



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA



“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL TRATAMIENTO DE
HEMODIÁLISIS EN PERSONAS DIABÉTICAS CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA TERMINAL EN UN CENTRO DE DIÁLISIS, CHICLAYO 2017”

TESIS PARA OPTAR:

TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Bach. Enf. López Malaver Helen Liz

Bach. Enf. Quiñones Rojas Olenka Patricia

ASESORA:

Mg. Monsalve Requejo Nora Mercedes

LAMBAYEQUE – PERÚ

2018

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS
EN PERSONAS DIABÉTICAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
TERMINAL EN UN CENTRO DE DIÁLISIS, CHICLAYO 2017”

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. Enf. López Malaver Helen Liz

Bach. Enf. Quiñones Rojas Olenka Patricia

Mg. Monsalve Requejo Nora

Asesora

**TESIS APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO PARA OPTAR
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Dra. Jovita Jesús Palomino Quiroz
Presidenta

Mg. Cruz Marcelina Polo Campodónico
Secretaria

Mg. Rosa Candelaria Alcalde Montoya
Vocal

DEDICATORIA

*A Dios, nuestro creador, por permitirnos
llegar a culminar la presente
investigación. Y llenarnos de fortaleza en
cada instante de ella.*

*A nuestros queridos padres, quienes nos
brindaron, a lo largo de nuestra carrera
profesional, apoyo, cariño y
comprensión; además por ser el principal
estímulo de nuestras vidas.*

*A nuestras estrellas celestiales y
terrenales por ser nuestra fuente de
inspiración y motivación en nuestro
camino profesional y personal.*

LAS AUTORAS

AGRADECIMIENTO

*A Dios, nuestro padre quien con
sabiduría guio nuestra formación
profesional y que logra que nuestra
amistad perdure sobre todas las cosas.*

*Al “Centro de Diálisis María
Auxiliadora – Chiclayo”, por
permitirnos su tiempo y apoyo al
ejecutar nuestra investigación,
además de brindarnos información
sincera y veraz durante el desarrollo
de la
presente.*

*A la Mg. Nora Mercedes Monsalve
Requejo, por brindarnos su apoyo,
amistad y asesoría para la realización de
la presente investigación.*

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Capítulo I: Introducción	1
Capítulo II: Marco Teórico	9
2.1. Antecedentes de la investigación	9
2.2 Base Teórico Conceptual	11
2.3 Base Contextual	36
Capítulo III: Marco Metodológico	39
3.1 Tipo de investigación	39
3.2 Abordaje de la investigación	39
3.3 Población y muestra	41
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección	42
3.5 Análisis de datos	42
3.6 Rigor científico	44
3.7 Principios éticos	45
Capítulo III: Resultados y discusión	48
Capítulo IV: Consideraciones finales y recomendaciones	69
Referencias bibliográficas	72
Apéndice	82
Apéndice I	83
Apéndice II	84
Apéndice III	85

RESUMEN

La insuficiencia renal crónica terminal es un problema mundial de salud pública. El tratamiento más usado ante esta enfermedad es la hemodiálisis, las personas de nuestro cuidado que son sometidos a este tratamiento, refieren sentirse limitados en su vida diaria porque dependen de una máquina y del personal de salud que los atienden. Esta situación conllevó a realizar la presente investigación con el objetivo de comprender las estrategias de afrontamiento de las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal ante el tratamiento de hemodiálisis atendidas en un centro de diálisis, Chiclayo – 2017. El marco teórico estuvo fundamentado en el Modelo de Adaptación propuesto por Callista Roy, y en la escala de Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. El estudio fue cualitativo, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 20 personas hemodializadas de ambos sexos, entre 40 a 80 años de edad, con más de dos años de diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal. La muestra de 18 personas, se obtuvo por saturación. Los datos fueron obtenidos mediante la entrevista semiestructurada, los cuales fueron analizados revelándose las siguientes categorías: Utilizando estrategias centradas en el problema, Utilizando estrategias centradas en la emoción, Contando con sistemas de apoyo para afrontar el tratamiento; cada una con sus respectivas subcategorías. Las consideraciones finales evidencian que las personas ven en su familia el mayor centro de apoyo para poder afrontar el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal, viendo en ellos un motivo para poder seguir con el tratamiento, empleando estrategias de afrontamiento positivas ante esta situación.

Palabras Clave: Estrategias de afrontamiento, personas diabéticas, insuficiencia renal crónica terminal, hemodiálisis.

ABSTRACT

End-stage chronic renal failure is a global public health problem. The most used treatment for this disease is hemodialysis, the people in our care who are subjected to this treatment, report feeling limited in their daily lives because they depend on a machine and the health personnel who take care of them. This situation led to the realization of the present investigation with the aim of understanding the coping strategies of diabetic patients with terminal chronic renal failure before the treatment of hemodialysis treated in a dialysis center, Chiclayo - 2017. The theoretical framework was based on the Model of Adaptation proposed by Callista Roy, and on the scale of Coping Strategies of Lazarus and Folkman. The study was qualitative, descriptive and transversal. The population consisted of 20 hemodialyzed people of both genres, between 40 to 80 years of age, with more than two years of diagnosis of terminal chronic renal failure. The sample of 18 people was obtained by saturation. The data were obtained through the semi-structured interview, which were analyzed revealing the following categories: Using strategies focused on the problem, using strategies focused on emotion, having support systems to deal with the treatment; each one with its respective subcategories. The final considerations show that people see in their family the greatest support center to be able to face the treatment of terminal chronic renal failure, seeing in them a reason to continue with the treatment, using positive coping strategies in this situation.

Key Words: Coping strategies, diabetic persons, terminal chronic renal failure, hemodialysis.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Según Gil-Roales¹, las enfermedades crónicas se definen como trastornos orgánicos funcionales que obligan a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, afectando aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen, constituyendo una verdadera epidemia, no solo en los países desarrollados, sino también en aquellos que avanzan al desarrollo como nuestro país.

En los últimos años se ha incrementado la prevalencia de enfermedades crónicas, siendo las más frecuentes la diabetes mellitus, hipertensión arterial, la insuficiencia renal crónica², a las que se ha denominado enfermedades crónicas no transmisibles (ENT). Siendo las principales causas de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones de los 56 millones de defunciones registradas entre los años 2012 y 2015. Más del 40% de ellas fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT y la mayoría de los fallecimientos prematuros se produjeron en países de ingresos bajos y medios³.

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es considerada como una enfermedad secundaria a la diabetes mellitus, ya que se produce como un efecto del tratamiento inadecuado de esta enfermedad. Además de ser uno de los problemas más creciente a nivel mundial que afecta la vida y salud de millones de personas. Sobre todo en países de bajos y medianos ingresos, debido al rápido aumento de su prevalencia, elevados costos de tratamiento, alta frecuencia de complicaciones e incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular⁴.

La organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), afirmaron que las tasas de incidencia de la IRCT afecta a cerca del 10% de la población mundial, la prevalencia de IRC aumenta con la edad, por lo que es superior al 20% en personas mayores de 60 años y el 35% en los de más de 70 años. Además de que las personas con diabetes o antecedentes de enfermedad cardiovascular registran la prevalencia más alta de IRCT, llegando al 50% de la población total afectada⁵.

El Ministerio de Salud⁶ informó que en el Perú, existe una tasa de prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) de 244.04 por millón de personas y la hemodiálisis es la modalidad más utilizada con una prevalencia de 167.36 personas por millón (68.6%).

Las personas con IRCT deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para la persona y su familia. Entre los tratamientos de sustitución renal están el trasplante de riñón, la diálisis peritoneal continúa ambulatoria y la hemodiálisis.

Siendo este último, el método de sustitución renal más utilizado en los últimos tiempos, cuyo objetivo es conseguir que las personas alcancen una supervivencia prolongada y al mismo tiempo favorecer su calidad de vida. Su duración es indefinida y el pronóstico insatisfactorio para la persona⁷.

Investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRCT como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de las personas, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico, social y espiritual, lo que altera de manera notable su calidad de vida global, pues son muchos los factores estresantes a los que se enfrentan: tensiones matrimoniales y familiares, dependencia forzada del personal y del sistema hospitalario, restricciones

alimentarias, limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionados con la muerte⁸.

Algunas veces, suele ocasionarse una serie de crisis sobreañadidas ante el tratamiento (irritabilidad, desespero, temor, tristeza, abandono) que no siempre se resuelven favorablemente; para ello, la persona debe de adoptar diversas estrategias de afrontamiento.

El afrontamiento ante cualquier enfermedad, comprende todas las actividades y fortalezas que posee la persona para afrontarse a diversos factores. Se refiere a todas aquellas variables personales y sociales que permiten que las personas manejen las situaciones estresantes de manera más eficiente, utilizando a su vez distintas estrategias⁹.

Las personas sometidas al tratamiento de hemodiálisis se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos, psicosociales, espirituales y a cambios potenciales en su estilo de vida, afectando holísticamente su salud. Además, sugieren que las personas deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles dentro de la familia¹⁰.

Y a su vez, modifican su vida diaria viéndose limitadas sus actividades, pudiendo llegar al abandono por parte de la familia, el aislamiento, culpabilidad y la pérdida del sentido de continuar el tratamiento llevándolo a la negación y el abandono del tratamiento.

En base a esto las investigadoras observaron que durante el procedimiento de hemodiálisis, el cual tiene una duración de tres horas y media, y con una

frecuencia de tres veces por semana, la persona se ve sometido a un severo deterioro físico; suele presentar insomnio, fatiga, cansancio, palidez, hinchazón de pies y tobillos, lo que genera que se sienta limitado en su vida diaria y experimente sentimientos de minusvalía, incapacidad e indefensión. Algunas de estas personas no tienen el apoyo de sus familiares, o se encuentran lejos de su lugar de procedencia, y expresan sentirse solos y abandonados a tal extremo de querer dejar el tratamiento.

Al interactuar con las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal, refirieron: *“no es fácil vivir con la enfermedad, pero hay que aceptarlo y vivir el día a día”*, a veces estoy de malhumor, tengo rabia y me enoja, me da cólera, *“a veces soy optimista y tengo esperanza de que algo va a pasar y voy a mejorar”*, se observa que algunos lloran y se preguntan *“¿por qué a mí?...¿por qué tengo tan mala suerte?....¿qué hice de malo?”*, otros expresan *“desde que mi familia se enteró que tengo esta enfermedad están más preocupados por mí, continuamente me llaman, me ofrecen su apoyo”*, *“mi mejor refugio es Dios”*, entre otras expresiones

Ante esta situación, las investigadoras han analizado la problemática que viven las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal, planteándose las siguientes interrogantes: ¿A quién acuden de primera intención?, ¿Qué ayuda reciben durante el tratamiento de hemodiálisis?, ¿Reciben el apoyo de sus familiares durante su tratamiento? ¿Recibe apoyo de algún profesional, en especial de profesional de enfermería? ¿Utilizan algunas estrategias de afrontamiento para sobrellevar este problema?

Esta situación problemática descrita, generó la siguiente interrogante: ¿Cómo afronta la persona diabética con insuficiencia renal crónica terminal el tratamiento de hemodiálisis en un centro de diálisis, Chiclayo - 2017?

El objeto de estudio son las estrategias de afrontamiento de personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal ante el tratamiento de hemodiálisis en un centro de diálisis, Chiclayo 2017.

Esta investigación abordó la comprensión de las estrategias de afrontamiento ante el tratamiento de hemodiálisis debido a la frecuencia con la que se realiza que son de tres veces por semana por un tiempo de tres a tres horas y media por sesión. Por tal razón fue de gran importancia abocarse a este segmento, debido al tiempo empleado, su frecuencia y las condiciones fisiológicas relacionadas con este procedimiento que afecta de manera directa la rutina diaria de las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal, provocando cambios en la vida diaria.

