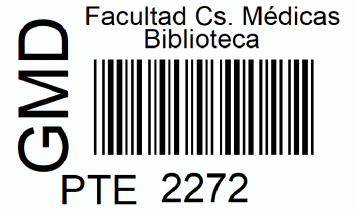


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA



Relación entre la Calidad de vida con las estrategias de afrontamiento y regulación emocional según edad, sexo y el tiempo en tratamiento de los pacientes ambulatorios que asisten a un servicio de hemodiálisis de un efector privado de la ciudad de San Lorenzo

Autor: Enf. Imperatrice, Sofia.

Director/a: Dra. Salusso, Analía.

Asesor: Lic. en Enf. Acosta, Simón.

Consultor: Sr. Medina, Omar.

Rosario, 15 diciembre del 2021.

Una enfermera siempre nos dará  
esperanzas; es un ángel con  
estetoscopio.

-Carrie Lalet

## **Resumen**

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que afecta generalmente a adultos mayores, y que tiende a persistir a lo largo de su vida, afectando la calidad de vida si no se adoptan estrategias de afrontamiento y regulación emocional.

El objetivo general del proyecto de investigación es determinar la relación entre la Calidad de vida, con el afrontamiento y regulación emocional según edad, sexo y el tiempo en tratamiento de los pacientes ambulatorios que asisten a un servicio de hemodiálisis de un efector privado de la ciudad de San Lorenzo en el primer trimestre del 2022.

Se realizará un estudio cuantitativo; descriptivo, de corte transversal, con recolección de datos en forma prospectiva. La población estará constituida por aproximadamente 90 pacientes ambulatorios en tratamiento de hemodiálisis, por tal, se tomará su totalidad y no se realizará muestreo. Los datos serán recolectados a través de los instrumentos validados, uno diseñado según los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, para medir la Calidad de vida, y otro es la Escala de Afrontamiento (Gabaldón y cols., 1993 y Basabe y cols. 1993).

El plan de análisis de los datos se realizará mediante el agrupamiento de los datos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones. Este proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico SPSS versión 22. Finalmente, los resultados serán representados por gráficos de barra y circular, y se establecerá la relación de variables.

Palabras claves: Calidad de vida, Estrategias de afrontamiento y regulación emocional, edad, sexo, tiempo en tratamiento de hemodiálisis.

	<b>Índice General</b>	<b>Págs.</b>
Resumen		3
Índice		4
Introducción		5
Estado del Arte		6
Formulación del problema		9
Hipótesis y objetivos		10
<b>Marco teórico</b>		11
<b>Material y métodos</b>		28
Tipo de estudio o Diseño		29
Sitio o contexto de la Investigación		30
Población y Muestra		30
Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos		31
Personal a cargo de la recolección de datos		32
Plan de análisis		38
Plan de trabajo y Cronograma		40
<b>Anexos</b>		41
I Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios -		42
II Instrumento de recolección de datos – Consentimiento Informado		43
III Resultado del estudio exploratorio		51
IV Resultado de la prueba piloto del instrumento		52
<b>Referencias Bibliográficas</b>		55

## **Introducción:**

Actualmente en el mundo hay más de 2 millones de pacientes en diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal) y más de 600.000.000 portadores de la enfermedad renal crónica, y se avizora un incremento de estas cifras, no solo para los países desarrollados, sino también para el resto del mundo, con un envejecimiento importante de los pacientes en diálisis, tanto de la edad de la población incidente (64.6 años) como de la prevalencia (58.3 años). Con el paso tiempo, las funciones reguladoras del organismo disminuyen gradualmente, lo que evidencia la aparición de patologías crónicas. Según los índices analizados, la enfermedad afecta más a hombres que mujeres, lo que sugiere una disminución en relación con los cuidados de salud por parte de este sexo, perjudicando el proceso de prevención y diagnóstico precoz de las enfermedades. (Gómez-Martínez, Gómez- Martínez, Castro-Sánchez, & et.al, 2018).

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es definida como una situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente con carácter progresivo, a la que puede llegarse por múltiples etiologías: tanto de carácter congénito y/o hereditario; es una enfermedad no trasmisible y está estrechamente ligada a otras enfermedades, como las metabólicas diabetes, (obesidad, dislipidemia, hiperuricemia) y cardiovasculares (hipertensión, hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca, aterosclerosis, etc.), también hay otros factores de riesgo, entre los que destacan los de susceptibilidad, como: edad, historia familiar, raza, bajo nivel educativo y económico, así como los factores indicadores, precursores de la enfermedad. Constituye así un complejo problema de salud pública, con una incidencia y prevalencia creciente, pronóstico pobre y alto costo, ya que parte de su tratamiento requiere de terapias de sustitución, la cual puede llegar a prolongarse durante toda la vida hasta que, en caso de que sea candidato, el mismo reciba un trasplante renal exitoso. Por lo tanto, la enfermedad renal crónica, es una de las condiciones más devastadoras, tanto para el sistema de salud, como para el ámbito familiar y social del enfermo, debido al deterioro que ésta implica en su calidad de vida. (Massaro, Oses, & Wartburg, 2017).

La manifestación más avanzada de la ERC, es la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), que pertenece al estadio V. Pero antes de profundizar en el mismo, cabe mencionar los demás estadios progresivos existentes, según las guías k/doqi publicadas en el 2002 por la National Kidney Foundation y refrendadas en el 2015. Estos estadios se basan en el grado de disminución de la función renal, valorada por la alteración en la tasa de filtrado glomerular (TFG). La TFG en el estadio 1 (ERC-1) puede ser normal o alta ( $> 90 \text{ ML/min/1,73 m}^2$ ); en el estadio 2 (ERC-2) puede oscilar entre 60 y 80  $\text{ML/min/1,73 m}^2$ ; en el estadio 3 (ERC-3) entre 30 y 59  $\text{ML/min/1,73 m}^2$ ; en el estadio 4 (ERC-4) entre 15 y 29  $\text{ML/min/1,73 m}^2$ , y en el estadio 5 (ERC-5) se produce

falla renal y la TFG es inferior a 15 ML/min/1,73 m<sup>2</sup> con necesidad de reemplazo funcional, como la hemodiálisis o trasplante, para mantener con vida a los pacientes. (Lopera Medina, 2016).

La hemodiálisis parece ser el tratamiento de mayor elección para los pacientes con IRCT, la cual se considera como un proceso seguro, donde el objetivo principal es depurar la sangre por medio de la circulación extracorpórea, con una máquina que emula la función del riñón y filtra los tóxicos. Sin embargo, genera alteraciones físicas, provoca estrés, aislamiento, dependencia en relación a la salud, así como depresión, es decir que tiene un impacto significativo en la vida no solo de los pacientes, sino también de sus familiares, que repercuten en una mala calidad de vida. (Rivera- Vázquez & Rojas, 2017)

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es definida *como “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”*. (OMS,1994).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), es un concepto multidimensional que ha sido definido como la evaluación subjetiva que realiza un individuo sobre el impacto de la enfermedad y su tratamiento sobre la dimensión física, psicológica y social, valorando el impacto sobre la funcionalidad y el bienestar. (Merino- Martínez, Morillo -Gallego, Sánchez -Cabezas, Gómez -López, & Crespo- Montero, 2019).

La CVRS en el caso de los pacientes crónicos es un tema que ha tomado mucha importancia, ya que mide el nivel de bienestar y satisfacción asociado a la vida de un individuo y cómo está afectada por la enfermedad desde el punto de vista del paciente. Abarca tres dimensiones importantes como son la dimensión física, la psicológica y la social. En cuanto a la dimensión física, se relaciona a la sensación de debilidad, síntomas asociados a la enfermedad entre otros; la dimensión psicológica abarca pensamientos y sentimientos de afrontamiento a la situación actual; mientras que la dimensión social incluye la percepción de las relaciones consigo mismo y con su entorno. (Rivera Vázquez & Rojas, 2018).

Se puede observar que un estudio realizado en México, tuvo por objetivo establecer el nivel de calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica bajo hemodiálisis y el área salud física, psicológica, relaciones sociales y el ambiente. Se utilizó un diseño no experimental, transversal, descriptivo. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, que incluyó a 67 pacientes con enfermedad crónica terminal, inscriptos en la unidad de hemodiálisis de un hospital público. Se aplicó el instrumento Whoqol-bref, que es una versión reducida del Whoqol-100, que consta de 26 ítems, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el Whoqol-100 y 2 preguntas globales; estas preguntas se dividen en 4 dominios (físicos, psicológico, social y ambiental) y cada una consta con 5 respuestas tipo Likert, que se valora en una puntuación del 1

al 5; si se obtienen sumas de 69 o menos puntos la calidad de vida es baja o mala, 70-99 puntos es media o regular y de 100-130 puntos alta o buena. Como resultado, se obtuvo que los pacientes bajo tratamiento de sustitución renal con hemodiálisis, tenían una calidad de vida media, en un 76,11% y baja en un 23,88%, el dominio con mayor daño fue el físico, con 60,76 puntos y con menos daño fue el psicológico con 67,01 puntos. El dominio que tuvo relación con la calidad de vida fue las relaciones sociales; en cuanto a la edad, el sexo y el tiempo en tratamiento no presentaron un factor estadístico significativo en relación con la calidad de vida. (Sánchez - Hernández & Aristil- Chery, 2016).

