sí | 28 | 28.0 | No | 70 | 70.0 |
| No | 72 | 72.0 | | | |
| Hipertensión | | | | | |
| Sí | 63 | 63.0 | | | |
| No | 37 | 37.0 | | | |
| | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> | |
| Edad | 53.07 | 11.56 | 21 | 70 | |
| Tiempo de enfermedad | 101.52 | 81.10 | 6 | 384 | |
| Tiempo de tratamiento | 89.52 | 69.73 | 6 | 372 | |



Apéndice B: Análisis de confiabilidad

Confiabilidad por consistencia interna de y correlaciones Ítem-test corregida de las escalas del SF-36

| <i>Número del ítem</i> | <i>Correlación ítem-test corregida</i> | <i>Alfa si se elimina el elemento</i> | <i>Número del ítem</i> | <i>Correlación ítem-test corregida</i> | <i>Alfa si se elimina el elemento</i> |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------------|
| Función física $\alpha = .89$ | | | | | |
| Ítem 3 | .47 | .89 | Ítem 8 | .55 | .88 |
| Ítem 4 | .55 | .88 | Ítem 9 | .73 | .87 |
| Ítem 5 | .65 | .88 | Ítem 10 | .81 | .86 |
| Ítem 6 | .68 | .87 | Ítem 11 | .69 | .87 |
| Ítem 7 | .70 | .87 | Ítem 12 | .40 | .89 |
| Salud general $\alpha = .55$ | | | Rol físico $\alpha = .87$ | | |
| Ítem 1 | .29 | .52 | Ítem 13 | .66 | .85 |
| Ítem 33 | .18 | .58 | Ítem 14 | .70 | .84 |
| Ítem 34 | .38 | .45 | Ítem 15 | .81 | .79 |
| Ítem 35 | .38 | .47 | Ítem 16 | .70 | .84 |
| Ítem 36 | .38 | .45 | | | |
| Dolor corporal $\alpha = .68$ | | | Función social $\alpha = .66$ | | |
| Ítem 21 | .53 | - | Ítem 20 | .50 | - |
| Ítem 22 | .53 | - | Ítem 32 | .50 | - |
| Vitalidad $\alpha = .73$ | | | Rol emocional $\alpha = .88$ | | |
| Ítem 23 | .45 | .71 | Ítem 17 | .78 | .83 |
| Ítem 27 | .59 | .63 | Ítem 18 | .76 | .85 |
| Ítem 29 | .52 | .67 | Ítem 19 | .78 | .83 |
| Ítem 31 | .53 | .66 | | | |
| Salud mental $\alpha = .75$ | | | | | |
| Ítem 24 | .55 | .69 | | | |
| Ítem 25 | .65 | .66 | | | |
| Ítem 26 | .34 | .77 | | | |
| Ítem 28 | .51 | .70 | | | |
| Ítem 30 | .55 | .69 | | | |

Apéndice B: Análisis de confiabilidad

Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones Ítem-test corregida de los componentes del SF-36

| Número del ítem | Correlación ítem-test corregida | Alfa si se elimina el elemento | Número del ítem | Correlación ítem-test corregida | Alfa si se elimina el elemento |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Componente físico $\alpha=.90$ | | | | | |
| Ítem 01 | .42 | .90 | Ítem 13 | .57 | .89 |
| Ítem 03 | .48 | .90 | Ítem 14 | .55 | .89 |
| Ítem 04 | .53 | .89 | Ítem 15 | .71 | .89 |
| Ítem 05 | .57 | .89 | Ítem 16 | .60 | .89 |
| Ítem 06 | .68 | .89 | Ítem 21 | .48 | .90 |
| Ítem 07 | .63 | .89 | Ítem 22 | .55 | .90 |
| Ítem 08 | .52 | .89 | Ítem 33 | .22 | .90 |
| Ítem 09 | .72 | .89 | Ítem 34 | .16 | .90 |
| Ítem 10 | .71 | .89 | Ítem 35 | .41 | .90 |
| Ítem 11 | .64 | .89 | Ítem 36 | .34 | .90 |
| Ítem 12 | .39 | .90 | | | |
| Componente mental $\alpha=.90$ | | | | | |
| Ítem 17 | .75 | .88 | Ítem 26 | .37 | .90 |
| Ítem 18 | .59 | .89 | Ítem 27 | .57 | .89 |
| Ítem 19 | .67 | .89 | Ítem 28 | .56 | .89 |
| Ítem 20 | .58 | .89 | Ítem 29 | .64 | .89 |
| Ítem 23 | .38 | .90 | Ítem 30 | .61 | .89 |
| Ítem 24 | .63 | .89 | Ítem 31 | .59 | .89 |
| Ítem 25 | .73 | .88 | Ítem 32 | .61 | .89 |