El tratamiento de hemodiálisis puede convertirse en una amenaza, condición que hace vulnerable a experimentar diferentes fenómenos psicológico, tales como el estrés y la depresión debido a la disminución en la sensación de control personal, ya que se encuentran sujetos a una serie de procedimientos invasivos como depender de una máquina que hacen que durante el curso de la enfermedad afloren sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión y frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por la persona diabética con insuficiencia renal crónica terminal y sus familiares.

Tal es así que fue importante identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar. De modo que el personal de

enfermería debe participar en la identificación de las estrategias de afrontamiento y así orientar el cuidado en estas personas, así mismo contribuir a disminuir el riesgo que pueda repercutir en su vida. De igual manera, promover más estrategias de afrontamiento positivas que contribuyan a mejorar la calidad de vida y su propio bienestar.

Como investigadoras asumimos indagar acerca de las estrategias de afrontamiento al tratamiento de hemodiálisis de las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal, para conocer la problemática en nuestro ámbito local y sirva de antecedente para futuras investigaciones. También representa un aporte importante y novedoso para la disciplina desde el paradigma del cuidado de la experiencia de la salud humana, a los profesionales de enfermería les proporciona información para promover acciones que hagan posible el favorecimiento en el afrontamiento y la adaptación tanto de la persona diabética con insuficiencia renal crónica terminal como de la familia en el proceso de vivir y morir.

El presente informe está estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I: Introducción, el cual contiene la realidad problemática, la formulación del problema, los objetivos que guiaron la investigación, la justificación e importancia y por último la teoría que sustenta la investigación.

Capítulo II: Marco teórico, contiene los antecedentes que servirán para la discusión de los resultados, además el referencial teórico acerca del afrontamiento, estrategias de afrontamiento, la teórica de enfermería, enfermedad crónica, diabetes, insuficiencia renal crónica y hemodiálisis; marco contextual en el que se realiza la presente investigación.

Capítulo III: Marco metodológico, aquí se ubica el tipo de investigación, enfoque, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de datos, análisis de los datos, rigor científico y principios éticos.

Capítulo IV: Resultados y discusión, se presenta los resultados y discusión de los datos con sus respectivas categorías y sub-categorías

Capítulo V: Consideraciones finales y recomendaciones, a las que se llegaron en la presente investigación.

Referencias Bibliográficas: Realizadas bajo la metodología de Vancouver

Anexos: Entrevistas semi- estructurada, consentimiento informado.

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Nivel internacional:

Garay J., Moysén A.; Esteban J; Gurrola G., en el 2012 en México, realizaron un estudio sobre “El afrontamiento en pacientes con padecimientos renales”, el objetivo fue identificar las estrategias de afrontamiento en un grupo de 30 pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) que acuden al hospital “Adolfo López Mateos”, de la Ciudad de Toluca; llegando a las siguientes conclusiones: en cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontró que el apoyo en la religión presenta la media más alta lo que conlleva a que los pacientes de insuficiencia renal del presente estudio recurren a sus creencias religiosas como vía una forma de afrontar el estrés, la estrategia que le sigue es la aceptación, la cual tiene que ver con no cuestionarse o preguntarse del porqué de la situación en la cual están viviendo y más bien estar con la situación de dar por hecho que lo que les acontece les tenía que ocurrir. Del mismo modo se observaron diferencias significativas en cuanto al género en la estrategia aceptación siendo los hombres los que presenta la media más alta, mientras que en la estrategia humor las mujeres son las que muestran la media más alta¹¹.

Nivel nacional:

Chuquihuanca C., Soto Y. En Lima, realizaron un estudio denominado: “Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en programa de Hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2013”, cuyo objetivo fue identificar las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en el

programa de hemodiálisis. Teniendo como conclusiones que los pacientes con un máximo de 6 meses de tratamiento en Hemodiálisis (HD) tiene una estrategia de afrontamiento activo que difiere del pasivo debido a que están adaptando a su nuevo contexto no desistiendo y utilizando frecuentemente estrategias positivas como planificación, reinterpretación y la religión para la adaptación a las sesiones de HD y no desistir del tratamiento¹².

Alarcón S., en el 2014, en Lima, realizó un estudio titulado “Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro especializado de enfermedades renales”. El objetivo fue determinar las estrategias de afrontamiento más utilizadas en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis. Llegando a la siguiente conclusión: la mayoría de los pacientes utilizan como estrategias de afrontamiento aquellas que están centradas en la emoción que se evidencia por el apoyo en la religión y búsqueda de soporte emocional; seguida por un porcentaje considerable de pacientes que utilizan estrategias centradas en el problema ya que tratan de cumplir las indicaciones y buscan información para enfrentar mejor el problema¹³.

Nivel local:

Cubas R, Olea D, Tineo M. en el 2012, en Chiclayo realizaron un estudio titulado “Mecanismos de afrontamiento como elemento de autocuidado en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en un Centro particular Nefrológico Chiclayo-2012”, tuvo como objetivo: caracterizar los mecanismos

de afrontamiento como elementos del autocuidado de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis. Teniendo como conclusiones según categorías: Evidenciando sentimientos y emociones ante la condición de salud; Aceptando el tratamiento por temor a la muerte; La familia: una fortaleza para enfrentar la enfermedad; Emerge la esperanza de una recuperación; Cambiando los estilos de vida para poder vivir; Consolidando el grupo social; Buscando ayuda profesional¹⁴.

2.2 Base teórico conceptual

Las investigadoras, para respaldar esta investigación, se enfocaron en las siguientes bases teóricas: la diabetes como enfermedad crónica, la insuficiencia renal crónica, diagnóstico de la insuficiencia renal crónica en personas diabéticas, tratamientos de la insuficiencia renal crónica terminal (hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal), afrontamiento y sus estrategias, adaptación a vivir en hemodiálisis, Estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman y finalmente Callista Roy y su “Modelo de adaptación”

Teniendo en cuenta el objeto de estudio, se define que la diabetes es una enfermedad que afecta la manera cómo el organismo aprovecha la comida para crear energía. Debido a que las células del organismo no aprovechan la comida debidamente, la concentración de glucosa (o sea azúcar) en la sangre se eleva a un nivel alto. El nivel de azúcar en la sangre se eleva ya sea porque el cuerpo carece insulina o porque no puede aprovechar la insulina que produce. La insulina es una hormona que le ayuda a la glucosa a ingresar en las células para

allí crear energía. La diabetes se diagnostica cuando el nivel de glucosa en la sangre, en ayunas, está por encima de 126 mg/dl¹⁵.

Entre los distintos tipos de diabetes, tenemos¹⁶:

La diabetes tipo 1: por lo general se da en los niños y en los adultos jóvenes. Siempre requiere un tratamiento con insulina. Es importante ceñirse a una dieta saludable con cantidades controladas de carbohidratos. Al hacer ejercicio con constancia se puede reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y de sufrir otras complicaciones. Los síntomas de la diabetes tipo 1 incluyen: perder peso repentinamente, sentir sed y hambre en exceso, orinar con frecuencia, sentir náuseas, vomitar, retraso en el desarrollo corporal y falta de energía. Si no se somete a tratamiento para la diabetes tipo 1, puede suscitarse un mal llamado cetosis. La cetosis puede causar coma e incluso podría ocasionar la muerte.

La diabetes tipo 2: generalmente se da en adultos mayores, aunque ahora se está viendo más y más en niños y adolescentes. Las personas con diabetes tipo 2 a menudo están excedidas de peso y están en mal estado físico. El cuerpo no produce suficiente insulina para mantener bajo control el nivel de azúcar en la sangre. El primer tratamiento que se le receta es una dieta para controlar el peso y un programa de ejercicio, pero si estos no bastan, es posible que la persona también tenga que tomar medicamentos. Hay varios tipos de pastillas para la diabetes. Si éstas no surten el efecto deseado, podrían ser necesarias las inyecciones de insulina. El médico le recetará los medicamentos que más le convengan a la persona con diabetes.

Teniendo en cuenta la definición de diabetes y sus complicaciones, cabe mencionar que una de las principales es la enfermedad renal crónica es un problema creciente a nivel mundial que afecta la vida y salud de millones de personas. Sobre todo en países de bajos y medianos ingresos, debido al rápido aumento de su prevalencia, elevados costos de tratamiento, alta frecuencia de complicaciones e incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular, se estima que en el mundo hay 500 millones de personas con enfermedad renal crónica y en la mayoría de los casos se asocia a la diabetes y la hipertensión arterial¹⁷.

Como se sabe, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un problema serio de salud pública, teniendo un impacto significativo sobre las personas, comunidad y servicios de salud, evidenciado por la alta frecuencia en población general mayor de 20 años, a consecuencia que esta enfermedad evoluciona asintóticamente durante tiempo prolongado y recién es detectado en etapas avanzadas, por lo mismo las personas con IRC presentan alta morbilidad (hospitalización), alto riesgo de injuria renal aguda y mayor morbilidad sobretodo en etapa dialítica¹⁷.

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se deriva de la falla renal crónica que ocurre cuando la función de los riñones disminuye debido a la reducción, y consecuente pérdida, del número de nefronas funcionales. Dada la disminución irreversible y progresiva de las nefronas, los riñones pierden su capacidad de excretar los productos de desecho en la orina y de mantener el balance químico en la sangre, funciones vitales e indispensables para el organismo, por lo que es necesario que la persona diagnosticada con IRCT se suscriba a tratamientos de reemplazo del funcionamiento renal tan pronto se

detecte dicha pérdida, ya que de ese modo se prolonga la vida y se evita la muerte¹⁸.

Por lo general, la falla renal crónica se presenta lenta y paulatinamente, con signos y síntomas sutiles tales como dolores de cabeza frecuentes, aletargamiento generalizado, debilidad excesiva y picazón de todo el cuerpo. Sin embargo, a medida que la falla del riñón se intensifica, es decir cuando su funcionamiento normal ha caído por debajo del 30%, es posible el desarrollo del síndrome urémico, el cual se caracteriza por encefalopatía urémica, neuropatía urémica, demencia, necrosis del tejido suave, pruritos, disturbios inmunológicos, anemia, hemorragias, miocardiopatía, miopatía y disfunción sexual, para finalmente llegar al coma urémico¹⁹.

Se considera daño renal y/o tasa de Filtrado Glomerular cuando es menos de 60 ml/min. El daño renal también es definido por anomalías estructurales o marcadores de daño, incluyendo anomalías en los exámenes sanguíneos o de orina, o en estudios por imágenes. Puede ser: Microalbuminuria o Proteinuria, Hematuria Persistente (descartando causa urológica), anomalías en anatomía patología por biopsia renal y anomalías imagenológicas (en tamaño renal, poliquistosis renal, entre otros)²⁰.

Existen diferentes estadios en la Insuficiencia renal crónica donde se mide la severidad de la enfermedad. Los estadios son ²¹:

Estadio 0: Personas con factores de riesgo de Insuficiencia renal crónica.

Estadio 1: Daño Renal con Filtración Glomerular (FG) normal o aumentado >90 ml/min.=80% creatinina.

Estadio 2: Daño Renal con FG levemente disminuido: 60- 89.9 ml/min.=50% creatinina.

Estadio 3: FG moderadamente disminuida: 30-59.9 ml/min.= 50 – 20 % creatinina.

Estadio 4: Severa disminución del FG: 15- 29.9 ml/min. = 20% creatinina.

Estadio 5: Falla Renal: FG< 15 ml/min. =10% creatinina.

Las dos causas principales de la insuficiencia renal crónica son la diabetes y la hipertensión, que son los responsables de hasta dos tercios de los casos²².