En otro estudio realizado en Perú en 2019, por Máximo Gadea Peralta y Clarence Compas Buleje, se investigó sobre la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis en un hospital regional. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. La población total fue 87 pacientes y como instrumento se utilizó el cuestionario SF-36, que evalúa el área funcional, con cuatro dimensiones (función física, social, rol físico y rol social); el estado de bienestar, que toma como dimensión (salud mental, vitalidad y dolor); y la evaluación general de salud, con sus dimensiones (percepción, salud general y cambio de salud en el tiempo). Como resultado se obtuvo, que, a mayor tiempo en tratamiento de hemodiálisis, mejor es la percepción de la calidad de vida, ya que se fueron adaptando a la situación. En el área funcional, la mayoría de los pacientes en estudio la calificó de regular a mala, caso contrario en el estado de bienestar hubo un predominio con el 72.3 % de los pacientes, que la calificó como buena a excelente. (Campos- Buleje & Gadea -Peralta, 2019).

Por otro lado, un estudio realizado en España en 2019, tuvo como objetivo analizar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento en hemodiálisis y su relación con la ansiedad y la depresión. En cuanto a la población, se incluyeron un total de 122 personas tratados en distintos sitios, en la Unidad de Diálisis Hospitalaria (UDH), el Centro Periférico de Diálisis Público "Perpetuo Socorro" (CPDP) y el Centro Concertado de Diálisis "San Rafael" de Fresenius Medical Care (CCD). Se utilizaron varios instrumentos como ser el cuestionario validado Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF), que evalúa la calidad de vida del enfermo renal. También se utilizó el Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC) para realizar el análisis de la comorbilidad; para el cribado de la ansiedad y la depresión se utilizó la "Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg", el cual trata de un test que no sólo orienta el diagnóstico hacia estas (o ambas en casos mixtos), sino que discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades. Como resultado se obtuvo que, en el KDQOL, las dimensiones más afectadas fueron: Situación laboral, carga de la Enfermedad Renal, función sexual y sueño. En las dimensiones del cuestionario SF, las áreas más afectadas fueron: Rol físico, salud general y función física. El 42,6%

de los pacientes presentaron probabilidad de tener ansiedad, el 52,5% depresión, y el 32,8% presentaban la probabilidad de padecer ambas alteraciones (ansiedad y depresión). La ansiedad y la depresión se asociaron de forma significativa a peores puntuaciones en todas las dimensiones del cuestionario KDQOL-SF. Como conclusión a dicho estudio, los pacientes en hemodiálisis presentaron peor calidad de vida que la población sana de referencia, especialmente en las dimensiones carga de la enfermedad renal, sueño, salud general, vitalidad, función física y rol físico. Esta disminución de la calidad de vida está relacionada con la probabilidad de padecer ansiedad y/o depresión. El sexo femenino, la comorbilidad asociada y el tiempo en hemodiálisis, se asociaron también a peor calidad de vida. (Merino- Martínez, Morillo-Gallego, Sánchez-Cabezas, Gómez -López, & Crespo -Montero, 2019).

Debido a esto es importante mencionar un estudio realizado por García y otros en el año 2016, en la ciudad de México, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de los mecanismos adaptativos en el área de lo psicológico, afectivo y social que utiliza el paciente con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis. Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo. La población estuvo conformada por 21 pacientes tomados por un muestreo por conveniencia, que cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales eran personas afiliadas al ISSSTE con enfermedad renal crónica, bajo tratamiento de hemodiálisis y que hayan aceptado participar en el estudio, los de exclusión fueron aquellas personas que no se encontraban neurológicamente aptos para responder el cuestionario y que no respondían completamente el total de los ítems del cuestionario. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario “Mecanismos de adaptación de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis” utilizado por Devia et al, el cual manejó para los mecanismos psicológicos 10 ítems, para los mecanismos afectivos 12 ítems y para los mecanismos sociales 11 ítems, con opciones de respuesta de nunca, algunas veces y siempre; con ponderaciones que van 33 a 65 para un nivel de adaptación comprometido, 66 a 98 para un nivel de adaptación compensatorio y 99 para un nivel de adaptación integrado. Como resultado se obtuvo que la mayoría de las personas con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis, utilizaron diferentes mecanismos de adaptación a su proceso lo cual depende completamente del ambiente en el que se desarrollan y el acompañamiento familiar que reciben, siendo los más destacados los mecanismos afectivos y los mecanismos sociales. (García-Avenidaño, Ochoa- Estrada, & Martínez- Espinoza, 2016).

Por último, se hace mención sobre un estudio realizado en España en el año 2017, cuyo objetivo fue evaluar el estado emocional de los pacientes en hemodiálisis e identificar la necesidad de apoyo emocional. Mediante una investigación de tipo observacional, descriptivo, y de corte transversal, se tomó una muestra no probabilística de 66 pacientes, de los cuales se excluyeron 17

por incapacidad para responder el cuestionario, dificultad idiomática y/o no querer formar parte del mismo. Se utilizó para medir el estado emocional un cuestionario validado (EE-D), herramienta para la detección de la existencia de alteración emocional del paciente en diálisis, el cual explora 2 estados, tristeza y nerviosismo. Como resultado, se obtuvo una correlación positiva entre las mismas, del grupo que se encontraban triste, un 86.1% también se sentían nerviosos, y en el grupo que estaban nerviosos, el 79.5% estaban tristes. Sólo el 33.3% no presentaban ni tristeza ni nerviosismo. Hubo también, una alta prevalencia del 92.4% de los pacientes con alteración emocional, y un número elevado de 77.2%, por consiguiente, de necesidad de apoyo emocional. (Moya- Ruiz, 2017).

La Insuficiencia Renal Crónica impone cambios psicológicos, económicos, familiares y laborales significativos en la vida del paciente, todo esto supone una adaptación a su nuevo modo de vida, tanto para él como para la familia, los cambios emocionales suponen un deterioro en las relaciones y consigo mismo, es por ello que se hace necesario, visibilizar el fenómeno de estudio como un elemento determinante en la calidad de vida. (Sánchez- Castillejo, Angarita- Fuentes, Santafé- Martínez, & Forgiony-Santos, 2019) .

Ante lo expuesto, el propósito de este proyecto de investigación es poder identificar la relación entre la calidad de vida, las estrategias de afrontamiento y regulación emocional, según edad, sexo y tiempo en los pacientes ambulatorios que asisten a diálisis, elevando los resultados a la institución para realizar conjuntamente con el equipo interdisciplinario una continua intervención preventiva, mediante la planificación, ejecución y evaluación de un programa mediante charlas informativas que brinde herramientas de apoyo emocional, y que puedan desarrollar estrategias para afrontar su nueva vida, así como fomentar su correcto autocuidado. Este trabajo debe ser motivador para generar nuevos conocimientos y que se tengan en cuenta aspectos psicológicos tan importantes para ayudar a mejorar la calidad de vida de estas personas.

### **Formulación del problema de investigación:**

¿Qué relación existe entre la Calidad de vida, con las estrategias de afrontamiento y regulación emocional según edad, sexo y el tiempo en tratamiento de los pacientes ambulatorios que asisten a un servicio de hemodiálisis de un efector privado de la ciudad de San Lorenzo en el primer trimestre del 2022?

### **Hipótesis:**

- Los pacientes en hemodiálisis con una alta calidad de vida utilizan estrategias de afrontamiento de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva.

- Los pacientes en hemodiálisis con mayor tiempo en tratamiento y mayor edad la calidad de vida será baja con estrategias de afrontamiento pasivas y de evitación con regulación emocional negativa.
- Las pacientes de sexo femenino y con mayor edad la calidad de vida será baja con estrategias de afrontamiento pasivas y de evitación con regulación emocional negativa en comparación con el sexo masculino.

**Objetivo general:**

- Describir qué relación existe entre la Calidad de vida, con las estrategias de afrontamiento y regulación emocional según edad, sexo y el tiempo en tratamiento de los pacientes ambulatorios que asisten a un servicio de hemodiálisis de un efector privado de la ciudad de San Lorenzo en el primer trimestre del año 2022.

**Objetivos específicos:**

- Determinar el bienestar emocional en relación a la calidad de vida de los pacientes ambulatorios en tratamiento de hemodiálisis.
- Determinar el funcionamiento social en relación a la calidad de vida de los pacientes ambulatorios en tratamiento de hemodiálisis.
- Determinar la situación laboral y su impacto económico en relación a la calidad de vida de los pacientes ambulatorios en tratamiento de hemodiálisis.
- Determinar el apoyo familiar y conyugal en relación a la calidad de vida de los pacientes ambulatorios en tratamiento de hemodiálisis.
- Identificar los efectos del procedimiento de diálisis, la energía/fatiga y su independencia en relación a la calidad de vida de los pacientes ambulatorios en tratamiento de hemodiálisis.
- Identificar la resolución de problemas, la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva de los pacientes ambulatorios en tratamiento en hemodiálisis.
- Identificar la regulación afectiva: inhibición, expresión, descarga emocional, la búsqueda de información y el afrontamiento mediante rituales públicos y privados de los pacientes ambulatorios en tratamiento en hemodiálisis.
- Identificar el aislamiento social, la evitación, oposición, grado de abandono y rumiación en relación a la calidad de vida de los pacientes ambulatorios en tratamiento de hemodiálisis.
- Determinar la edad, sexo y tiempo en los pacientes ambulatorios en tratamiento de hemodiálisis.