Apéndice C: Análisis de confiabilidad

Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones Ítem-test corregida de las escalas del EEP-14

| Número del ítem | Correlación ítem-test corregida | Alfa si se elimina el elemento | Número del ítem | Correlación ítem-test corregida | Alfa si se elimina el elemento |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Expresión del estrés $\alpha=.69$ | | | Control del estrés $\alpha=.72$ | | |
| Ítem 1 | .49 | .64 | Ítem 4 | .34 | .71 |
| Ítem 2 | .43 | .65 | Ítem 5 | .42 | .69 |
| Ítem 3 | .49 | .64 | Ítem 6 | .58 | .65 |
| Ítem 8 | .29 | .69 | Ítem 7 | .40 | .69 |
| Ítem 11 | .61 | .60 | Ítem 9 | .44 | .68 |
| Ítem 12 | .09 | .73 | Ítem 10 | .42 | .69 |
| Ítem 14 | .45 | .65 | Ítem 13 | .44 | .68 |
| Estrés percibido total $\alpha=.64$ | | | | | |
| Ítem 1 | .33 | .61 | Ítem 8 | .17 | .63 |
| Ítem 2 | .17 | .63 | Ítem 9i | .36 | .60 |
| Ítem 3 | .35 | .61 | Ítem 10i | .42 | .59 |
| Ítem 4i | .07 | .66 | Ítem 11 | .48 | .58 |
| Ítem 5i | .12 | .65 | Ítem 12 | -.13 | .67 |
| Ítem 6i | .41 | .60 | Ítem 13i | .34 | .61 |
| Ítem 7i | .37 | .60 | Ítem 14 | .32 | .61 |

Apéndice D: Análisis de confiabilidad

Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones Ítem-test corregida de las escalas del COPE-60

| Número del ítem | Correlación ítem-test corregida | Alfa si se elimina el elemento | Número del ítem | Correlación ítem-test corregida | Alfa si se elimina el elemento |
|---|---------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|
| Afrontamiento activo $\alpha = .42$ | | | Planificación $\alpha = .61$ | | |
| Ítem 5 | .30 | .29 | Ítem 19 | .34 | .59 |
| Ítem 25 | .10 | .49 | Ítem 32 | .47 | .49 |
| Ítem 47 | .19 | .40 | Ítem 39 | .38 | .55 |
| Ítem 58 | .37 | .20 | Ítem 56 | .40 | .54 |
| Contención del afrontamiento $\alpha = .52$ | | | Supresión de actividades $\alpha = .50$ | | |
| Ítem 10 | .28 | .47 | Ítem 15 | .27 | .45 |
| Ítem 22 | .35 | .42 | Ítem 33 | .35 | .37 |
| Ítem 41 | .29 | .47 | Ítem 42 | .30 | .41 |
| Ítem 49 | .33 | .44 | Ítem 55 | .25 | .47 |
| Reinterpretación positiva $\alpha = .57$ | | | Aceptación $\alpha = .60$ | | |
| Ítem 1 | .39 | .47 | Ítem 13 | .41 | .52 |
| Ítem 29 | .24 | .59 | Ítem 21 | .50 | .44 |
| Ítem 38 | .39 | .47 | Ítem 44 | .39 | .53 |
| Ítem 59 | .40 | .47 | Ítem 54 | .25 | .63 |
| Enfocar y liberar emociones $\alpha = .64$ | | | Apoyo social instrumental $\alpha = .69$ | | |
| Ítem 3 | .54 | .49 | Ítem 4 | .47 | .64 |
| Ítem 17 | .50 | .52 | Ítem 14 | .49 | .62 |
| Ítem 28 | .24 | .71 | Ítem 30 | .50 | .61 |
| Ítem 46 | .44 | .56 | Ítem 45 | .45 | .64 |
| Apoyo social emocional $\alpha = .69$ | | | Desentendimiento mental $\alpha = .35$ | | |
| Ítem 11 | .44 | .64 | Ítem 2 | .25 | .21 |
| Ítem 23 | .54 | .58 | Ítem 16 | .15 | .33 |
| Ítem 34 | .38 | .68 | Ítem 31 | .08 | .40 |
| Ítem 52 | .53 | .58 | Ítem 43 | .28 | .18 |
| Desentendimiento conductual $\alpha = .58$ | | | Negación $\alpha = .41$ | | |
| Ítem 9 | .25 | .61 | Ítem 6 | .28 | .28 |
| Ítem 24 | .36 | .52 | Ítem 27 | .12 | .43 |
| Ítem 37 | .60 | .33 | Ítem 40 | .28 | .27 |
| Ítem 51 | .29 | .56 | Ítem 57 | .22 | .35 |