Diabetes mellitus: La causa más frecuente de IRC en los países desarrollados. Se produce afectación renal a partir de los 10 años de evolución de la diabetes, aunque se manifiesta clínicamente a los 20 años. Aparece microalbuminuria (pérdida de albúmina por orina en cantidades mínimas), que evoluciona hacia una proteinuria (pérdida de todo tipo de proteínas), con descenso progresivo de la función renal. Influye en la evolución el control de la diabetes y la aparición de patología acompañantes como la hipertensión arterial²².

Hipertensión arterial: produce una sobrecarga de presión en todo el árbol vascular, ante lo cual los vasos responden fortaleciendo su capa muscular. En el riñón se produce un engrosamiento de la pared de los vasos con disminución de su calibre, dando lugar a isquemia renal, y, por otro lado, se produce una hiperpresión glomerular que somete a un excesivo trabajo al glomérulo²².

Habitualmente suelen asociarse metabolopatías (hiperlipidemia e hiperuricemia) que complican la evolución clínica. Clínicamente aparece como un deterioro progresivo de la función renal con aparición de proteinuria y microhematuria²³.

-Nefroesclerosis, que es el daño al riñón ocasionado por la alta presión arterial.

-Glomerulonefritis es una inflamación de los glomérulos (pequeños vasos sanguíneos del riñón), que usualmente afecta a ambos riñones en la forma crónica, se ve acompañada de afectación vascular e intersticial renal en algunos casos. De origen inmunológico, mediado por anticuerpos contra antígenos renales o de depósito de anticuerpos unidos a antígenos procedentes de otros órganos o sistemas.

-Enfermedad del Colágeno, tal como el lupus, es una enfermedad de auto inmunidad que involucra a otros órganos.

-Nefritis tubulointersticiales procesos que afectan de forma predominante al intersticio -una de las zonas del riñón con destrucción de túbulos y vasos, lo cual da lugar a una isquemia y atrofia renal. Las causas son muy diversas, aunque predominan las tóxicas por abuso de fármacos (sobre todo analgésicos), que producen daño tubular y fibrosis intersticial. Dentro de este grupo se incluiría también a la pielonefritis crónica por reflujo vesicoureteral.

-Uropatía Obstructiva: un bloqueo que puede ser causado por piedras en el riñón o por un defecto estructural congénito.

-Infección Crónica: es la enfermedad más común de los riñones y del tracto urinario. Una infección severa de la vejiga puede llevar a una infección en el riñón. La repetición en las infecciones del riñón puede dar lugar a insuficiencia renal.

-Pielonefritis, es una infección del riñón. Generalmente, la persona también tiene un defecto estructural (genético).

-Enfermedad Poliquística, aparición de quistes que dañan al riñón.

Las características de la persona con diabetes son las siguientes ²⁴:

- Nutrición excesiva y obesidad, puede inducir resistencia a la acción de la insulina.
- Inactividad física, la falta de ejercicio puede alterar la interacción de la insulina con sus receptores.
- Malnutrición
- Eliminación urinaria aumentada
- Estrés grave o prolongado, varios estados de estrés físicos como infecciones, quemaduras guardan cierta relación con la tolerancia a la glucosa inducida por efectos hormonales en el metabolismo de la glucosa, y secreción de insulina.
- En su apariencia hay cambios significativos en la piel, hay mayor prevalencia de piodermas comunes como forunculosis, la carbunulosis y las erisipelas. También las manchas en las piernas de coloración oscura.

Las características de la persona con insuficiencia renal crónica son las siguientes²⁴:

- Alteraciones gastrointestinales: anorexia, náusea, vómito, gastritis, úlcera péptica.
- Alteraciones hematológicas: disminución de la adhesividad plaquetaria, anemia normocítica normocrómica.
- Alteraciones dermatológicas: palidez, prurito, escarcha urémica, y calcificación distrofia.
- Alteraciones cardiovasculares: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva

- Alteraciones neuromusculares: insomnio, fatiga, hiperreflexia osteotendinosa, convulsiones, alteración de los procesos mentales, sopor y coma.
- Alteraciones oftálmicas: retinopatía y ceguera
- Respecto a su tratamiento: cansancio, indicios que querer dejar el tratamiento, molestia.

Por consiguiente, al hablar de diabetes y de insuficiencia renal crónica, hacemos referencia a la enfermedad renal diabética que toma años en desarrollarse. En algunas personas, la filtración de los riñones funciona mejor de lo normal durante los primeros años de padecer diabetes. Con el paso de los años, en las personas que padecen la enfermedad renal, pequeñas cantidades de albúmina empiezan a pasar a la orina²⁵.

Esta primera etapa de IRC se conoce como microalbuminuria. Durante este periodo las funciones de filtración del riñón generalmente permanecen normales. A medida que la enfermedad progresa, pasa más albúmina a la orina. Esta etapa se puede denominar macroalbuminuria o proteinuria. Mientras aumenta la cantidad de albúmina en la orina, generalmente se deterioran las funciones de filtración de los riñones. El cuerpo retiene algunos materiales de desecho cuando la filtración se deteriora²⁶.

Mientras progresa el daño renal, frecuentemente aumenta la presión arterial también. En general, el daño renal rara vez ocurre durante los primeros 10 años de padecer diabetes, y normalmente pasan entre 15 y 25 años antes de que se presente la insuficiencia renal. Las personas que han padecido diabetes por más

de 25 años sin presentar signo alguno de insuficiencia renal corren menos riesgo de sufrirla.

Las personas con diabetes deberían someterse a exámenes periódicos para detectar una posible enfermedad renal. Los dos marcadores principales de enfermedad renal son la eGFR y la presencia de albúmina en la orina²⁶.

eGFR. Esta es la sigla en inglés de “tasa de filtración glomerular estimada”. Cada riñón contiene cerca de 1 millón de pequeños filtros, constituidos por vasos sanguíneos. Estos filtros se llaman glomérulos. La función renal puede evaluarse estimando cuánta sangre filtran los glomérulos en un minuto. El cálculo de la eGFR se basa en la cantidad de creatinina, un producto de desecho que se puede encontrar en una muestra de sangre. A medida que el nivel de creatinina aumenta, la eGFR disminuye.

La enfermedad renal está presente cuando la eGFR es inferior a 60 mililitros por minuto. La Asociación Americana de la Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) y los Institutos Nacionales de la Salud (NIH, por sus siglas en inglés) recomiendan calcular la eGFR a partir de la creatinina sérica al menos una vez al año en todas las personas que padecen diabetes²⁶.

Albúmina en la orina o albuminuria, se mide comparando la cantidad de albúmina con la cantidad de creatinina en una sola muestra de orina. Cuando los riñones funcionan bien, la orina contiene grandes cantidades de creatinina pero casi nada de albúmina. Aun un pequeño incremento de la relación entre la albúmina y la creatinina es un signo de daño renal²⁶.

La enfermedad renal está presente cuando la orina contiene más de 30 miligramos de albúmina por gramo de creatinina, con o sin disminución de la eGFR. La ADA y los NIH recomiendan realizar una evaluación anual de la

excreción de albúmina en la orina, para determinar un posible daño renal, a todas las personas con diabetes tipo 2 y a aquellas personas que hayan tenido diabetes tipo 1 por cinco años o más. Si se detecta una enfermedad renal, ésta se debe manejar en el marco del tratamiento integral de la diabetes²⁶.

Cuando la filtración glomerular es inferior al 15% existe una alta probabilidad de complicaciones que ponen en riesgo la vida. Esta situación se denomina Enfermedad Renal Crónica en estadio 5. A esos niveles resulta imposible la regulación adecuada del volumen extracelular lo que genera un estado de sobrecarga hidrosalina con un riesgo elevado de insuficiencia respiratoria grave por edema de pulmón. El metabolismo mineral se ve gravemente comprometido, es frecuente la aparición de hiperpotasemia con riesgo de arritmias graves incluso parada cardíaca. La intoxicación producida por las toxinas no eliminadas produce anorexia, náuseas, prurito y en algunos casos puede aparecer pericarditis asociada a la grave ERC. Cuando no se pueden controlar estas complicaciones con medicamentos se hace necesario utilizar un tratamiento artificial para sustituir la función renal ²⁶.

Es el momento de elegir entre dos modalidades: la hemodiálisis extracorpórea hospitalaria (HDH) o la diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA). Generalmente la elección la realiza la persona, sin embargo, puede suceder que sea el facultativo el que prescriba la modalidad de tratamiento, por razones médicas. Pueden existir contraindicaciones para la diálisis peritoneal como: cirugía abdominal previa, hernias de gran tamaño o déficit de tipo intelectual o motor que imposibiliten a la persona maniobrar la técnica. En otros casos, cuando hay una deficiente función cardíaca la hemodiálisis no puede ser

recomendada por frecuentes episodios de hipotensión, lo que implica aconsejar el tratamiento con diálisis peritoneal ²⁶.

La tasa de fracaso del tratamiento con DPCA es elevada, un 60% a los 5 años, generalmente debido al deterioro de la capacidad depuradora de la membrana peritoneal. De todas formas es posible realizar el cambio de una modalidad a otra bien por que la persona lo solicite o por razones de tipo médico. Una vez que la persona ha comenzado tratamiento con hemodiálisis o diálisis peritoneal, si sus condiciones lo permiten, es incluido en lista de espera para trasplante renal²⁶.

La Sociedad Peruana de Nefrología, representada por la presidenta Dra. Elizabeth Escudero, estima que en el Perú entre 200 mil y 300 mil personas son portadoras de Enfermedad Renal Crónica (ERC) y más de 2 millones 500 mil de las personas se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad, por lo cual el Seguro Social, que da cobertura a más del 95 % de las personas en diálisis en el Perú, brinda tratamiento a cerca de 4,200 personas²⁷.

Esta técnica de diálisis se inició en humanos en 1960 y ha ido perfeccionándose gracias a un mayor conocimiento de la fisiopatología, y al avance en la tecnología.

Hoy día, en el todo el mundo más de un millón de personas se mantienen vivos gracias a la hemodiálisis. Es la modalidad de tratamiento sustitutivo que más se utiliza al comienzo del tratamiento. Estos componentes forman dos circuitos principales, el circuito de sangre y el de solución dializante. El circuito de sangre comienza en una aguja “arterial” que constituye la entrada de sangre en el circuito, y una línea que lleva la sangre hacia el filtro mediante la propulsión

facilitada por una bomba de rodillo. La sangre transcurre por el filtro y es retornada a la persona por una línea venosa que va desde el filtro hasta la aguja “venosa”. Ambas agujas se utilizan para puncionar la fistula arteriovenosa (A-V), que consiste en la anastomosis de una arteria del brazo con una vena, de tal forma que ésta última se dilata debido a la elevada presión que la arteria inyecta en la vena anastomosada. Esta vena una vez dilatada es fácilmente punccionable y permite un flujo de sangre elevado necesario para lograr una depuración eficaz. En el filtro, es donde realmente sucede el proceso de diálisis, las dos cámaras separadas por la membrana de diálisis, se rellenan una con sangre y otra con una solución dializante. La solución dializante es elaborada por la máquina de diálisis a partir de agua especialmente depurada y una solución concentrada. Esta solución dializante es acuosa y contiene los solutos que interesa que la persona no pierda como sodio, potasio, calcio, magnesio, glucosa y bicarbonato, esto permite que los productos de desecho y otras sustancias que se acumulan en la sangre como fósforo, ácido úrico, urea, creatinina, etc., pasen a la solución dializante²⁸.