## **Marco Teórico**

En el mundo la enfermedad renal es un problema de Salud Pública a nivel mundial, Yepes et al (2009) describe que es debido a la afectación por el rápido incremento de su prevalencia tanto en países desarrollados como en desarrollo, y también por el efecto de «iceberg» generado por el desconocimiento que se tiene de su magnitud real, debido tanto a la insuficiente captación como al sub-registro de pacientes en estadios tempranos (Yepes, Montoya M, & Cuéllar M, 2009), además de esto se le suma el aumento de casos de diabetes mellitus , hipertensión arterial y el envejecimiento demográfico, principales factores de riesgos para desarrollar esta enfermedad (Tomás & Vera, 2012)

La hipertensión arterial (HTA) y la proteinuria, son predictores de progresión y a su vez factores de riesgo modificables. La gravedad de la enfermedad renal se la puede clasificar en 5 estadios en función de la filtración glomerular y la presencia de proteinuria. Los pacientes que presentan factores de riesgo deben ser sometidos a evaluaciones anuales en cuanto a su función renal, cuando presentan estadios avanzados, con el objetivo de lograr un retraso en la progresión de la enfermedad y prevenir el desarrollo de complicaciones urémicas. Existen, además, factores de inicio o desarrollo de la ERC como la edad avanzada (en mayores de 60 años), HTA, diabetes (DBT), enfermedad cardiovascular o antecedentes familiares de dicha patología; de los cuales, los factores potencialmente modificables (HTA, diabetes, tabaquismo, obesidad, factores de riesgo inherentes a la ERC) deben ser corregidos. Dentro de los no modificables se encuentra la edad, el sexo, raza y privación sociocultural, ya que el bajo nivel social, cultural y económico se asocia a peor salud. (Sellarés, 2021)

A medida que la destrucción de nefronas progresa, disminuye la capacidad de concentración del riñón y, para eliminar la carga de solutos aumenta la diuresis, la poliuria y la nicturia son los primeros síntomas. Cuando la filtración glomerular cae por debajo de los 30 ml/min aparecen progresivamente los síntomas que conforman el síndrome urémico, caracterizado por anorexia, náuseas, astenia, déficit de concentración, retención de agua y sodio con edemas, parestesias, insomnio. (Sellarés, 2021)

La enfermedad renal crónica (ERC) está definida por la presencia de anormalidades en la estructura o función del riñón, progresivas e irreversibles; durante al menos 3 meses , caracterizadas por disminución de la tasa de filtrado glomerular (TFG)  $< 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  y, por lesión renal, por medio de marcadores como: albuminuria, anomalías en los sedimentos urinarios, electrolitos alterados, trastornos tubulares, anomalías detectadas por histología, anomalías estructurales detectadas por imagen o historial de trasplante renal. (Levey & Coresh, 2011)

Dentro de la fisiopatología, un indicador muy importante del funcionamiento del riñón es la Tasa de Filtración Glomerular (TFG), que puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función. (Díaz de León-Ponce, Briones-Garduño, Carrillo-Esper, & et.al, 2017)

La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que empiezan a trabajar al máximo para adaptarse al aumento de las necesidades de filtración de solutos y de esta manera mantener la TFG. Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, pro-inflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen al deterioro renal progresivo. En las etapas iniciales de la Insuficiencia Renal Crónica esta compensación mantiene una TFG aumentada; no es hasta que hay pérdida de al menos un 50 % de la función renal que se ven de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 al 10 % el paciente no puede subsistir sin el tratamiento renal sustitutivo. (Cen- Feng, Hernández -Gonza, Sánchez-Mena, & et.al, 2020)

En el año 2002, se realizó la publicación de las guías K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative) por parte de la National Kidney Foundation (NKF), en donde por primera vez se propuso una clasificación basada en estadios de severidad, los mismos que fueron definidos por el diagnóstico clínico y además por la Tasa de filtrado glomerular (TFG). El estadio 1 se caracteriza por la presencia de daño renal con TFG normal o aumentada, es decir mayor o igual a 90ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Por lo general la enfermedad es asintomática. El 2, se establece por la presencia de daño renal asociada con una ligera disminución de la TFG entre 89 y 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Usualmente el paciente no presenta síntomas y el diagnóstico se realiza de manera incidental. En el 3 estadio, la disminución es moderada, entre 30 y 59 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, se divide en dos etapas; la temprana, pacientes con TFG entre 59 y 45 ml/min/1.73m<sup>2</sup> y la tardía que varía entre 44 y 30 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Al disminuir la función renal, se acumulan sustancias tóxicas en el torrente sanguíneo que ocasionan uremia. Los pacientes generalmente presentan síntomas y complicaciones típicas como hipertensión, anemia, y alteraciones del metabolismo óseo, edema por retención de agua corporal, dificultad para conciliar el sueño debido a pruritos y calambres por el desequilibrio ácido-base, cambios en la frecuencia urinaria, espuma cuando hay proteinuria y coloración oscura de la orina, que refleja hematuria. En este aumentan los riesgos de padecer enfermedad cardiovascular. El 4, se refiere al daño renal avanzado con una grave disminución de la TFG entre 15 a 30 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Los pacientes tienen un alto riesgo de progresión al estadio 5 y de complicaciones cardiovasculares. A los síntomas iniciales del estadio anterior se agregan

náuseas, sabor metálico, aliento urémico, anorexia, dificultad para concentrarse y alteraciones nerviosas como entumecimiento, hormigueo de las extremidades. En el último estadio, el 5 la TFG cae por debajo de 15ml/min/1.73m<sup>2</sup>. en este es requerido el tratamiento sustitutivo., como la hemodiálisis (HD). (Foundation National Kidney, 2002)

La manifestación más grave es entonces la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), subsidiaria de tratamiento sustitutivo mediante diálisis o trasplante renal; presenta una incidencia y prevalencia creciente desde hace dos décadas, y se estima que por cada paciente en un programa de diálisis o trasplante puede haber 100 casos de Enfermedad Renal Crónica menos grave que en la población general. Por un lado, estos casos constituyen la base de los pacientes que llegan más tarde a una ERC avanzada, y por otro lado, estos pacientes tienen un riesgo cardiovascular que, probablemente, tenga un impacto en la salud mayor que la evolución hacia la necesidad de tratamiento renal sustitutivo. (Bonet- Plá, Navarro -Pérez, De Miguel-Carrasco, & et.al, 2001)

La HD es definida como una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, y de regular el equilibrio ácido-básico y electrolítico. No suple las funciones endocrinas ni metabólicas renales. (Force, 2001)

El tiempo normal de cada sesión es de cuatro horas, que deben realizarse de 2 a 3 veces por semana según Guyton y Hall (1997) citado por Páez (2009) y, en los periodos de intradiálisis, se le dan recomendaciones a los pacientes para que controle la ingesta de ciertos alimentos y líquidos. El tratamiento se realiza en centros hospitalarios, o como es este caso en centros privados, que obligan a los pacientes a desplazarse los días que le corresponda efectuarlo. (Páez A, 2009)

La HD , trae como consecuencias una serie de cambios físicos, sociales y emocionales; como repercusiones biológicas el paciente puede sentir durante y luego del tratamiento calambres, fatiga, hipotensión; como producto de la extracción del exceso de líquido o la eliminación de este con rapidez, en cuanto a las repercusiones sociales los problemas que se relacionan son la pérdida de las relaciones y lazos afectivos por su negativa a expresar sus sentimientos y la poca participación a eventos sociales, ya que estas se basan en la comunicación, también comienzan a percibir que no pueden realizar sus proyectos debido a su agotamiento físico y emocional. (Costa, 2016)

Como conclusión los pacientes afectados por esta enfermedad tienen condiciones socioeconómicas bajas, un alto riesgo de morbilidad, mortalidad y menor Calidad de Vida Relacionada con la Salud – CVRS (Pretto, 2020)

La Calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es definida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y

preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (Cardona Arias, 2014)

Según Calman (1987) la calidad de vida, es definida como *“la diferencia entre las expectativas del paciente respecto a su experiencia actual y que el balance entre lo percibido y el estatus deseado es la esencia de la ecuación de calidad de vida”*. La salud es uno de los factores más importantes que contribuye a la misma. Es de considerar que el concepto de calidad de vida es subjetivo, el paciente es el único que puede definirlo. (Ramírez, Durón, Rivera, Aguilar, & et.al, 2002)

Sin embargo, ha evolucionado desde la medicina a la definición de Calidad de vida relacionado con la salud (CVRS), en la cual busca una atención holística de la persona, donde el objetivo no se centra solo en combatir la enfermedad sino de promover el bienestar integral de la persona. Esto, ha generado varios inconvenientes al momento de la medición objetiva de la calidad de vida, ya que tiene componentes subjetivos trascendentales, como la percepción del paciente de sí mismo y de su situación en relación a su enfermedad, y cobra importancia cuando se evidencia que el estado de salud de una persona está claramente influido por otras variables, ya sean situaciones como el estado de ánimo, mecanismos de afrontamiento y el aporte social. (Schwartzmann, 2003)

La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye aspectos de bienestar y políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos; y que contiene dos dimensiones principales , una evaluación del nivel de vida basada en indicadores objetivos como el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y comunitario y la salud objetivamente percibida; y por otro lado, la percepción subjetiva individual de esta situación que se traduce en bienestar físico, psicológico y social, e incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida , la productividad personal y la salud percibida . (Schwartzmann, 2003)

Estas definiciones, tienen relación con el concepto integral de salud propuesto por la (OMS), que la define no solo cómo la ausencia de enfermedad, sino como un estado completo de bienestar físico, psíquico, y social. Abarca mucho más del esquema biomédico, tomando en cuenta la esfera subjetiva del comportamiento humano. Se refiere a un concepto positivo que implica el funcionamiento adaptativo y distintos grados de vitalidad. (Labiano, 2004)

El empleo de medidores de CVRS es especialmente relevante en patologías con tendencia a la cronicidad, como es el caso de la ERCT en tratamiento de hemodiálisis. Aunque los avances, tanto técnicos como sanitarios, han puesto de manifiesto una amplia mejoría en la calidad de vida

de estos enfermos, diversos estudios describen una disminución destacable de la calidad de vida en comparación con la población general. Estas diferencias son especialmente pronunciadas en un amplio abanico de cambios físicos, psicológicos y sociales; de este modo, las variables psicosociales tienen un papel fundamental en la atención integral del paciente en HD. Además, la ERCT, como otras enfermedades crónicas, pueden tratarse, pero no tiene curación; y, por lo tanto, el tratamiento y los cuidados hacia este perfil de pacientes, no solo deben observar resultados objetivos, sino y al mismo nivel, las percepciones de los mismos sobre su calidad de vida. Los pacientes en tratamiento de HD, se caracterizan por sufrir en un plazo breve de tiempo un conjunto de cambios bruscos en su vida ligados a la enfermedad y al propio tratamiento que pueden debutar en trastornos ansiosos-depresivos. El estado emocional del paciente (ansiedad, depresión, estrés) influye notoriamente en el transcurso de la enfermedad, relacionándose con un incremento de la mortalidad y de la morbilidad. (Merino- Martínez, Morillo-Gallego, Sánchez- Cabezas, Gómez - López, & Crespo -Montero, 2019)