Apéndice

Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones Ítem-test corregida de las escalas del COPE-60

| <i>Número del ítem</i> | <i>Correlación ítem-test corregida</i> | <i>Alfa si se elimina el elemento</i> | <i>Número del ítem</i> | <i>Correlación ítem-test corregida</i> | <i>Alfa si se elimina el elemento</i> |
|-----------------------------------|--|---------------------------------------|----------------------------|--|---------------------------------------|
| Acudir a la religión $\alpha=.45$ | | | Uso del humor $\alpha=.79$ | | |
| Ítem 7 | .30 | .37 | Ítem 8 | .38 | .85 |
| Ítem 18 | .26 | .39 | Ítem 20 | .65 | .72 |
| Ítem 48 | .30 | .35 | Ítem 36 | .70 | .70 |
| Ítem 60 | .23 | .42 | Ítem 50 | .72 | .68 |
| Uso de sustancias $\alpha=.91$ | | | | | |
| Ítem 12 | .85 | .87 | | | |
| Ítem 26 | .91 | .85 | | | |
| Ítem 35 | .80 | .89 | | | |
| Ítem 53 | .71 | .93 | | | |



Apéndice E

Consentimiento Informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la alumna de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú Martha Talledo Peña. He sido informado de que el objetivo de este estudio es comprender cómo es el funcionamiento a nivel psicológico de las pacientes que realizan hemodiálisis. Para ello me han indicado que tendré que responder 3 cuestionarios de preguntas y una ficha de datos, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo brinde será anónima, estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Asimismo, he sido informado de que no voy a recibir información de los resultados luego de participar en esta investigación. Tengo conocimiento también que puedo retirarme en cualquier momento, sin que esto me perjudique. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, me puedo contactar a martha.talledo@pucp.pe o comunicarse con la asesora de la investigación, la Mg. Mónica Cassaretto mcassar@pucp.edu.pe al 6262000 anexo 4598.

.....
Firma del Participante

.....
Firma del Evaluador

.....
Fecha

Apéndice F: Ficha de datos

| Código _____ | | FICHA DE DATOS | |
|---|--|----------------|--|
| DATOS GENERALES | | | |
| <p>Por favor conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible o marque con una X según corresponda.</p> | | | |
| <p>1. Edad: _____</p> <p>2. Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>3. Lugar de nacimiento: Lima <input type="checkbox"/> Provincia <input type="checkbox"/></p> <p>4. Religión: _____</p> <p>5. Situación laboral: Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/></p> <p>6. Estado Civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/></p> | <p>7. Grado de instrucción: Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Técnica incompleta <input type="checkbox"/> Técnica completa <input type="checkbox"/> Universitaria incompleta <input type="checkbox"/> Universitaria completa <input type="checkbox"/></p> <p>8. En su hogar usted vive con: Solo <input type="checkbox"/> Mi familia nuclear <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Se encuentra usted actualmente dentro de una relación de pareja? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | | |
| DATOS MEDICOS | | | |
| <p>Por favor conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible o marque con una X según corresponda.</p> | | | |
| <p>1. ¿Desde hace cuánto tiempo fue diagnosticado con IRCT? (Señale si son meses o años) _____</p> <p>2. ¿Desde hace cuánto tiempo recibe tratamiento de hemodiálisis? (Señale si son meses o años) _____</p> <p>3. Vía de acceso vascular: Catéter <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/></p> | <p>4. Antes de recibir tratamiento de hemodiálisis ¿Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos? Puede marcar (X) más de una opción. Diálisis peritoneal <input type="checkbox"/> Trasplante renal <input type="checkbox"/></p> <p>5. Además de la IRCT, ¿presenta usted alguna de las siguientes enfermedades?: Puede marcar (X) más de una opción. Hipotensión <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Problemas al corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis c <input type="checkbox"/> Otros: _____</p> | | |