Para realizar la hemodiálisis es necesario utilizar una máquina o monitor de diálisis, un sistema con bombas y sensores, un filtro que contiene la membrana y unos tubos que transportan la sangre desde el cuerpo de la persona al filtro y viceversa solución recorre el filtro es desechada por la máquina de diálisis dirigiéndola al desagüe y el circuito de sangre ya depurada retorna al paciente. La dosis de diálisis suficiente para mejorar la supervivencia de las personas se ha investigado mediante diversos estudios, estableciéndose actualmente sesiones de 3-4 horas de duración tres veces por semana.

La persona tiene que terminar cada sesión de hemodiálisis con un peso seco ideal, estimado previamente, para garantizar un volumen de líquido extracelular adecuado, que le permita no hacer un exceso de volumen peligroso en el periodo interdialis. Esto supone una extracción de agua durante la duración de sesión entre 0 a 6 litros²⁸.

Otro tipo de tratamiento es el de diálisis peritoneal utiliza los mismos principios físico-químicos que la hemodiálisis, sin embargo la membrana dializante no es artificial sino que el transporte de productos de desecho se hace a través de una membrana natural llamada peritoneo. El peritoneo es la membrana que tapiza la pared abdominal por su cara interna y la superficie de las vísceras contenidas en la cavidad abdominal, creando un espacio virtual entre las vísceras y la pared abdominal. Esta membrana tiene propiedades parecidas a las membranas sintéticas de los filtros de diálisis. Su semipermeabilidad permite el paso de determinadas sustancias pero retiene otras de acuerdo con el peso molecular de dichas sustancias.

El procedimiento de diálisis consiste introducir en la cavidad peritoneal a través de un catéter una solución estéril y apirogénica con unas concentraciones de electrolitos similares a la sangre junto con un agente osmótico, que casi siempre es la glucosa. El líquido permanece un tiempo variable mientras tiene lugar un intercambio de solutos y paso de agua y sal desde la sangre a la cavidad peritoneal para posteriormente ser drenado al exterior.

Cada procedimiento de renovación de líquido se denomina recambio y consiste en el drenaje hacia el exterior del líquido que ha permanecido dentro de la cavidad varias horas e inmediatamente después la infusión dentro de la

cavidad de líquido nuevo. Este líquido suele tener un volumen de 2 litros y se renueva entre 3 y 5 veces al día. El tratamiento supone la permanencia del líquido en la cavidad peritoneal durante las 24 horas del día, los siete días de la semana²⁸.

El trasplante renal consiste en la inserción quirúrgica de un riñón, donado por una persona viva o por una persona con muerte cerebral, que cumplirá con las funciones que los riñones de la persona solían ejecutar antes de ser afectados por la IRCT. Si bien este tratamiento se presenta como la opción que proporciona los mejores niveles de calidad de vida, no es una cura a la enfermedad pues existe el constante riesgo de rechazo por el accionar del sistema inmunológico. Por esta razón, la persona trasplantada debe tomar medicinas inmunosupresivas que combatan esa posibilidad de rechazo; sin embargo, tales medicinas también ocasionan el debilitamiento del sistema inmunológico, lo que trae consigo otras complicaciones tales como infecciones, tumores y enfermedades cardiovasculares²⁸.

Las personas con enfermedad crónica, como lo son las personas con insuficiencia renal crónico terminal, experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos se encuentran los de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad como el dolor, los cambios metabólicos, las dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos; además de las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos como náuseas, vómitos, somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual, entre otros. El dolor crónico constituye el síntoma frecuente en muchas de estas enfermedades; éste es entendido como aquel dolor que se mantiene durante un período mayor a seis

meses, y su presencia se asocia con dificultades secundarias entre las que se encuentran cambios en la posición socioeconómica, pérdida del trabajo, inseguridad financiera y relaciones disfuncionales²⁹.

Son enfermedades que se caracterizan por su evolución lenta de varios años, pero su característica más importante es que el organismo, a diferencia de lo que pasa con muchas enfermedades agudas, no puede curarse de forma definitiva, la enfermedad se instala y convive con el individuo y va dejando una cantidad progresiva de secuelas, ante esta situación la persona tiene que emplear distintas estrategias de afrontamiento.

El término “afrontamiento” es la traducción castellana del término inglés “coping”, y con él se hace referencia a hacer frente a una situación estresante. La gran mayoría de los autores utiliza este término para referirse a todo un conjunto de respuestas que tratan de reducir las cualidades negativas o adversivas de la situación estresante.

El afrontamiento es considerado como un factor estabilizador, de manera que facilita el ajuste individual y la adaptación cuando se está ante situaciones estresantes. Son muchas las situaciones estresantes y muchas las formas de afrontarlas. Ante fuentes similares de estrés, unas personas se ponen en alerta y vigilantes, mientras que otras intentan negar la situación, distraerse u olvidar, o por el contrario actúan de forma directa y activa para cambiar la situación, o tratan de aceptarla con resignación³⁰.

Lazarus³⁰, sostiene que lo que hace la persona como afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta y del tipo de persona de que se trata, por lo tanto, el afrontamiento debe ser flexible y adaptarse a las necesidades de la

situación y, por su parte, la persona tiene que aprender cómo ajustarse a la nueva situación, implicando una serie de procesos cognitivos y conductuales; por una parte, dependen de la evaluación que realiza el sujeto sobre la situación y, por otra, del uso de estrategias conductuales utilizadas para aliviar la carga que supone el estresor sobre el bienestar psicológico.

Para la conceptualización de afrontamiento, resulta importante considerar tres conceptos claves: (a) no necesita ser una conducta llevada a cabo completamente, sino que también puede considerarse como afrontamiento al intento o esfuerzo realizado; (b) este esfuerzo no necesita ser expresado en conductas visibles, sino que también puede consistir en cogniciones; y (c) la valoración cognitiva de la situación como desafiante o amenazante es un prerrequisito para iniciar los intentos de afrontamiento³⁰.

Desde el modelo de Lazarus y Folkman ³⁰, de afrontamiento del estrés, el afrontamiento se conceptualiza como aquellos esfuerzos cognitivo y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, así como el estado emocional desagradable vinculado a él.

De modo que este se caracteriza por:

- El afrontamiento es considerado como un proceso que cambia a medida que los propios esfuerzos son valorados como exitosos o no, aunque los individuos utilizan predominantemente modos de afrontamiento más o menos estables para abordar el problema.

- El afrontamiento no es automático, es un patrón de respuesta susceptible de ser aprendido.
- Requiere esfuerzo dirigido a manejar la situación o a adaptarse a ella.

Por lo tanto, el afrontamiento está estrechamente relacionado con la evaluación previa realizada por el sujeto, ya que, por ejemplo, si se evalúa una determinada situación como “reto”, es más probable que el sujeto responda de forma directa, y no evitando la situación³⁰.

En la literatura se puede encontrar una gran diversidad de definiciones de afrontamiento, sin embargo, como investigadoras reconocemos al afrontamiento como acciones que realiza la persona para saber solucionar o sobrellevar situaciones adversas que surgen en su vida.

. La clasificación más extendida acerca del afrontamiento, es la propuesta por Lazarus y Folkman (1986), diferenciando: afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción. El primero abarca las acciones directas, hacia el entorno o hacia uno mismo, buscando soluciones, tomando decisiones, buscando soporte y realizando acciones concretas para intentar controlar la situación perturbadora. La segunda corresponde a un afrontamiento más paliativo que persigue manejar o reducir las emociones asociadas a la situación estresante, expresando sentimientos, buscando soporte emocional y reinterpretando positivamente la situación.

Por último, cabe destacar las conclusiones recogidas por Lazarus y Smith tras revisar los estudios de los principales expertos en el estudio del afrontamiento de Lazarus y Folkman en 1984³⁰.

- El afrontamiento es un proceso complejo. Cada persona utilizamos todo tipo de estrategias de afrontamiento, aunque algunos en mayor medida que otros.
- El afrontamiento y la valoración de la situación están íntimamente ligados. Cuando la valoración es positiva predominan las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, mientras que si la valoración es negativa predominan las estrategias centradas en la emoción.
- La utilidad de una estrategia de afrontamiento variará en función de la situación concreta o de la personalidad del individuo.
- Generalmente, los afrontamientos poco efectivos están relacionados con estrategias como la evitación, confrontación, auto-inculpación, mientras que las estrategias como la planificación de resolución de problemas suele tener efectos más satisfactorios.

Por lo tanto, el afrontamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de la vida estresante y síntomas de la enfermedad. El afrontamiento actúa como regulador de la perturbación emocional. Si es efectivo, no se presentará dicho malestar, en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad³⁰.

Las estrategias de afrontamiento se manifiestan por un conjunto de respuestas tales como: pensamientos, sentimientos, acciones que están dirigidas a la búsqueda o restablecimiento del equilibrio con el objetivo de resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan o en caso contrario alejarse y desentenderse, para seguir adelante con su vida, poniendo en paralelo su enfermedad y la vida cotidiana³¹.

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones³².

La escala de Modos de Afrontamiento de Folkman y Lazarus ³³, es un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas):

- Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
- Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
- Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
- Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
- Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.

- Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.

- Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

- Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

Lazarus y Folkman, afirmaron que cuando las personas inician un programa de hemodiálisis atraviesan diversas fases de aceptación de la enfermedad y su tratamiento, clasificadas en cuatro³⁴:

La primera fase o periodo de pre- tratamiento, es cuando las personas experimentan dolor por la pérdida de salud y la amenaza de muerte; en esta fase se emplea la estrategia de afrontamiento centrada al problema, la cual es la confrontación, pues la persona manifiesta distintas acciones en su intento de solucionar la situación.

La segunda fase o etapa de iniciación de la diálisis con desplazamiento hacia el equilibrio fisiológico, en donde las personas se manifiestan apáticos, somnolientos, quizá eufóricos ante el alivio que sienten, aumento de ansiedad, y desamparo. En esta fase, se emplea la estrategia de afrontamiento centrada a la emoción, la cual es el distanciamiento, en donde la persona intenta desligarse del problema.

La tercera fase o la de convalecencia, en la cual las personas se sienten físicamente débiles, ansiosas, con vómitos y dolores de cabeza prolongadamente, presentando pérdida del libido, depresión, etc; empleándose

la estrategia de afrontamiento centrada a la emoción, específicamente la estrategia de escape-evitación, en donde la persona emplea un pensamiento infructífero para que por un momento se olvide de su problema.

La última fase o periodo de esfuerzo para conseguir la normalidad, las personas se encuentran con problemas de cambio de estilo de vida, ya que tienen restricciones en la dieta, reciben medicamentos, diálisis y complicaciones del tratamiento. En esta fase, se emplea la estrategia de afrontamiento centrada en el problema, cuya estrategia es la de planificación, donde la persona va en búsqueda de soluciones a su problema.

Las estrategias de afrontamiento como las redes de apoyo social y el funcionamiento familiar, son mecanismos que intervienen en la regulación y adaptación a la enfermedad renal y facilitan el ajuste psicológico de la persona. Lo cual es particularmente importante en las personas sometidas a hemodiálisis, quienes, a diferencia de las personas en diálisis peritoneal, perciben un estado de salud y bienestar más deteriorado, un mayor detrimento en la calidad de vida y hacen un uso inadecuado de las estrategias de afrontamiento³⁵.

El afrontamiento según Roy son los esfuerzos comporta-mentales y cognitivos que realizan las personas para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad³⁶.

Afirma que la persona tiene un rol activo en el cuidado debido a que es un ser biopsicosocial que interactúa constantemente con el entorno cambiante. Es una persona que utiliza mecanismos de afrontamientos innatos y adquiridos para enfrentarse contra los agentes estresantes durante la enfermedad, por esto es que

para ella la salud se considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo³⁷.

Asimismo define a la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. La enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación. Donde la salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible³⁷.