Dentro de las dimensiones para medir la calidad de vida, se encuentra el bienestar emocional, Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2008) lo definen como un estado en el que imperan la tranquilidad, la seguridad, y la vida sin agobios ni nervios. Lo evalúan mediante los indicadores: satisfacción, auto concepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos. Por el contrario, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017) destaca, como predictor clave de un deficiente bienestar emocional, la presencia de ansiedad o estrés. Para superar estos estados, el organismo entra en una fase de tristeza como método de autodefensa, ya que esta es una emoción que promueve la reflexión, el descanso y contribuye a un reajuste psicológico, necesarios para superar la situación que ha causado dicho desajuste. Pero para que la tristeza no se convierta en un elemento nocivo y pueda acabar derivando en depresión, ha de tener una duración moderada. Debido a una carencia o mala calidad de las relaciones sociales y a la falta de actividad, el adulto es proclive a padecer episodios largos de tristeza, provocados por cualquiera de las circunstancias mencionadas y propiciados por una baja autoestima. (Serra & Mora, 2019)

El funcionamiento social se define como la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar, conyugal y laboral. De hecho, el síntoma predominante en los pacientes crónicos es el deterioro en el rendimiento social, por lo que la mayoría de ellos tienen que aprender o reaprender habilidades sociales para adaptarse a la comunidad. Así, la comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo y los grupos comunitarios es fundamental para la salud en todas las edades,

ya que, fortalecen física y mentalmente, y se relacionan directamente con la sensación de bienestar y la calidad de vida. (Rivera- Rojas, Ceballos- Vásquez, & Vilchez -Barboza, 2017).

Según la OMS (2003), el funcionamiento social hace referencia al trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc. Dentro de este apartado, hay que considerar también las actividades de rol, esto es, desempeño de papeles asociados con el trabajo y la familia. (Salud, 2003).

En cuanto al área laboral o rol físico, se refiere a la capacidad de rendimiento que puede presentarse como el menor del deseado durante las actividades diarias del paciente. Se mide a través del grado de interferencia en el trabajo y otras actividades diarias. (Prieto, 2012).

La HD, es una importante limitante para desenvolverse en un entorno de trabajo con jornada laboral estándar, puesto que la diálisis exige determinados días en un horario fijo la mayor parte del tiempo. (Morales-Ojeda, García, Neira-Molina, Ortiz-Vázquez, & et.al, 2019).

Asimismo el bienestar físico, es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio donde muestre que tiene resistencia, fuerza, agilidad, habilidad coordinación y flexibilidad, es decir hace referencia a tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables como las repercusiones que tiene la actividad física en el organismo, tanto a nivel físico, psíquico, son muchas, y es ese aspecto en el que se ha de intervenir, debe intentarse mantener el máximo de tiempo posible la autonomía física y mental, conservar la salud, las condiciones físicas y psíquicas. Para ello será necesario adquirir hábitos de conducta adecuados y una forma de vivir que se relacione con la salud, entre estos hábitos están los hábitos alimentarios tanto en calidad como en cantidad, realizar actividades gratificantes como actividades físicas y recreativas, tratando de mejorar la calidad de vida. En los pacientes con (ERCT), el bienestar físico va a estar afectado por los síntomas como el dolor, medicación y el tratamiento que deben seguir. (Rivera Vázquez & Rojas, 2018).

En la dimensión vitalidad, se evalúa la energía del usuario o la sensación de cansancio y agotamiento, en los pacientes hemodializados, la modalidad del tratamiento y su condición crónica son factores limitantes, que generan estrés, limitan su capacidad de viajar y realizar actividades físicas, generando a su vez dependencia y sentimientos de frustración e inseguridad. (Morales-Ojeda, García, Neira-Molina, Ortiz-Vázquez, & et.al, 2019).

Por otro lado, la Independencia, se refiere a decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde

vive, las personas con las que está. Durante el proceso de envejecimiento, la persona está sometida a un mayor número de pérdidas, en comparación con otras etapas de la vida. Dado que con el aumento de la edad se reducen las posibilidades, los estudios de las metas personales con población mayor son reducidos (Julen Díaz, 2016).

Los pacientes con IRC, tienden a la posibilidad de que el proyecto de vida que mantenían anteriormente a la enfermedad se veo estancado, debido a que deben considerar aspectos de progresión de la enfermedad, las metas que tenían deben ser reformuladas. La persona pierde la autonomía personal por que debe contemplar varios factores, como la hospitalización en el caso de que ocurra, en la familia tendrá cuidados exclusivos y deben depender totalmente del tratamiento en este caso la diálisis para el correcto funcionamiento de los riñones. El paciente debe ponerse otros objetivos y organizar su vida en cuestión a su bienestar de salud. (Verdugo, 2013).

La función cognitiva, se define como a la habilidad de aprender y recordar información; organizar, planear y resolver problemas; concentrarse, mantener y distribuir la atención; entender y emplear el lenguaje, reconocer (percibir) correctamente el ambiente. Sobre esta dimensión, los pacientes refieren que después del tratamiento de diálisis se sienten agotados física y mentalmente por todo lo que el proceso implica, afectando muchas veces su capacidad para pensar y reaccionar. En varios estudios se muestra que el deterioro cognitivo se ve afectado por factores como la edad, nivel de estudios, alteraciones vasculares y enfermedades crónicas asociadas; todos factores de riesgo presentes en la enfermedad renal. (Morales-Ojeda, García, Neira-Molina, Ortíz-Vázquez, & et.al, 2019)

Por otro lado, los efectos del procedimiento de hemodiálisis, como calambres, hipotensión, fiebre, prurito, náuseas, vómitos, y cefaleas entre otros, provocan diversas situaciones que comprometen la salud de las personas que padecen ERC, ya que se ven obligadas a cambiar su estilo de vida, llevando a cabo modificaciones en su vida cotidiana (Zubirán & Herrero, 2016).

En la actualidad, las enfermedades crónicas como la IRCT son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la calidad de vida de la persona y originando nuevas exigencias que deben ser afrontadas. Por ello, la incidencia de las enfermedades crónicas no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal (autoimagen, auto concepto, integridad corporal, funciones cognitivas, autonomía y equilibrio emocional), sino también como un desafío dadas las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, las mismas que implican la introducción de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios, la modificación de actividades laborales y sociales, y la alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos. (Cassaretto, 2004).

Para la variable sexo, al comparar hombres y mujeres, se concluye que las mujeres obtuvieron peor puntuación en el listado de síntomas/problemas en comparación con los hombres en estas dimensiones de la calidad de vida: Salud general, Vitalidad, Rol físico, Dolor y Rol emocional. Por el contrario, estudios relacionados con la CVRS de pacientes dializados, apuntaban una peor calidad de vida para la mujer en la dimensión cognitiva, lo que se relaciona con más prevalencia de depresión y ansiedad. (Rebollo Rubio A, 2014).

En cuanto a la edad al tratarse de una enfermedad crónica, se ve ligada al concepto de CVRS, de manera que existe una asociación entre esta variable y niveles bajos de CVRS, mientras más avanzada sea la edad peor CVRS perciben los propios pacientes. (Sánchez Cabezas AM, 2019)

Por último, con respecto a la variable tiempo en hemodiálisis, las personas que llevaban menos de 1 año en diálisis resultaron tener puntuaciones más bajas en el componente mental que las que tenían menos años de tratamiento. Para algunos autores, el hecho de estar más años en tratamiento podría ayudar a percibir que la CV mejora porque las personas logran adaptar su vida a diálisis. (Guerra-Guerrero, Sanhueza-Alvarado, & Cáceres-Espina, 2012)

Con respecto a la otra variable en estudio afrontamiento y regulación emocional, hay muchas definiciones que fueron surgiendo a lo largo del tiempo; Lazarus y Folkman (1994) , definieron al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar demandas internas o internas desbordantes para el ser humano, es decir que actúa como regulador del desajuste emocional ante situaciones estresantes o excesivas; si es efectivo no se presentará dicho malestar, en caso contrario podría verse afectada la salud de forma negativa. (Laura-M Sanchez-Castillejo, 2019)

El afrontamiento se ha estudiado tradicionalmente en relación con el estrés y la enfermedad (Folkman, 2011). No obstante, Lazarus y Folkman (1986) reconocen el valor que tiene el afrontamiento no sólo en el contexto salud -enfermedad, sino también en otros contextos como la familia y el trabajo; sin embargo, la definición de regulación emocional es más amplia, ya que hace referencia no sólo a las emociones negativas, sino también a las positivas. Son muchas más las clasificaciones que se han propuesto de las diversas estrategias de afrontamiento, que de las de regulación emocional. No obstante, hoy en día no se cuenta con una clasificación definitiva en ninguno de los dos casos. Seguramente ninguna forma de regulación emocional ni de afrontamiento se pueda considerar intrínsecamente positiva o negativa. Puede variar mucho dependiendo de la persona, de la situación o de las metas que se tengan en dicha situación. Sin embargo, no se puede negar que, en general, hay formas de regulación emocional y de afrontamiento más adecuadas que otras. (Laura-M Sanchez-Castillejo, 2019).