El ambiente para Roy, son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y conducta de la persona. Estas condiciones las identifica como estímulos. Un estímulo lo define como el que provoca una respuesta. Son el punto de interacción del sistema humano y el ambiente. La teorista identifica tres tipos de estímulos: focal, contextual y residual. Los estímulos focales son los cambios con los que se enfrenta inmediatamente la persona y requiere de toda su atención y energía en un momento determinado. Los estímulos contextuales son todos los otros estímulos presentes en la situación que pueden contribuir al efecto del estímulo focal. Los estímulos residuales son aquellos cuyos efectos son inciertos en una situación dada e involucran las creencias y actitudes sobre los que la persona no tiene conciencia por lo que no se pueden investigar³⁷.

Bajo este paradigma de cuidado; la enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, siendo los componentes psicológicos de los enfermos orgánicos un trabajo difícil para los profesionales de la salud al enfrentarse a enfermedades graves orgánicas y sus angustiantes consecuencias para la persona y sus familiares, por lo que se debe tener en cuenta el aspecto emocional en el vínculo enfermera-persona, elemento esencial en la influencia terapéutica sobre la persona²⁹.

La adecuación exitosa requiere que la persona sea capaz de desempeñarse de manera adaptativa. Los problemas de las personas en hemodiálisis, pueden ser por la insuficiencia renal o por el tratamiento, teniendo una vivencia singular de la enfermedad, vivencia que dependerá de su historia de enfermedad, de sus características personales y de su entorno familiar.

El impacto de la enfermedad para estas personas tiene relación con las perturbaciones en el estilo de vida, cambios anatómicos y funcionales y las discapacidades que se van produciendo, por los constantes tratamientos invasivos a los que son sometidos, la terapia farmacológica y restricciones alimenticias, lo cual genera estrés, angustia y desasosiego en la persona, familia y entorno, siendo primordial la atención por parte de la enfermera, la evaluación de los estímulos negativos para incidir en ellos e identificar los positivos para potencializarlos²⁹.

El Modelo de Callista Roy, también establece cuatro modos de adaptación:

-Modo fisiológico y físico de adaptación: El modo fisiológico “está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos”. La necesidad básica del modo fisiológico es la integridad fisiológica. Las necesidades que se identifican en este modo se relacionan con la necesidad básica de la integridad fisiológica; oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo y protección. El modo de adaptación físico es “la manera con la que el sistema de adaptación humano manifiesta su adaptación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a las fuentes económicas”. La necesidad básica del modo de adaptación físico es la integridad operativa.

-Modo de adaptación del auto concepto de grupo, este modo “se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo”. Sus componentes son : 1) el yo físico, que engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo, y 2) el yo de la persona, que está formado por la constancia, los valores o expectativas, y la moral, la ética y la espiritualidad del ser.

El modo del auto concepto de identidad de grupo refleja “cómo se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno. El modo del auto concepto de identidad de grupo se compone de las relaciones

interpersonales, la imagen que tiene del grupo, el entorno social y la cultura”. La necesidad básica de la identidad de grupo es la integridad de la identidad.

-Modo de adaptación de función de rol: este modo “es uno de los dos modos de adaptación social, y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar”.

-Modo de adaptación de la interdependencia: este modo se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento³³.

Según Callista Roy³⁷, la intervención de enfermería se centra en los estímulos que influyen en el comportamiento o la capacidad de afrontamiento hacia los estímulos positivos para que pueda haber una mejor adhesión al tratarse y no abandonar, utilizando lo que la persona brinde con respecto a la parte subjetiva y psicológica del ser, ayudando a que no encuentre la enfermedad como una limitación y abandono de sí mismo, sino un medio para mejorar e interactuar y

sobreponerse a lo real, de modo que encuentre un sentido bien orientado hacia su nueva vida.

Las investigadoras consideraron fundamentarse en el Modelo de Adaptación de Callista Roy, pues esta teórica, refiere que toda persona que es sometida a situaciones negativas en su vida, como el de enfrentarse a una enfermedad terminal y su tratamiento, debe adaptarse a esta situación, empleando distintas estrategias de afrontamiento, para poder tolerar esta situación y no generar efectos nocivos en la persona.

2.3. Marco contextual

El Centro de diálisis de Chiclayo el cual es escenario de nuestra investigación, es una institución fundada hace 20 años. Cuenta con 5 nefrólogos, 9 enfermeras especialistas en Nefrología, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 asistente social, 8 técnicas de enfermería, 1 técnico de sala de rehidratación, 1 técnico de almacén, 4 técnicos de máquinas y 3 personales de limpieza.

Cuenta con 7 ambientes los cuales están distribuidos de la siguiente manera: Admisión, tópico, cuarto séptico, cuarto limpio, área de cebado, sala de rehidratación y sala de módulos. En el último ambiente mencionado, se realiza el procedimiento de hemodiálisis, contando con 2 módulos, de los cuales cada uno de ellos tiene 5 camas, estando bajo la supervisión de 1 enfermera y 1 técnica de enfermería.

Esta institución atiende a 76 personas de ambos sexos, que fluctúan entre 20 y 80 años, de los cuales 22 cuentan con seguro de la policía (SALUDPOL) y 54 cuentan con seguro integral de salud (SIS), este último se encarga de financiar atenciones de salud en personas con enfermedades de alto costo donde está

considerada la insuficiencia renal crónica terminal; quienes provienen de distintos distritos de Chiclayo, y en un menor porcentaje provienen de distintos departamentos de la Costa Norte y la Sierra Norte del Perú.

Presenta 4 turnos diarios los cuales están distribuidos de la siguiente manera: el primer turno es de 6:00-9:30, el segundo de 10:30-14:00, el tercero de 15:00-18:30 y el último turno de 19:00-22:30, antes de empezar cada turno se realiza la desinfección del ambiente alrededor de 45 minutos.

MARCO METODOLÓGICO

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cualitativa ya que abordó diversos aspectos acerca de las personas que suelen enfrentarse ante una situación crítica, en este caso el tratamiento de hemodiálisis en personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal de un centro de diálisis de Chiclayo - 2017.

Blanca Vanegas³⁸ refiere que la investigación cualitativa recalca aspectos de fenómenos a profundidad y de manera holística, mediante la colecta de material narrativo y empleando un diseño de investigación muy flexible; es un tipo de investigación que ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo

acerca de lo que las personas piensan y sienten, es de índole interpretativo y se realiza con grupos pequeños de personas cuya participación es activa durante el proceso.

Esta investigación es de tipo cualitativa, ya que el objetivo estuvo enmarcado en comprender las estrategias de afrontamiento en personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal de un centro de diálisis de Chiclayo - 2017.

3.2. Abordaje de la investigación

La presente investigación tuvo como abordaje el estudio de caso, el cual se desarrolla en una situación natural, es rico en datos descriptivos, con un plan abierto y flexible y enfocando la realidad de forma compleja y contextualizada.

El estudio de caso cuenta con tres fases³⁹:

La primera fase

La fase exploratoria comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos, que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestren más o menos relevantes en la situación estudiada.

Estas preguntas o puntos críticos iniciales pueden tener origen en el examen de la literatura pertinente, será el producto de observaciones y declaraciones hechas por especialistas sobre el problema, pueden surgir de un contacto inicial con la documentación existente y con las personas ligadas al fenómeno estudiado

o pueden ser derivadas de especulaciones basadas en experiencias del personal investigador.

En nuestro caso, al tener contacto en nuestra práctica pre profesional con personas con hemodiálisis, fuimos conociendo la problemática que viven estas personas en su día a día, al someterse a un tratamiento no curativo, surgiéndonos preguntas anteriormente mencionadas, y motivándonos a realizar esta investigación.

La segunda fase

Es la delimitación del estudio, en el cual las investigadoras procedieron a recolectar sistemáticamente información, utilizando instrumentos semiestructurados con una guía de entrevista, la cual tuvo preguntas relacionadas al objetivo de nuestra investigación.

La tercera fase

Es el análisis sistemático; ya que en la primera fase surgió la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que se manifieste sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado; esos “borradores” pueden ser presentados a los interesados por escritos o constituirse en presentaciones virtuales, auditivas, etc. En la presente investigación, una vez obtenidos los datos se procedió a analizar la información obtenida.

Previo a las entrevistas se les dio a conocer a las personas de estudio el motivo de la intervención y se les explicó que la entrevista era anónima, con fines investigativos lo cual no vulneraba sus derechos y privacidad, estando de

acuerdo firmaron el consentimiento informado con lo que se procedió a la entrevista.

3.3.Población y muestra

Población:

La población estuvo conformada por 20 personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal de un centro de diálisis de Chiclayo, durante el mes de septiembre del 2017.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Personas entre 50 a 80 años que padecen de diabetes e insuficiencia renal crónica terminal.
- Personas que aceptaron participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.
- Personas que cuenten con seguro integral de salud (SIS)

Criterios de exclusión

- Personas que padecen de otros tipos de enfermedades.
- Personas con dificultad para comunicarse.

Muestra:

La muestra estuvo conformada por 18 personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal, fue delimitada mediante la técnica de saturación y redundancia, es decir que cuando se inició la investigación, las primeras entrevistas proporcionaron mucha información nueva acerca de las estrategias de afrontamiento a este tratamiento y se aproximó a una realidad

nueva y desconocida para las investigadoras. A medida que se avanzó, mucha de esta información inicial se fue repitiendo ya que en algunos casos tuvo la misma respuesta frente a las estrategias de afrontamiento. Y llegó un momento en que se fue repitiendo aquello que ya se sabe. En ese momento es cuando se produce la saturación.

3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de la información se utilizó como técnica la entrevista semi-estructurada que consistió en hacer preguntas abiertas que dieron la oportunidad de recibir más matices de la respuesta, permitiendo profundizar e ir entrelazando temas y como instrumento la guía de entrevista, en ella se consignaron preguntas que permitieron obtener información sobre la temática⁴⁰.

3.5. Análisis de datos

Se utilizó el análisis de datos, el cual según Lupicinio citado por Nisbet⁴¹ es el más utilizado, se trata de descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía, es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existan entre éstas en función de criterios preestablecidos.

El análisis temático comprende tres etapas⁴²: la primera etapa denominada pre análisis; consiste en la organización del material a analizar, en la que se diseña y definen los ejes de plan que permitirá examinar los datos y realizar efectivamente el análisis de contenido. En esta etapa se tuvo en cuenta la revisión

de la información recolectada a través de la entrevista procediendo luego a la transcripción palabra tras palabra de manera fidedigna, en el programa de Microsoft Word, de cada uno de los discursos previa asignación de un seudónimo para proteger la identidad de los entrevistados, posteriormente se hizo la lectura de la información permitiéndonos la familiarización de las investigadoras con el contenido y la diferente información vertida según las declaraciones de los entrevistados.

La segunda etapa de codificación; consiste en realizar una transformación de los “datos brutos”, es decir el material original, a los “datos útiles”. Las operaciones implicadas en esta etapa serán las fragmentaciones del texto, o sea el establecimiento de unidades de registro y la categorización de elementos. Así mismo en esta etapa se realizó la lectura y relectura de los discursos, y se buscaron las unidades de significado de los discursos y las observaciones no participativas, a cada unidad de significado se le identificó con un seudónimo y la edad de la persona investigada, y aquellas unidades que no encajaron dentro de algunas categorías se agruparon en otro espacio.

Finalmente, la tercera etapa es la categorización, en la cual se organizó y clasificó las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización fue el semántico, es decir, se agrupó las unidades por similitud en cuanto a su significado, formando subcategorías, estas en conjunto formaron las categorías para un mejor estudio y entendimiento del tema. Siendo necesarias varias y sucesivas lecturas para poder encontrar

convergencias y divergencias. Procesándolas de acuerdo a la trayectoria metodológica descrita y luego se analizará.