Según Campos y Velasco (2004), el afrontamiento se revela como un proceso complejo y multidimensional que es sensible tanto al ambiente (demandas y recursos) como a las disposiciones de personalidad. Las formas de afrontamiento que resultan adaptativas serían aquellas que consiguen disminuir el distress fisiológico y mejorar la respuesta corporal (por ejemplo, mejorar la respuesta inmunitaria o disminuir el gasto cardíaco), minimizar las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplificar las positivas, así como reforzar la auto-estima, aumentar recompensas y disminuir castigos o resolver los problemas y mejorar el rendimiento y ajuste social. Desde este punto de vista, existen diferentes formas de coping que pueden desempeñar las mismas funciones psicológicas, o la misma forma cumplir diferentes objetivos, entre los que se plantean como regulación emocional o función emocional al disminuir la afectividad negativa y aumentar la positiva; resolver el problema o función instrumental; proteger la auto-estima y mantener un auto-concepto como persona digna o función motivacional defensiva y manejar las relaciones sociales o función de integración social. Además, a partir de las teorías de funciones psicosociales) y de los criterios de salud mental, pueden agregarse las siguientes como conocer exactamente la realidad y aceptarla, evaluarla fiablemente o función de conocimiento/aprendizaje; darle un sentido, comprender y percibir el mundo como controlable, justo, y previsible o función de construcción de sentido y ;construir un significado positivo de conocimiento y crecimiento personal o ;función de desarrollo personal o construcción del significado del mundo y de sí mismo. (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004).

Hay dos formas de afrontamiento, uno centrado en el problema, el cual la persona está centrada en la resolución del mismo, inmerso en él tiene las demandas internas o ambientales que presentan amenazas y desequilibran la relación individuo-entorno, cambiando las circunstancias problemáticas o aportando recursos para hacer frente a este. Por otro lado, tenemos el afrontamiento centrado en las emociones, que tienen como función la regulación emocional, donde se encuentran los esfuerzos para afrontar y mejorar el malestar o la situación estresante. Sin embargo, el afrontamiento no siempre es saludable, porque a veces las personas adoptan estrategias que producen más dificultades. (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004)

Se considera que las enfermedades crónicas son las generadoras de estrés en las personas que la padecen, ya que implica que va a ocurrir un proceso de determinación continuo a nivel biológico, psicológico y social, en algunos casos de por vida; es por esto que la calidad de vida se ve afectada. (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004)

Dentro de las familias de afrontamientos y adaptación psicosocial, Skinner y sus colaboradores identificaron distintos estresores para clasificar las estrategias de afrontamiento, la primera es la Resolución de Problemas la cual, se caracterizaría por contener clases de ítems

agrupados en base a los prototipos de afrontamiento de acción instrumental, activa y centrada en el problema, y relacionadas cercanamente estarían el análisis lógico, esfuerzo, persistencia y determinación, marcando su funcionalidad en el proceso de adaptación al entorno, ajustando acciones para lograr modificarlo, también incluiría las estrategias de aproximación y focalización en el problema, optimización, compensación y reparación.. (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004).

La búsqueda de Apoyo Social, con fines instrumentales, informativos y emocionales, se define como una forma de afrontamiento frecuente, las personas lo utilizaban para enfrentar y tratar de modificar un estado de ánimo negativo, aunque generalmente se asociaba a descargar emociones más que a buscar apoyo, evaluándose como eficaz solo a veces. Según el meta-análisis de Penley y colaboradores, se encontró una ligera relación negativa entre ambas formas de búsqueda de apoyo social y la salud, donde a mayor controlabilidad del estresor y a mayor duración, la búsqueda de apoyo provoca peor ajuste psicológico. (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004).

En lo que respecta a la Huida/evitación, en esta familia, se incluye la desconexión mental, desconexión o evitación cognitiva y/o conductual, evitación del problema, denegación, desconexión voluntaria y huida, que implicarían esfuerzos por desengancharse o estar lejos de la transacción estresante o de un entorno que no es contingente con las necesidades y metas de la persona., son formas de afrontamiento de evitación que siendo inadaptativas a largo plazo, son frecuentes en el momento mismo de lo ocurrido y sirven para minimizar la respuesta afectiva en el momento climático del estrés ya que ayudan a coordinar acciones y demandas del entorno. (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004)

La Distracción, se refiere a los intentos activos para tratar con una situación estresante mediante el enganche en una actividad alternativa agradable, esta categoría incluye una variedad de actividades alternativas a la situación estresante (hobbies, ejercicio, ver la TV, ver a los amigos o leer). Se considera una parte de la familia del coping por control secundario o acomodativo, que incluye aceptación y minimización junto con reestructuración cognitiva (Skinner et al., 2003). La distracción se asocia a menor depresión y malestar (Compas et al, 2001). Este estilo se considera adaptativo cuando no se vivencia como una obligación compulsiva y se asocia a la gratificación y al placer. Entendiendo la distracción como sublimación o canalización de emociones inadaptadas a actividades socialmente aceptables, este estilo de afrontamiento habría predicho el ajuste social, la satisfacción vital y el apoyo social 20 años después de ser evaluada (Páez, 2004)

La Reevaluación o Reestructuración Cognitiva, se definen como los intentos activos de cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de verla con un

enfoque más positivo. Incluye focalizarse en lo positivo o pensamiento positivo, auto-reconfortarse optimismo, minimización del distress o de las consecuencias negativas y crecimiento personal. Se considera parte de afrontamiento acomodativo o secundario y también se puede combinarse con resolución de problemas para formar la familia de Coping activo (Skinner et al., 2003). Además, las respuestas de auto-reconfortarse y de auto-controlarse, cuando se asocian a la expresión regulada, hacen parte de la respuesta primaria de regulación emocional. (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004)

Por otro lado, la Rumiación, se refiere a la focalización repetitiva y pasiva en lo negativo y las características amenazantes de situación estresante, incluyendo formas de afrontamiento de menor orden como pensamientos intrusivos, negativos, catastrofismo, amplificación de la ansiedad, autoinculpación o auto-responsabilización y miedo. También se ha considerado como una forma de perseverancia rígida (opuesto a la acomodación flexible) y junto con la activación psicológica y emocional, se considera una reacción al estrés. Es muy frecuente que las personas hagan introspección y se absorban en reflexionar sobre sí mismos en respuesta a un hecho negativo, aunque el auto-responsabilizarse de éstos reforzará las cogniciones negativas sobre sí mismo y probablemente, por esta vía, se reforzará la afectividad negativa –impidiendo además la modificación del sentido de lo ocurrido y la adopción de estrategias constructivas de distracción o solución del problema, si el problema es resoluble. Hay que señalar que las personas que tienden a reprimir sus sentimientos y a evitar pensar también sufren de periodos de pensamientos recurrentes, por lo que la inhibición y la Rumiación se consideran asociadas en un mismo proceso disfuncional. Probablemente, la rumiación repetida va a reforzar el estado de ánimo negativo y si no se asocia a la búsqueda de un sentido alternativo tampoco ayudará a la asimilación del hecho traumático. Penley et al., (2002) confirman que la aceptación de la responsabilidad de hechos estresantes es disfuncional para la regulación afectiva, en particular cuando el estresor es incontrolable. Compas et al., (2001) también encontraron que el auto-criticarse se asociaba a un peor ajuste (más depresión y ansiedad, más problemas de conducta y peor rendimiento). (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004)

Asimismo, la Desesperación o Abandono, se refiere al conjunto de acciones organizadas en torno al abandono o renuncia del control a la hora de manejar de una situación que se percibe como incontrolable y difícil para lograr evitar castigos y obtener recompensas. Estas respuestas se caracterizan por el abandono conductual (aceptar que no se puede hacer nada) unido a la impotencia (rendirse, indefensión). Incluye la inactividad, pasividad, abandono, estoicismo, parte de resistencia, desesperanza confusión, interferencia cognitiva, abatimiento o desánimo y pesimismo, que serían clásicas del constructo de Indefensión Aprendida (Skinner et al., 2003). En

general, el abandono de resolución del problema se asociaba con depresión, mayores problemas de conducta y menor ajuste social (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004)

El Aislamiento Social es el conjunto de respuestas orientadas a aislarse del entorno social, a ocultar sus sentimientos y protegerse evitando contactar con otros o prevenirse de que otros sepan sobre la situación estresante o sus efectos emocionales, constituye la respuesta de abandono. Incluye la evitación de los demás, ocultación, aislamiento, estoicismo, parte de la desconexión o desvinculación y abandono emocional (Skinner, 2003)

La Regulación Afectiva según Skinner et al., (2003) la definen como los intentos activos de influir sobre el distress emocional y expresar constructivamente las emociones en el momento y lugar adecuados, de manera que los recursos sociales que la persona tiene disponibles queden protegidos sin que la confianza en uno mismo disminuya. Se considera parte de las actividades de autocontrol junto con conductas de autorregulación por algunos autores, en ella se incluirían la expresión emocional, el auto-reconfortarse o tranquilizarse a uno mismo, control emocional, relajación y expresión emocional. Se ha diferenciado una forma de aproximación emocional constructiva, (experiencia, entendimiento y expresión emocional) de las formas de afrontamiento centradas en la emoción que reflejan una descarga incontrolable de emociones negativas (ventilación emocional). Actividades como la relajación, el ejercicio físico como estimulador del nivel energético (por ej.: dar un paseo) o formas activas de modificación del malestar personal como tomar un baño, se entienden como conductas de reparación directa emocional. Estas eran evaluadas como más eficaces que las formas de reparación emocional pasivas (descansar, dormir, comer, ver la TV, beber café o similares) y se asociaban a la reestructuración cognitiva positiva, la distracción y el humor. (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004)