3.6.Rigor científico

Esta investigación se fundamentó en los siguientes criterios⁴³:

Validez: El instrumento se ha formulado en base al marco teórico, buscando que mida la variable de estrategias de afrontamiento al tratamiento de hemodiálisis en personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal.

Confiabilidad: la información brindada por las personas con tratamiento de hemodiálisis que participaron de la investigación no fue alterada ni manipulada por las investigadoras.

Confidencialidad: en el trabajo de investigación se mantuvo en todo momento el anonimato de los participantes, colocándole un seudónimo a cada persona.

Auditabilidad: es la habilidad de otro investigador de seguir la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario contar con un registro y documentación completo de la investigación. Esta estrategia permitió que otro investigador examine los datos obtenidos durante la presente investigación y pueda llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando tengan perspectivas similares.

3.7. Principios éticos

La presente investigación se rige mediante los siguientes principios éticos⁴³:

Principio de beneficencia: El presente informe de investigación procuró aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible. Asimismo todos los datos obtenidos mediante la entrevista realizada no se extendió a otra finalidad que no haya sido la establecida al momento de su recopilación, tampoco fueron alterados o modificados, proporcionando así datos fidedignos para que pueda ser utilizado como base para investigaciones futuras.

Principio de libertad: Los investigados tuvieron derecho a decidir libremente si desean participar o no en la investigación a realizar, por lo cual se les solicitó que firmaran un consentimiento informado, evidenciando así la no coacción de su participación. Estuvieron en la libertad de dar por terminada su participación en el momento que crean preciso y de rehusarse a dar cierta información.

Principio de igualdad: Los investigados fueron tratados de manera adecuada, sin restricciones en la información a brindar ya sea por motivos de raza, idioma, condición social o económica, religión, preferencia sexual, entre otros.

Principio de respeto: Fue respetada toda opinión y decisión de los participantes de esta investigación.

Principio de no maleficencia: Este principio se complementó y trabajó conjuntamente con el principio de beneficencia, para adquirir su pleno sentido ante la búsqueda del bien, lo que conllevó necesariamente a evitar el mal, prevaleciendo así el beneficio sobre el perjuicio.

Principio de justicia: Todos los que participaron en esta investigación fueron incluidos en los estudios por igual, trabajando así de la mano con los demás principios ya mencionados. Por lo tanto, esta investigación se realizó no sólo en la comprensión y reconocimiento de los principios sino también en la búsqueda efectiva de las consecuencias buenas de todo nuestro actuar investigativo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante nuestra visitas al centro de Diálisis de la provincia de Chiclayo, se recolectó datos correspondientes a las entrevistas, los cuales fueron procesados y analizados respondiendo al objetivo planteado de la investigación, para ello se tomó en cuenta las entrevistas de 18 personas que pertenecían al Centro de Diálisis. El análisis de los discursos permitió determinar las siguientes categorías y subcategorías:

CATEGORÍA I: UTILIZANDO ESTRATEGIAS CENTRADAS EN EL PROBLEMA

CATEGORÍA II: UTILIZANDO ESTRATEGIAS CENTRADAS EN LA EMOCIÓN

CATEGORÍA III: CONTANDO CON SISTEMAS DE APOYO PARA AFRONTAR EL TRATAMIENTO

3.1 Aceptando el apoyo de la familia

3.2 Aceptando el apoyo profesional

3.3 Buscando apoyo espiritual

El análisis de las preposiciones para develar el fenómeno en estudio es decir: las estrategias de afrontamiento al tratamiento de hemodiálisis en personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal, se detalla a continuación:

CATEGORIA I: UTILIZANDO ESTRATEGIAS CENTRADAS EN EL PROBLEMA

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se manifiestan cuando la persona busca modificar la situación existente, ya sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza, tratará de confrontarse directamente al problema que causa el estrés mediante una adecuada toma de decisiones, solución de problemas o la acción directa sobre la fuente de estrés, son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar, incluyendo respuestas de búsqueda de información y resolución de problemas y acciones para cambiar las circunstancias que crean el estrés.⁴⁴

Al principio resulta temeroso cuando hablan de algo terminal o crónico, pero al paso del tiempo las personas se acostumbran y el tratamiento forma parte de una rutina, además de ser una solución inmediata para sobrellevar la enfermedad, como lo plantea la siguiente unidad de significado:

“Me dijo que mientras dormida me había hecho unos análisis y que habían salido que tenía una insuficiencia renal crónica terminal le pregunte por la solución y me dijo ponerte un catéter y por ahí te vamos a dializar, le pregunté si para siempre y me dijo que sí o hasta que encuentres un donador, como eso era mi solución de frente les dije que lo haga, y dije: vamos para delante pues. (Dorado)”

La capacidad para afrontar cualquier demanda negativa del ambiente, en este caso depende en su gran mayoría por habilidades internas del individuo, no todos reaccionan de la misma manera en una situación desventajosa de la vida.

Las estrategias centradas en el problema se presentan cuando la persona busca cambiar la relación existente, ya sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza; predomina la acción que trata de manejar o controlar la fuente generadora de estrés.

Dentro de las estrategias centradas en el problema, encontramos al autocontrol y a la confrontación, siendo esta última, también conocida como estrategia de afrontamiento activo, una estrategia que implica la supresión del evento estresante y/o la disminución de sus efectos mediante la acción directa. La evidenciamos en el siguiente discurso:

“Cuando me enteré en lo que consistía la hemodiálisis, me sentí muy mal, no quería vivir; cuando el doctor me dijo que era buena para mí y podía vivir más tiempo con mi familia, acepté el tratamiento, y hasta ahora no me arrepiento de esta decisión” (Celeste)

Las personas que utilizan estrategias orientadas al problema son los que manifiestan menor ansiedad preocupación y menos indefensión, soportan mejor las limitaciones físicas y expresan más adherencia al tratamiento, lo que revela una negociación con la enfermedad, en un proceso de reevaluación y un sentimiento de que las cosas se pueden hacer.³¹

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, que utiliza los pacientes son las estrategias de afrontamiento activo ya que los pacientes se dedican a disminuir los efectos de la enfermedad mediante acciones directas como esforzarse mucho y seguir paso a paso las indicaciones médicas con tal de superar su enfermedad.³¹

CATEGORIA II: UTILIZANDO ESTRATEGIAS CENTRADAS EN LA EMOCIÓN

Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se dirigen a disminuir o eliminar reacciones emocionales desencadenantes por la fuente estresante, ésta asume que la situación tiene una condición estresante que es inmodificable y por ello centra toda su atención en disminuir el malestar emocional que se va a generar, tratan de controlar la emoción causada por el estrés, son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema (por ejemplo, mediante técnicas de relajación). Estas estrategias de afrontamiento surgen en su mayoría cuando el sujeto evalúa que no puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas.

Las personas con tratamiento de hemodiálisis tienen que descubrir las limitaciones impuestas por su enfermedad y deben aprender a reevaluar su vida y apreciar otras cosas, planear nuevas metas y reestructurar las prioridades.

Las creencias positivas, la esperanza, puede ser alentadoras por la convicción de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona, o un programa resultaran eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad de Dios. Como lo evidenciamos a continuación:

“Yo no me creo que estoy enfermo yo me creo que estoy sano...” (Beige)

“Tengo fe de que este tratamiento va a permitir que yo viva más tiempo con mi familia...” (Azul)

Frente a todos estos acontecimientos las personas perciben un cambio de actitud frente a la enfermedad, después de pasar por un proceso de depresión, la persona comienza a darse cuenta de sus errores y cambia su comportamiento, tal parece que el proceso de enfermedad por el que está pasando le ha ayudado a darse cuenta de algunos deslices y trata de mejorar aún más los comportamientos que ha tenido anteriormente.

Cada uno de nosotros es responsable de sus propias actitudes, si mis actitudes son mi propia creación la única persona que las puede cambiar soy yo misma. Creamos nuestras actitudes para entender el mundo que nos rodea. Las actitudes por lo tanto son hábitos internos que cada individuo posee y que en su mayor parte son inconscientes, pero reflejan lo que realmente necesita hacer el hombre para sentirse satisfecho o bien consigo mismo, nadie actúa en contra de sí, siempre el hombre busca lo mejor para él, evitando el daño, pues nadie quiere ser infeliz, al menos que éste no se dé cuenta de las cosas que está haciendo, es el único que puede dar marcha atrás si lo cree necesario. Y esto lo evidenciamos en el siguiente discurso:

“No me deprimí por la enfermedad porque era consciente que no me cuide desde un comienzo, ahora sigo adelante llevando mi tratamiento” (dorado)

Cada uno es responsable de sus propias actitudes, el hecho de padecer una enfermedad hace que muchas veces la persona cambie su forma de ser. Este proceso de cambio de alguna u otra forma puede ayudarlo o llevarlo al fracaso dependiendo de la actitud que tenga, ya que el mismo hecho de estar alterado provocaría un desequilibrio de su salud, atrasando su recuperación y dificultando la convivencia armónica con su familia.

Al iniciarse la enfermedad los individuos sienten temores, incertidumbre con respecto a la terapéutica y a la enfermedad que poseen.

Como se manifiesta en la siguiente unidad de significado:

“Me dio nervios, porque me dio miedo de lo que me podía pasar luego”

(Marrón)

El miedo es la respuesta emocional más poderosa con la que cuenta la especie humana y, en general, todas las especies animales. Su función es la de favorecer la huida ante un peligro. Por eso decimos que sentir temor es algo natural e incluso útil. El problema surge cuando esta respuesta aparece en situaciones no peligrosas o cuando la respuesta resulta incapacitante.

De acuerdo a las teorías revisadas decimos que las personas que padecen insuficiencia renal crónica terminal, viven en una continua amenaza de su vida, esto hace a que la persona permanentemente presentando diferentes estados de ánimo, como es el miedo, pudiendo incluso aislarse del grupo familiar.

Al respecto, Aldwin y Taylor sostienen que la efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se logra al aceptar las limitaciones y pérdidas que ésta impone y al mantener un balance entre sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo.

CATEGORIA III: CONTADO CON SISTEMAS DE APOYO PARA AFRONTAR EL TRATAMIENTO

Hobfoll y Stoke, ofrecen una interpretación amplia e integradora del mismo, definiéndolo como “aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada”, en las enfermedades renales, cada individuo manifiesta estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de su enfermedad, los cambios que esta impone y las exigencias de los procedimientos diagnósticos a los que debe someterse, la percepción y evaluación que hace de su pronóstico y el impacto que trae para su vida actual, hace relevante pensar en la necesidad y búsqueda de apoyo para conllevar esta condición⁴⁸.

3.1. Aceptando el apoyo de la familia

En todo el proceso de enfermar, influye de manera importante la familia, la cual como principal ente socializador del individuo, transmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción de salud y de enfermedad. Es precisamente este grupo social conjuntamente con el Apoyo Social lo que se investiga en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Terminal, pues es conocida la función fundamental de la familia como generadora de Apoyo Social a sus miembros, ya que es el primer grupo humano donde se desarrolla el individuo y con el cual se establecen vínculos más estrechos y de donde los sujetos aspiran a recibir la mayor fuente de apoyo.

Cuando a una persona le diagnostican insuficiencia renal crónica terminal, se observa un ajuste basado en nuevas prácticas para así lograr acomodarse al tratamiento, en esta adaptación también se ve incluida la familia, resultado ser la principal fuente de apoyo, la cual se ve inmersa en todo este proceso de enfermedad y tratamiento, esto se puede evidenciar en las siguientes unidades de significado:

“Ahora paro con mi familia y para que agradezco mucho a mi familia porque ellos son los que me apoyan. (Amarillo)”

“Mis hijas mis nueras me ayudan, tengo 20 nietos, ya están jóvenes, todos ellos me ayudan, me dan bastante apoyo y allí estoy con ellos. (Negro)”

Como se puede observar algunas personas buscan el apoyo familiar como estrategia de adaptación al tratamiento y así poder salir adelante.