Dentro de la regulación emocional, se encuentra el Autocontrol, Estoicismo y Modificación del yo, que son respuestas de auto-reconfortarse y autocontrol y se asocian a menores problemas afectivos y de ajuste social, aunque las tentativas de autocontrol son difíciles de aplicar en momentos de enojo intenso. Aguantar e ignorar la situación –Aceptación y estoicismo– también se asocia a menor intensidad y displacer en enojo, sugiriendo que aprender a vivir y aceptar el estrés interpersonal es eficaz. El meta-análisis de Penley encontró que el auto-control se asociaba positivamente a la salud física, mientras que se asociaba negativamente al bienestar psicológico. El auto-control o supresión emocional puede ayudar a concentrarse en buscar soluciones y no quemar la red social, facilitando en parte la búsqueda de apoyo instrumental e informativo. Sin embargo, al impedir la comunicación verbal sobre las emociones, limita la búsqueda de apoyo afectivo, la formación de lazos de intimidad, y puede asociarse a sensaciones de aceptación desesperanzada, por lo que tiene efectos psicológicos o emocionales negativos. Por tanto, el

autocontrol puede ayudar al ajuste conductual, pero, sin el componente de verbalización y expresión modulada de las emociones, probablemente provoca un gasto de inhibición que refuerza el estrés. (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004)

La regulación mediante la Inhibición o Supresión Emocional de emociones o pensamientos negativos, se define como una respuesta considerada eficaz en afectividad negativa de hecho, la distracción se usa para suprimir estos pensamientos asociados a la emoción de enojo. Además, si la supresión es flexible es eficaz ante hechos estresantes no demasiado intensos ni prolongados (Páez, 2004).

La Catarsis o expresión emocional intensa implicaría conductas emocionales como llorar, gritar, como forma de modificar un mal estado de ánimo, y que se asociaban a la afiliación o búsqueda de apoyo social, estando evaluadas en conjunto como poco eficaces (Thayer, 1998). El meta-análisis de Compas et al., (2001) y el de Penley et al., (2002) encontraron que la descarga afectiva se asociaba negativamente a la afectividad, al ajuste social y a la enfermedad este último también encontró que la búsqueda de apoyo social afectivo tenía efectos negativos. (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004)

En relación con la Expresión Verbal de las emociones, es frecuente creer que hablar sobre éstas, incluido el enojo, es beneficioso y que inhibir la comunicación es negativo opinión dominante en personas occidentales, aun percibiéndose como medianamente eficaz para la recuperación de la afectividad negativa. (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004)

Siguiendo con las familias de afrontamiento, la Búsqueda de Información haría referencia a la tentativa de aprender más sobre la situación estresante, incluidas sus causas, consecuencias y significado, así como a estrategias de intervención. Constituiría una forma habitual de responder al estrés, siendo similar a otras formas de afrontamiento como la sensibilización, seguimiento y vigilancia, la búsqueda de información repetitiva se asocia al rasgo de personalidad de sensitización o vigilancia rígida, vinculada a la alta reactividad ante el estrés y a la ansiedad, así como a la rumiación. Pensar voluntariamente, la rumiación y la búsqueda de apoyo social informativo generalmente se asocian, considerándose que la búsqueda de información para atribuirle un sentido a lo ocurrido, junto con la reconstrucción positiva, son las dos tareas cognitivas centrales para asimilar un hecho estresante negativo (Skinner, 2003)

Por otro lado, la Negociación, se agrupa, en general a los intentos activos de persuadir a otros, hacer un trato o arreglo, proponer un compromiso o pacto, con el fin de disminuir el estrés, siendo una de las formas más comunes de afrontar los estresores interpersonales. Incluiría el establecimiento de prioridades, reducción de las demandas, y modificación de estresores. En el

ámbito de la autodeterminación personal, se considera una respuesta constructiva autónoma a los miedos coercitivos, pudiéndose asociar también a la comunicación asertiva (Skinner et al., 2003).

La Oposición y confrontación, en esta familia se agrupa el componente conflictivo y de expresión de emociones negativas ante estresores interpersonales, incluyendo la confrontación o expresión de enojo a terceros, agresión o culparles atribuyéndoles la responsabilidad del problema. En ella se incluirían la proyección, reactividad, ira, descarga y ventilación emocional. Es una categoría controvertida al solaparse con problemas externalizados de conducta y con síntomas de psicopatología (Skinner et al., 2003). Este estilo de afrontamiento se considera inadaptativo, y se asocia a la depresión y ansiedad. Sin embargo, junto con la elaboración ideológica y la movilización social forma parte de los estilos de afrontamiento de tipo colectivo, que en algunos casos se asocian a minimización del estrés (Basabe, Páez, & Rimé, 2005)

Por último, en cuanto al Afrontamiento mediante participación en rituales públicos, privados y religión existen evidencia empírica que muestra los efectos positivos como forma de afrontar hechos estresantes, en particular de pérdida. Además, la religiosidad se asocia al bienestar, y el afrontamiento mediante rezar y participar en ritos religiosos, se considera efectivo, presentando funciones psicológicas para la adaptación (ayuda a dar sentido y amortiguar el estrés) (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004)

Por todo lo expuesto, es importante relacionar la problemática de la enfermedad renal en el aspecto psicológico y destacar la teoría de Virginia Henderson esta teorista resalta en términos Salud Cuidado Persona Entorno desde una perspectiva holística, y hace manifiesto al modelo de las 14 necesidades en donde considera al paciente como un individuo que precisa tratar de buscar la ayuda a la recuperación de la persona e integración total de mente y cuerpo, demostrando así personas que la base del conocimiento de la enfermería moderna plantea en los cimientos en el proceso enfermería en pacientes que padecen del tratamiento de hemodiálisis, que son vulnerables a verse afectados, dado que este entorno fomenta que la calidad de vida en la salud se vea alterada debido al desequilibrio que favorece el presentar esta enfermedad. (Uriz, 2007).

Por ello se ha observa que en la calidad de vida en la salud es el margen de vigor físico y mental donde permite a un individuo trabajar con su máxima efectividad y permite llegar más alto nivel de satisfacción en la vida, Puesto que la independencia de la persona es importante la funcionalidad de sus logros; donde la satisfacción se verá reflejada en las 14 necesidades básicas.

Las necesidades básicas constan de la función específica de la enfermera, que se refiere a ayudar a la persona enferma o sana, donde la realización de actividades contribuye a la salud en la recuperación, independencia o tratar de apaciguar la muerte digna. Así mismo se puede ver que la primera necesidad básica está enfocada tener en cuenta el respirar normalmente interviene en el

intercambio gaseoso del cuerpo que llega hacer la esencial para la salud paciente y la vida misma; en el segunda necesidad fue comer y beber adecuadamente, donde se debe de tomar en cuenta los estrictos estándares de su alimentación y los problemas metabólicos, electrolíticos, nivel digestivo, anemia, desnutrición entre otros, son unos de los posibles problemas que afrontaran las personas sometidas a hemodiálisis, donde también en la necesidad de eliminación por todas las vías corporales, se encuentra alterado debido a que el principal órgano excretor para la eliminación de las toxinas se encuentran dañados y es más que necesario proporcionar brindar una mejor calidad de vida digna en estos pacientes cuando son sometidos a estos tratamientos. (Zahira -Esperanza, Duque-Castaño, & Tovar-Cortés, 2016)

Del mismo modo necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas, se encontrará un poco alterada debido a las limitaciones que presenten con los catéteres, fistulas en los primeros años de vida y conforme la edad y percepción de las personas. Mientras tanto en la quinta necesidad descansar y dormir es indispensable para todo ser humano, pero puede en algunos casos verse alterados debido al síndrome de piernas inquietas como ver alteración por la limitación del catéter o fistulas que interfieren en el descanso de estos pacientes. (Zahira -Esperanza, Duque-Castaño, & Tovar-Cortés, 2016)

Así mismo en la necesidad siete se fomenta mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente; donde esta necesidad ocasionalmente se altera al padecer focos infecciosos o febriles donde el personal de salud debemos atender, mientras tanto mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, fomenta al cuidado a mantener cambios de la imagen corporal donde el catéter o la fistula ha sido colocada para evitar zonas de infección, del mismo modo en la necesidad nueve fomenta evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas, donde los pacientes con hemodiálisis tratarán de comprender de reconocer que los problemas que tendrán con su vida; como también la comunicación con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones, en los pacientes con hemodiálisis ayudara en poder vivir de acuerdo con las propias creencias y valores, en esta necesidad es importante debe respetar la toma de decisiones del paciente, como también los pensamientos y la cultura y religión que forman parte de esencial sobre la calidad de vida que tendrán los pacientes con hemodiálisis. En la necesidad doce hacen énfasis de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal en donde el personal de salud es importante promuevan al alcance de metas y logros con su propio esfuerzo. (Zahira -Esperanza, Duque-Castaño, & Tovar-Cortés, 2016)

Como también en la participación en las actividades recreativas, en los pacientes con hemodiálisis determinara en mejorar la salud mental del paciente. Mientras en la necesidad catorce

indican que aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles, en donde el paciente con hemodiálisis desarrollara habilidades, destrezas y conocimientos es favorable para la salud durante la calidad de vida. (Aspiroz, Aladrén, & Vives, 2016)

Así mismo Virginia Henderson forma parte de un componente esencial en la salud tratando de fortalecer el sentido de la vida, dando lugar a la salud física, mental y perdurabilidad durante al largo de los años; como también constituye a la conformidad el cual recae en el interés de la salud y la felicidad innata de la autorrealización.

Este cuidado debe ser esencial de la persona capacitada que dispone a formalizar puesto que satisface las necesidades del ser humano con un propósito de impulsar la recuperación de la persona.