En este sentido, las estrategias de afrontamiento familiar pueden potencialmente fortalecer y mantener los recursos de la familia con el fin de protegerla de las demandas de las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica, manifestado en la comunicación, los vínculos, la promoción de una autoestima positiva en sus miembros, etc. Las estrategias de afrontamiento se constituyen en variables mediadoras de la cohesión y la adaptabilidad de la familia.

A través de los discursos antes mencionados se dejan en evidencia que la actuación frente a sus actuaciones estresantes es recibir apoyo de sus familiares el cual es de gran ayuda, más aun si este es brindado por personas muy significativas para ellos, como son sus familiares, quienes brindan apoyo físico como un abrazo, masaje, o brindar cariño.

También en el aspecto psicológico pues vemos como esto a través de este apoyo dan solución a las situaciones agobiantes, a través de un consejo que se les puede brindar por parte de una persona exterior al problema, que se evidencia en los siguientes discursos referidos:

“Y yo estoy allí para también darle apoyo que ella necesita como su hija y también mis hermanos también, la familia que estamos con ella... estoy con ella, converso con ella y se queda con mi familia, no se queda sola.” (Familiar – Negro)

“Lo apoyo, lo traigo, converso con él, lo hago que se sienta bien que no se esté preocupando. (Familiar – Rosado)”

“Le damos un apoyo al 100% en su alimentación, estamos con los especialistas, a veces esta con anemia y la llevamos al hematólogo y así estamos con ella le tratamos de dar un cuidado general... Ella anímicamente a veces esta triste decaída pero nosotros como hijos le hacemos distracción la sacamos a pasear le decimos a la psicóloga ella nos da las pautas y las complementamos y así estamos con ella y su tratamiento” (Familiar – Lila)

La familia, a menudo proporciona apoyo fomenta una serie de creencias, aptitudes y normas de comportamiento que pueden ayudar a la persona a afrontar con eficacia las distintas situaciones estresantes que se presenta⁴⁹.

3.2. Aceptando el apoyo profesional

En la literatura científica, una de las variables modulares o condiciones del afrontamiento y la adaptación es el apoyo social.

El apoyo social es un concepto de muchos componentes, un conjunto de diferentes significados y explicaciones que trata de generar bienestar a la persona que lo recibe el cual es dado por cualquier persona en nuestro caso brindado por el profesional de enfermería, como se evidencia en las siguientes unidades de significados:

“Las enfermeras nos tratan bien, porque yo entro con 20 de presión y ellas están al tanto conmigo porque cuando ya estamos por terminar se me baja la presión demasiado pero ellas están allí con nosotros, pendientes con nosotros nos tienen bastante cuidado aquí., Pero gracias que nos dan acá nuestro apoyo, entonces sientes un poco de aliento...” (Verde)

“Ellas me han ayudado bastante, con mi tratamiento con mis problemas que les cuento, siempre me apoyan (llora)” (Celeste)

En las manifestaciones brindadas por las personas entrevistadas se muestran como es el apoyo que reciben por parte del profesional de enfermería, colocando a este como un medio para conseguir liberarse o enfrentar las situaciones que viven durante el tratamiento de hemodiálisis

Se ha encontrado estudios que describe y explican como este apoyo resulta de gran beneficio para el ajuste, salud y bienestar de personas con problemas que les genera estrés, permitiéndoles una mayor adaptación a la situación y brindándoles recursos efectivos para su afrontamiento.

Es evidente la necesidad de contar con un soporte tanto emocional como cognitivo por parte del profesional de enfermería, utilizándolo como una variable personal que los ayuda a tener o descubrir soluciones ante situaciones que les agobie y genere estrés. Siendo esta una característica de la utilización de estrategias de afrontamiento que las personas con tratamiento de hemodiálisis desarrollan para sobrellevar su situación. Este apoyo se sustenta en dos pilares, por un lado se puede hablar de la objetividad y de la subjetividad del concepto, diferenciando el apoyo social obtenido y los apoyos sociales experimentados; ambos son fundamentales para la persona y repercuten sobre su bienestar⁵⁰.

3.3. Buscando apoyo espiritual

Esta propuesta incluye la estrategia “Apoyo espiritual”, donde el fenómeno más saliente es el de la sugestión (confiar en un curandero o líder espiritual, rezar y “Dejar que Dios se ocupe del problema”), y técnicas metafísicas que se centran directamente en el poder mental (el poder del pensamiento): Visualizaciones, Afirmaciones, Peticiones, Decretos u Oraciones⁵¹.

Esta estrategia de afrontamiento es vista como una facultad del individuo para salir adelante y reducir el malestar ante el estrés.

Las plegarias llevadas a cabo en forma individual como también realizadas en forma colectiva, permite que un sujeto religioso reafirme su fe en su religiosidad, su conciencia en Dios o en los seres superiores en los que cree; todo

lo cual, posibilitara un afrontamiento más eficaz del problema asociado, tal como se evidencia en las siguientes manifestaciones:

“Solamente pido a Dios que me dé fuerzas para seguir viviendo” (Verde)

“Gracias a los evangélicos, y a que Dios me cambió” (Beige)

Numerosos estudios han sugerido que la espiritualidad es una necesidad del paciente en situaciones de final de vida. A través de la espiritualidad, el paciente se cuestiona el sentido, el significado, el propósito y la trayectoria de su propia vida, o de su enfermedad. A menudo, también, la espiritualidad se convierte en el principal recurso del que dispone el paciente para afrontar el dolor y el sufrimiento, la evolución de su enfermedad y sus consecuencias. Diversos investigadores, clínicos y organismos sostienen que la evaluación de la espiritualidad y su atención son aspectos de suma relevancia en el cuidado integral del paciente con problemas graves de salud o con enfermedades con compromiso vital. En muchos casos, tanto los pacientes en cuidados paliativos como sus familias recurren a la espiritualidad, o a la religión, como recursos de afrontamiento positivo para hacer frente a su situación y desean que los profesionales sanitarios exploren y atiendan sus necesidades de tipo espiritual.

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

CONSIDERACIONES FINALES

Luego del análisis profundo que se realizó, en el cual se pretendió comprender de manera exhaustiva toda y cada una de las manifestaciones brindadas por las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal, acerca de las estrategias de afrontamiento que tienen ante el tratamiento de hemodiálisis, se llegó a las siguientes consideraciones finales:

- Las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal con tratamiento de hemodiálisis, en su mayoría, utilizaron las siguientes estrategias:

Centradas en el problema: afrontamiento activo o confrontación

Centradas en la emoción: aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva.

- También se observó que la estrategia más empleada fue la búsqueda de apoyo social, encontrándose como principal fuente de apoyo social a la familia, en donde se brinda amor, empatía, comprensión y tolerancia que ayuda a que sea posible la realización del bienestar emocional interno de la persona.

RECOMENDACIONES

Se sugiere que la presente investigación sirva para estudios posteriores, para poder llegar a comprender las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis.

A la institución:

- Elaborar un plan anual de autoayuda para las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, mediante terapias ocupacionales que les permitan sentirse útiles, activos.

Al equipo multidisciplinario de salud:

- Deben crear espacios donde valoren y promuevan la expresión de los sentimientos, pensamientos, inquietudes, expectativas y condiciones actuales de las personas diabéticas con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis, donde se proporcionen elementos para fomentar un adecuado empleo de estrategias de afrontamiento positivas.

- Fortalecer la educación elaborando sesiones y capacitaciones de manera permanente y continua a la familia, sobre temas de estrategias de afrontamiento para poder sobrellevar la enfermedad y su tratamiento.

A la familia de las personas con tratamiento de hemodiálisis:

- Implementar estrategias que permitan al principal cuidador de personas con tratamiento de hemodiálisis, participar activamente en la mejora de sus hábitos y estilos de vida tratando de que ellos sean partícipes en alentar en su tratamiento y disminuir tensiones emocionales en su familiar cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pérez P. Diabetes: Un problema de Salud pública. [Monografía En Internet] Nefrología Perú; 2015. [Consultado 08 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://nefrologia.com.pe/noticias.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles. [Internet]. Suiza; 2014 [Consultado 08 de mayo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf
3. Romero E., Martínez B., Makaiza E., Guarín A. Afrontamiento y Adaptación de pacientes en Hemodiálisis y Diálisis. Portal de Revistas Universidad Nacional de Colombia. [Revista On-Line]. Cartagena;

2013. [Consultado 08 de mayo de 2016] XXXI (1): 32-41. Disponible en:

<http://Www.Revistas.Unal.Edu.Co/Index.Php/Avenferm/Article/View/42172>

4. Loza C. La Enfermedad Renal Crónica en el Perú, Epidemiología e Impacto de la Salud Pública. [Boletín Epidemiológico]. Ministerio de Salud; 2014 [Consultado 08 de mayo de 2016] III (23): 36-38. Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>
5. Equipo Periodístico ABC. Enfermedad Renal Crónica. [Artículo Virtual]. Mayo. 2013 [Consultado 08 de diciembre de 2017] Disponible en: https://www.abc.es/salud/noticias/20130531/abci-enfermedad-renal-cronica-epidemia-201311291310_amp.html?espv=1
6. Ministerio de Salud. Diabéticos e hipertensos pueden padecer de una enfermedad renal. [Internet]. Sala de prensa; 2015 [Consultado 08 de mayo de 2016] Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16193>
7. Contreras F., Esguerra G., Espinosa J., Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de Hemodiálisis. Universidad Santo Tomás. [Tesis en línea] Bogotá; Julio.2007. [Consultado 11 de mayo de 2016] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a16.pdf>
8. Solis C., Vidal A. Estrategias de afrontamiento en adolescentes. Revista de psiquiatría y salud mental Hemilio Valizán. [Revista en línea] (8)(1). Enero-Junio; 2006. [Consultado 30 de mayo de 2017]. Disponible en:

<http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf>

9. Aguirre L. Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico. [Tesis doctoral en línea]. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid; 2007. [Consultado 30 de mayo de 2017]. Disponible en: http://digitool-uam.greendata.es/exlibris/dtl/d3_1/apache_media/L2V4bGliemlzL2R0bC9KM1XL2FwYWN0ZV9tZWRpYS8xNDkx.pdf
10. Romero E., Martínez B., Makaiza E., Guarín A. Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis. Portal De Revistas Universidad Nacional de Colombia. [Revista On-Line] Cartagena; 2013 [Consultado 08 de mayo de 2016] XXXI (1): 32-41. Disponible en: <http://Www.Revistas.Unal.Edu.Co/Index.Php/Avenferm/Article/View/42172>
11. Garay J., Moysén A., Esteban J, Gurrola G. “La depresión y el afrontamiento en pacientes con padecimientos renales”. [Tesis en línea] México; 2012. [Consultado 30 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/5072>
12. Chuquihuanca C., Soto Y. Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2013. [Tesis en línea] Lima; 2014. [Consultado 05 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/359>
13. Alarcón S. Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro

- Especializado de enfermedades Renales. [Tesis en línea] Perú; 2014. [Consultado 05 de mayo de 2016]. Disponible en: http://Ateneo.Unmsm.Edu.Pe/Ateneo/Bitstream/123456789/4783/1/Alarcon_Ochoa_Sara_Del_Carmen_2014.Pdf
14. Cubas R., Olea D., Tineo M. “Mecanismos de afrontamiento como elemento de autocuidado en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en un Centro Particular Nefrológico Chiclayo-2012”. [Tesis] Lambayeque; 2012. [Consultado 05 de mayo de 2016]
 15. National Kidney Foundation. La diabetes y la insuficiencia renal crónica: falla crónica del riñón. [Internet] Nueva York; 2007. [Consultado 11 de junio de 2016] Disponible en: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/diabckd-stg5_span.pdf
 16. Paredes R. Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. [Tesis] Perú; 2015. [Consultado 11 de junio de 2016]. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/420/paredes_carrion_rosario_afrontamiento_soporte_social.pdf?sequence=1
 17. Gómez A., Arias E., Jiménez C. Insuficiencia Renal Crónica. [Capítulo de Libro On-line]. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Cap. 52. 637-646. [Consultado 11 de junio de 2016]. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2062_III.pdf
 18. ESSALUD. Guía Práctica Clínica del Manejo de la Enfermedad Renal Crónica. [Guía Práctica] Perú; 2015. [Consultado 11 de junio de 2016].