El cuidado de enfermería durante la insuficiencia renal crónica implica en buscar la autorrealización de la persona potenciando así tener el apoyo de las personas que les rodea ya que eso implica que algunas personas son dependientes de otra puesto que sus cuidadores y familiares facilitan al apoyo mutuo de ambos permitiéndoles disminuir el proceso de su enfermedad y apaciguar los síntomas propios de las enfermedades (Alligood- Raile & Marriner -Tomey, 2018).

## **Material y métodos**

### **Tipo de estudio**

El estudio corresponderá a un abordaje cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

Se realizará mediante un enfoque metodológico cuantitativo, utilizando la recolección y el análisis de datos para dar respuestas a las preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente. Se confrontarán los hechos para comprobar la teoría con la práctica. El rol del investigador será neutral y objetivo. El diseño será predeterminado y estructurado, con una planificación previa de toda la investigación. Los instrumentos serán estandarizados y uniformes para recoger información que pueda someterse a análisis estadístico-matemático y que sus resultados puedan generalizarse a la población.

Será observacional, ya que no habrá manipulación de las variables por parte del investigador, es decir, se estudiarán tal y como se presenten en su contexto natural. Descriptivo, ya que tendrá por objetivo determinar la situación de las variables en estudio, en una población específica, la presencia o ausencia de alguna de ellas, en quienes se presentan y con qué frecuencia, pudiendo sugerir la asociación entre variables. A su vez será transversal, ya que se realizará una única medición de las variables en estudio, y prospectivo, ya que el investigador irá registrando la información según vayan ocurriendo los hechos.

### **Sitio y contexto de la investigación:**

Para la selección del sitio de investigación se aplicó una guía de convalidación (Ver anexo I) la cual no se pudo realizar una comparación con otra institución ya que es la única de la ciudad que realiza hemodiálisis. Ante ello, se realiza un relevamiento de datos del sitio, y tras los resultados del estudio exploratorio (Ver anexo III) permite seleccionarlo ya que reúne los criterios de elegibilidad para llevar a cabo el siguiente proyecto, identificando las variables en estudio, la población acorde y su factibilidad.

El estudio se llevará a cabo en un efector privado, en la ciudad de San Lorenzo, Santa fe, de alta complejidad dónde solo se realiza tratamientos por causa de enfermedad renal. La misma cuenta con una amplia sala dividida en dos alas, con once máquinas y once sillones, para el tratamiento de hemodiálisis. Además, posee dos consultorios, dónde se atiende otras especialidades como urología, y una habitación de recuperación anexa a la sala principal, de dónde se atienden pacientes en caso de descompensación aguda.

La institución está a cargo de un médico nefrólogo de gran trayectoria, y lo secundan en su labor una doctora nefróloga reconocida, la cual es la directora, además de otros médicos especialistas en la materia quienes realizan el seguimiento de los pacientes en diálisis, junto con

el plantel de trece enfermeras/os técnicos en hemodiálisis. Semanalmente concurre una psicóloga, una nutricionista y una trabajadora social para asistir a los pacientes que necesiten su atención.

### **Población y muestra.**

La población estará constituida por todos los pacientes ambulatorios en tratamiento de hemodiálisis.

La unidad de análisis será cada uno de los pacientes ambulatorios en tratamiento de hemodiálisis, y que reúnan los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión:

- Pacientes que lleven más de 6 meses de terapia sustitutiva renal.

#### Criterios de exclusión:

- Pacientes con patologías psiquiátricas como: alzhéimer, demencia senil.
- Pacientes con patologías cardíacas y metabólica de base como DBT.
- Pacientes que realicen diálisis eventuales en el instituto.
- Pacientes que vivan solos, sin posibilidad de contención familiar.

El tamaño de la población será aproximadamente de 90 pacientes adultos mayores de 18 años, dato aportado por el estudio exploratorio, por tal motivo, se tomará la población total y no se realizará muestreo, ya que la misma es factible de ser abordada en su totalidad.

Con respecto a la validez externa los resultados serán generalizables solo a la población del estudio. Posee limitaciones para generalizarlos debido a que se realizará en un solo lugar y no se realizará muestreo.

### **Técnica e instrumentos de recolección de datos:**

Para medir la Calidad de vida de los pacientes, se utilizará la técnica de encuesta, y como instrumento un cuestionario auto- administrado (ver anexo II). Es un instrumento validado diseñado por Ramírez, et al basado en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, (Ramírez, Durón, Rivera, Aguilar, & et.al, 2002) compuesto por once dimensiones que evalúan las áreas de la vida, estos son: emocional, el cual posee 4 ítems para su medición; las dimensiones laboral, familiar, conyugal, energía/fatiga, independencia y calidad de vida en general, poseen 2 ítems por cada dimensión , y por últimos las otras dimensiones que son social, económica, cognitivo y efectos de diálisis se miden a través de 1 solo ítem. Consta en total con 20 ítems, mediante una escala tipo Likert, donde sus opciones son nada, un poco, regular, bastante y mucho.

Para medir la variable estrategias de afrontamiento y regulación emocional, se aplicará la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario (ver Anexo II) llamado Escalas de

Afrontamiento (Campos, Iraurgi, Páez, & Velasco, 2004) clasificadas por Familias de Skinner et al. (2003). El mismo está conformado por 27 ítems, que se dividen en 12 dimensiones, las cuales son: resolución de problemas; búsqueda de apoyo social; evitación; reevaluación positiva; rumiación; abandono; aislamiento social; regulación afectiva inhibición, expresión y descarga emocional; búsqueda de información, oposición y afrontamiento mediante rituales públicos y privados, que evalúan tanto estrategias de afrontamiento “activas y de aproximación” como “pasivas y de evitación”. Por cada ítem se recolectará el dato mediante una escala tipo Likert, donde sus opciones son nada, casi nada, bastante y mucho.

Se utilizarán estos tipos de instrumentos ya que como ventajas se plantean que tienen menor costo y mayor cobertura poblacional, además se requiere menos tiempo para la recolección de datos, menos riesgo de distorsiones producidas por el investigador, se resguarda la identidad del participante y existe mayor tiempo de reflexión por parte del encuestado. La desventaja que se puede prever es que, es poco flexible, la información no puede variar ni profundizarse, no se puede utilizar en personas que no saben escribir ni leer, no permite aclaración de dudas sobre preguntas o la comprobación de las respuestas y quien contesta escondiendo la verdad produce alteraciones en los resultados.

Se aplicó una prueba piloto del instrumento (Ver Anexo IV) a una población con características similares a la del estudio, que no van a participar del mismo, con el objetivo de conocer si mide las variables que se pretende medir, si se produce algún inconveniente, si habría que modificar algún aspecto del mismo y si el tiempo de aplicación es el esperado.

Esta prueba permite minimizar los sesgos potenciales en las respuestas de los encuestados, permitiendo identificar si algún ítem está mal formulado o si resultara incomprensible; si el ordenamiento y presentación de las preguntas son correctas y si las instrucciones para su llenado son precisas y suficientes.

### **Operacionalización de variables**

**Variable: Calidad de vida** - Tipo: Cualitativa compleja, Función dependiente, Escala de medición Ordinal.

**Definición conceptual:** es un constructo complejo multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina felicidad, sentimiento de satisfacción y estado animo positivo y la segunda, está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.

### **Dimensión 1: Bienestar emocional**

Indicadores:

- Se siente triste
- Siente ganas de llorar
- Se siente nerviosa(a), angustiado (a) o ansioso(a)
- Está más irritable o enojón que antes

### **Dimensión 2: Funcionamiento social**

Indicador

- Su enfermedad le impide hacer visitas a sus amistades o salir a pasear

### **Dimensión 3: Laboral**

Indicadores:

- Considera que su rendimiento en el trabajo ha disminuido desde que enfermo
- La enfermedad le impide trabajar

### **Dimensión 4: Familiar.**

Indicadores:

- Siente que le es menos útil a su familia
- Ha perdido el apoyo de su familia durante su enfermedad

### **Dimensión 5: Conyugal**

Indicadores:

- Su enfermedad le ha generado problemas con su pareja
- Ha disminuido su interés sexual

### **Dimensión 6: Energía/ fatiga**

Indicadores:

- En la mañana se siente peor
- Se siente cansado o decaído

### **Dimensión 7: Independencia**

Indicadores:

- Se siente usted una persona independiente
- Se siente inseguro con falta de confianza en sí mismo

### **Dimensión 8: Función cognitiva**

Indicadores:

- Le cuesta trabajo concentrarse

### **Dimensión 9: Efectos del procedimiento de diálisis**

Indicadores:

- Ha tenido alguna complicación durante la diálisis

### **Dimensión 10: Impacto económico**

Indicadores:

- Su enfermedad le dificulta ganar dinero para cubrir sus necesidades

### **Dimensión 11: Calidad de vida en general**

Indicadores:

- Cómo cree que ha sido su vida en el último mes
- Cómo le va en la vida.

**Variable: Estrategias de Afrontamiento y regulación emocional.** Tipo: Cualitativa compleja, Función independiente, Escala de medición Ordinal.

**Definición conceptual:** El afrontamiento se define como los diversos esfuerzos que realiza la persona para librarse de experiencias emocionales negativas. Sin embargo, el término regulación emocional es más amplio, ya que hace referencia no sólo a las emociones negativas, sino también a las positivas. (Campos, Iraurgi, Joseba, Páez, & Velasco, 2004)

### **Dimensión 1: Resolución de problemas:**

Indicadores:

- Concentré mis esfuerzos en hacer algo, intenté luchar contra mi problema/enfermedad
- Meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evité precipitarme
- Desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí.
- Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en éste.

### **Dimensión 2: Búsqueda de Apoyo Social.**

Indicadores:

- Le hablé a alguien sobre cómo me sentía, conversé sobre mis sentimientos con alguien
- Traté de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión.
- Hablé con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo.
- Hablé o contacté con alguien que podía hacer algo concreto sobre el problema.