19. National Kidney Foundation. Disponible En: http://www2.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/toc.htm
20. Ribe E. Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica: Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular. [Artículo On-line];2004. 10(1):8-76. [Consultado 11 de junio de 2016]. Disponible en: <http://clinicalevidence.pbworks.com/w/file/etch/28241671/FISIOPAT%252520RENAL%252520CRONICA.pdf>
21. Kidney Disease Of Diabetes. La enfermedad renal en personas diabéticas. Estados Unidos; 2014. [Consultado 21 de junio de 2016]. Disponible en: http://Www.Niddk.Nih.Gov/Health-Information/Informacion-De-La-Salud/Enfermedad-De-Los-Rinones/Kdd/Documents/Kidney_Disease_SP_508.Pdf
22. Alarcón S. Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro Especializado de enfermedades Renales. [Tesis].UNMSM. Lima; 2014. [Consultado 11 de junio de 2016]. Disponible [en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4783/1/alarcon_ochoa_sara_del_carmen_2014.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4783/1/alarcon_ochoa_sara_del_carmen_2014.pdf)
23. Miranda M., Reza M. Obesidad, inflamación y diabetes. . [Tesis]. México; 2005. [Consultado 11 de junio de 2016]. Disponible en: http://Bdigital.Ces.Edu.Co:8080/Dspace/Bitstream/123456789/370/1/CARACTERISTICAS_PACIENTES_ENFERMEDAD_RENAL.Pdf
24. Ramos J. La enfermedad renal en personas con diabetes. [Internet]. México; 2015. [Consultado 11 de junio de 2016]. Disponible en:

<http://drjulioramosdelamora.com.mx/la-enfermedad-renal-en-personas-con-diabetes/>

25. Venado A., Moreno J., Rodríguez M., López M. Insuficiencia Renal Crónica. [Artículo En Línea]. México; 2014. [Consultado 11 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf
26. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Enfermedad Renal. [En Línea] Perú. ISSN 1726-4634; 2009. [Consultado 11 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/revista262.pdf>
27. Nueva Unidad de Diálisis. Estudio a nivel de perfil. [En Línea]. Hospital Hipólito Unanue. Perú; 2012. I (1):66 – 80. [Consultado 11 de junio de 2016]. Disponible en: http://ofi.mef.gob.pe/appfd/hoja/visordocs.aspx?file_name=2636_opisalud_2012510_1807.pdf.
28. Ruiz De Alegría B. Vivir en Diálisis: Afrontamiento y Calidad de Vida. [Tesis] España; 2013. [Consultado 11 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1504275/ruiz+de+alegría+be go%c2%a7a+tesis+vivir+en+di%e2%80%a0lisis+2010.pdf>
29. Álvarez F., Vázquez M. Depresión y ansiedad en los pacientes de hemodiálisis, Instituto de Nefrología, 2011- 2012. [Revista On-line] Revista Hospitalaria Psiquiátrico de La Habana; 2013, X (3) [Consultado 11 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2013/hph%2004313.html>

30. Lazarus R., Folkman S. Estrés y Procesos Cognitivos. [Libro]. Barcelona. Ed: Martínez Roca; 1986. XX (2) 189-205. [Consultado 05 de mayo de 2016]
31. Espinar A., Jureguizar J. Enfermedad física crónica y familia: un programa de intervención en la enfermedad. [Internet] México; 2013. Disponible en: <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/7enfermedad%20cronica%20y%20familia.pdf>
32. Vázquez C., Crespo M., Ring J. Estrategias de afrontamiento. [Internet]. XXI. 427-428. [Consultado 08 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>
33. Riffo S., Salazar A. Aplicación del proceso de enfermería según el modelo de Roy en pacientes con diabetes mellitus. Revista electrónica enfermería global. [Revista en línea] (14). Octubre; 2008. [Consultado 08 de junio de 2017]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/36101/34601>
34. Reyes A. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. [Tesis en línea] Santiago de Cuba; 2003. [Consultado 05 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/aymara.pdf>
35. Villagran V. Estudio de la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los y las pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a hemodiálisis, en el Hospital Quito Nro. 1

de la Policía Nacional. [Tesis Licenciatura] Quito: Universidad Politécnica Salesiana: 2012. [Consultado 09 de mayo de 2016].

Disponible en:

<Http://Dspace.Ups.Edu.Ec/Bitstream/123456789/3444/1/QT02912.Pdf>.

[Index1](#).

36. Orta M., Vázquez G., Ponce J., Ponce M., Neto C., Palanco E. Proceso de atención de enfermería: modelo de Sor Callista Roy. [Serie De Internet]. Octubre; 2001. [Consultado 08 de junio de 2017]. Disponible en:

[http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/centros alud 8/495-498.pdf](http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/centros_alud_8/495-498.pdf))

37. Phillips K. Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. [Libro]. Barcelona; Elsevier; 2007, 353-384. [Consultado 05 de mayo de 2016].

38. Vanegas B. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. [Artículo On-Line] Ecuador; 2013. [Consultado 15 de junio de 2016]. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036726.pdf>

39. Díaz S., Mendoza V., Porras Morales C. Guía para la elaboración de Estudio de Caso. Disponible en:

http://www.razonypalabra.org.mx/n/n75/varia_75/01_diaz_v75.pdf

40. Murillo J. La Entrevista. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid. [Artículo en Línea][Consultado 20 de septiembre 2017]

41. Nisbet J. & Watt, J. Case Study, en Bell. J. et al. (1978): Conducting Small-scale Investigations in Educational Management. Harper and

Row, Publish. London. Pags:72-92. Lupicino,A. “Metodología de la Investigación Cualitativa” . 1era Ed. Málaga .España.2003

42. Hernández R., Fernández C., Baptista M. Metodología de la investigación. [Libro] México DF: Mc Graw Hill Interamericana; 2010. I (4). [Consultado 15 de junio de 2016]. Disponible en: <http://upla.edu.pe/portal/wp-content/uploads/2017/01/Hern%C3%A1ndez-R.-2014-Metodologia-de-la-Investigacion.pdf.pdf>
43. Pólit, Hungler. Investigación Científica en ciencias de la salud. [Libro] México; 2002. VI (3): 245-265. [Consultado 15 de junio de 2016]
44. Ruiz de Alegría B. Vivir en Diálisis: Afrontamiento y calidad de vida. [tesis en línea] San Sebastián. 2012. [Consultado el 12 de octubre del 2017] Disponible en: <https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504275/Ruiz+de+Alegria+bego%C2%A7a+TESIS+Vivir+en+Di%E2%80%A0lisis+2010.pdf>
45. Aguilar V., Alarcón C., Hernández C. “Estudio Del Impacto Que Provoca El Tratamiento De Hemodiálisis Desde Una Perspectiva Ocupacional, A Las Personas Con Insuficiencia Renal Crónica En La Comuna De Punta Arenas. [en línea]; 2012. [consultado 15 de noviembre del 2017] disponible en: http://www.umag.cl/biblioteca/tesis/aguilar_gaete_2010.pdf
46. Alarcón R., Modelo de adaptación: aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. [en línea]; 2011 [consultado el 15 de octubre del 2017] Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim073g.pdf>.

47. Villaseca L, Gracia N, Manresa M, et al. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. [Artículo on-line] España .2015 [consultado 20 de diciembre 2017] disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n2/original5.pdf>
48. Cassaretto M., Paredes R. Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal Revista de Psicología, vol. XXIV, núm. 1, 2006, pp. 109-140 Pontificia Universidad Católica del Perú Lima, Perú [revista en línea] [consultado el 15 de noviembre del 2017] disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337829536005.pdf>
49. Ortego M., Lopez G., Alvarez T. El apoyo social [en línea] 2012.[Consultado 15 de septiembre del 2017] Disponible en: http://ocw.unicam.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_13.pdf
50. Madariaga C, Valle A., Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico, Psicología desde el Caribe [en línea] Enero – Abril. 2013 [Consultado el 3 de diciembre del 2017] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30nla06.pdf>.
51. Acosta R., Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores, 2011[Tesis en línea] [Consultado 2 diciembre del 2017].

APÉNDICE

APÉNDICE 1



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO" FACULTAD DE ENFERMERIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente:

Acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada: "Estrategias de afrontamiento al tratamiento de hemodiálisis en personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal en un Centro de Diálisis, Chiclayo 2017", realizado por las investigadoras Helen López y Olenka Quiñones, cuyo objetivo es "comprender las estrategias de afrontamiento en personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal ante el tratamiento de hemodiálisis," estando de acuerdo con la utilización de los datos de mi entrevista para fines de la investigación.

Declaro que fui informado(a) de los siguientes aspectos:

- a) Nuestra participación será espontánea y aceptamos, la utilización de datos de nuestra entrevista para fines de la investigación.
- b) Las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto secreto, anonimato y fielmente relatadas por las investigadoras.
- c) Que las investigadoras estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.
- d) Que la información brindada será utilizada solo para fines de trabajo científico
- e) Que tendré derecho de retirar el consentimiento para mi participación cuando lo desee.

Confiado plenamente que todo lo expresado en esta entrevista será de estricta confidencialidad entre encuestado y las investigadoras, por ello firmo para conformidad del presente documento:

Sujeto de investigación

Investigadora

APÉNDICE 2



UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERIA



**GUIA DE ENTREVISTA A “PERSONAS DIABÉTICAS CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA TERMINAL QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE
HEMODIÁLISIS”**

1. Objetivo:

La siguiente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre las estrategias de afrontamiento al tratamiento de hemodiálisis en personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal de un centro de Diálisis, Chiclayo 2017.

2. Datos Generales:

- Pseudónimo: _____
- Edad: _____
- Dirección: _____
- Ocupación: _____
- Lugar de Procedencia: _____
- Tiempo de hemodiálisis: _____
- Frecuencia de hemodiálisis: _____

3. Datos Específicos:

Preguntas Orientadoras:

- ¿Qué es afrontamiento para usted?
- ¿Qué sintió cuando le dijeron que recibiría el tratamiento de hemodiálisis? ¿Cuál fue su reacción?
- ¿Qué cambios surgieron en su vida a partir del inicio del tratamiento de hemodiálisis?



APÉNDICE 3

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERIA



GUIA DE ENTREVISTA A FAMILIARES DE “PERSONAS DIABÉTICAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS”

1. Objetivo:

La siguiente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre las estrategias de afrontamiento al tratamiento de hemodiálisis de los familiares de personas diabéticas con insuficiencia renal crónica terminal de un centro de Diálisis, Chiclayo 2017.

2. Datos Generales:

- Pseudónimo: _____
- Edad: _____

3. Datos Específicos:

- ¿Cuál fue su actuar al saber que su familiar tenía que recibir el tratamiento de la hemodiálisis?
- Relate ¿Cómo es su ayuda hacia su familiar en este tratamiento?