### **Dimensión 3: Evitación**

Indicadores:

- Me volqué en el trabajo para olvidarme de todo, actué como si no pasará nada.
- Me negué a creer lo que había ocurrido.
- Fantasé o imaginé el momento en que podrían cambiar las cosas.
- Tome alcohol y/o tranquilizantes para olvidarme del problema o pensar menos en el

### **Dimensión 4: Reevaluación Positiva**

Indicadores:

- Redescubrí lo que es importante en la vida
- Acepté la realidad de lo ocurrido.
- Aprendí algo de la experiencia, crecí o mejoré como persona.

### **Dimensión 5: Rumiación.**

Indicadores:

- Analicé mi responsabilidad en el problema, me critiqué a mí mismo de lo ocurrido.

### **Dimensión 6: Abandono.**

Indicadores:

- Acepté lo que había sucedido y que no se podía hacer nada.
- Seguí adelante con mi destino, a veces se tiene mala suerte.
- Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo.

### **Dimensión 7: Aislamiento Social.**

Indicadores:

- Evite estar con la gente en general.
- Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.

### **Dimensión 8: Regulación Afectiva: Inhibición, Expresión y Descarga Emocional.**

Indicadores:

- Intenté guardar para mis sentimientos.
- Me sentí muy conmovido afectivamente y expresé, descargué mucho mis sentimientos en los otros.
- Expresé y dejé descargarse mis sentimientos y emociones.

### **Dimensión 9: Búsqueda de Información.**

Indicador:

- Intenté informarme sobre mi problema/enfermedad para superarlo mejor.

### **Dimensión 10: Oposición.**

Indicador:

- Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema.

### **Dimensión 11: Afrontamiento mediante rituales públicos y privados.**

Indicador:

- Recé más de lo habitual.

**Variable: Sexo.** Tipo cualitativa simple, Función Independiente, Escala de medición Nominal.

Indicador:

- Masculino
- Femenino

**Variable: Edad.** Tipo cuantitativa, Función Independiente, Escala de medición razón.

Indicador: será la edad en años según refiera el paciente.

**Variable: Tiempo en tratamiento.** Tipo cuantitativa, Función Independiente, Escala de medición de razón.

Indicador: será el tiempo en tratamiento expresados en años y meses según refiera el encuestado.

### **Principios de Bioética**

- **Principio de beneficencia:** Durante el desarrollo de toda la investigación se tendrá en cuenta que la población no esté expuesta a daños físicos ni psicológicos, se evitará infringir daño, teniendo en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los riesgos. Se asegurará a todos los sujetos del estudio la confidencialidad de los datos y que en ninguna circunstancia serán revelados o difundidos.
- **Principio de autonomía / respeto a la dignidad humana:** Implica el derecho a la autodeterminación y a la información completa. Para ello, a cada uno de los participantes de la investigación el objetivo del estudio, explicando que su participación es voluntaria y que serán libres de decidir si participan o no, se les señalará que pueden retirarse en el momento que lo deseen y podrán rehusarse a dar

información si lo considera invasivo para su privacidad. Para tal fin se le solicitará a cada participante del estudio la firma de un Consentimiento Informado (Anexo II), priorizando su estado de ser capaces de tomar decisiones y hacer elecciones sin presiones externas ni violencia mental o física. Con este principio se defenderá la libertad individual que cada participante tendrá para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección, con sus valores y convicciones personales sin interferir en sus derechos, deberes y valores

- **Principio de justicia:** Se respetará el trato justo a los sujetos en estudio, el reclutamiento de los participantes se hará de forma equitativa y se preservará su intimidad. Se evitará poner a un grupo en riesgo para beneficios de otros.

#### **Personal a cargo de la recolección de datos:**

La recolección de los datos estará a cargo de la autora del presente proyecto de investigación, por lo tanto, no se requerirá del adiestramiento de personal colaborador. Asimismo, dicha actividad se realizará durante la jornada laboral del turno de la mañana los días martes y jueves, ya que será el momento que se coordinó con el director de la institución. Previamente a tal actividad, se procederá a entregar el consentimiento informado y se verificará la firma de todos los pacientes que participen en el estudio.

#### **Plan de análisis**

Se realizará el agrupamiento de los datos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones. Este proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico SPSS versión 22, para ello, se trabajará con la colaboración de un profesional estadístico.

El análisis será univariado y bivariado, ya que describe la relación entre las variables en estudio, en este caso son la calidad de vida, las estrategias de afrontamiento y regulación emocional, la edad, el sexo y el tiempo en diálisis. Para ello, se utilizarán dos instrumentos para la recolección de datos, los mismos se dividirán para su análisis. Para la codificación de variables cualitativas complejas se realizará la reconstrucción asignando un valor numérico y estableciendo la escala.

La variable Calidad de vida, se encuentra compuesta por 11 dimensiones, las cuales son Emocional, Laboral, Familiar, Conyugal, la dimensión energía/fatiga, Independencia, Calidad de vida en general, Social, Económica, Cognitiva, y la dimensión de los efectos de diálisis; y 20 indicadores; cada indicador se medirá con una escala de Likert, con la siguiente codificación nada=1, poco =2, regular =3, bastante= 4, y mucho=5 puntos.

Para la dimensión bienestar emocional, constituida por 4 indicadores, se podrá obtener una mínima de 4 y una puntuación máxima de 20 puntos. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Calidad de vida baja = 4 a 9
- Calidad de vida media = 10 a 15
- Calidad de vida alta = 16 a 20

Para la dimensión funcionamiento social, constituida por un solo indicador, se podrá obtener una puntuación mínima de 1 y una máxima de 5. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Calidad de vida baja=1 a 2
- Calidad de vida media=3 a 4
- Calidad de vida alta=5

Para la dimensión función cognitiva, constituida por un solo indicador, se podrá obtener una mínima de 1 y una máxima de 5. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Calidad de vida baja=1 a 2
- Calidad de vida media=3 a 4
- Calidad de vida alta=5

Para la dimensión efectos del procedimiento de diálisis constituida por un solo indicador, se podrá obtener una puntuación mínima de 1 y una máxima de 5. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Calidad de vida baja=1 a 2
- Calidad de vida media=3 a 4
- Calidad de vida alta=5

Para la dimensión impacto económico constituida por un solo indicador, se podrá obtener una puntuación mínima de 1 y una máxima de 5. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Calidad de vida baja=1 a 2
- Calidad de vida media=3 a 4
- Calidad de vida alta=5

Para la dimensión, calidad de vida en general, constituida por un solo indicador, se podrá obtener una puntuación mínima de 1 y una máxima de 5. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Calidad de vida baja=1 a 2
- Calidad de vida media=3 a 4
- Calidad de vida alta=5

La dimensión laboral, constituida por 2 indicadores, se podrá obtener una puntuación mínima de 2 y una máxima de 10. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Calidad de vida baja = 2 a 4
- Calidad de vida media = 5 a 7
- Calidad de vida alta = 8 a 10

En la dimensión familiar constituida por 2 indicadores, se podrá obtener una puntuación mínima de 2 y una máxima de 10. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Calidad de vida baja = 2 a 4
- Calidad de vida media = 5 a 7
- Calidad de vida alta = 8 a 10

En la dimensión conyugal constituida por 2 indicadores, se podrá obtener una puntuación mínima de 2 y una máxima de 10. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Calidad de vida baja = 2 a 4
- Calidad de vida media = 5 a 7
- Calidad de vida alta = 8 a 10

En la dimensión energía/fatiga constituida por 2 indicadores, se podrá obtener una puntuación mínima de 2 y una máxima de 10. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Calidad de vida baja = 2 a 4
- Calidad de vida media = 5 a 7
- Calidad de vida alta = 8 a 10

En la dimensión independencia constituida por 2 indicadores, se podrá obtener una puntuación mínima de 2 y una máxima de 10. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Calidad de vida baja = 2 a 4
- Calidad de vida media = 5 a 7
- Calidad de vida alta = 8 a 10

Para la reconstrucción de la variable Calidad de Vida tendrá un rango de medición que irá desde 20 a 95 puntos, quedando reconstruida de la siguiente manera:

- Calidad de Vida = Baja = 20 a 44 puntos
- Calidad de Vida = Media = 45 a 70 puntos
- Calidad de Vida = Alta = 71 a 95 puntos.

La variable estrategias de afrontamiento y regulación emocional, se encuentra compuesta por 11 dimensiones y 27 ítems, cada uno se medirá con una escala de Likert, la cual estará compuesta por 4 categorías, a las cuales se les asignará un valor numérico quedando establecida la siguiente codificación: Nada = 0; Casi Nada =1; Cada tanto = 2; Mucho = 3 y Muchas veces = 4.

Para la dimensión resolución del problema, constituida por 4 indicadores, se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y una máxima de 4. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Estrategias de adaptación pasivas y de evitación con regulación emocional negativa=0 a 7
- Estrategias de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva =8 a 16 puntos.

Para la dimensión búsqueda de apoyo social, constituida por 4 indicadores, se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y una máxima de 4. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Estrategias de adaptación pasivas y de evitación con regulación emocional negativa=0 a 7
- Estrategias de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva =8 a 16 puntos.

Para la dimensión evitación, constituida por 4 indicadores, se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y una máxima de 4. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Estrategias de adaptación pasivas y de evitación con regulación emocional negativa=0 a 7
- Estrategias de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva =8 a 16 puntos.

Para la dimensión Reevaluación Positiva, constituida por 3 indicadores, se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y una máxima de 12. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Estrategias de adaptación pasivas y de evitación con regulación emocional negativa=0 a 6
- Estrategias de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva =7 a 12 puntos.

Para la dimensión rumiación, constituida por 1 indicador, se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y una máxima de 4. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Estrategias de adaptación pasivas y de evitación con regulación emocional negativa=0 a 2
- Estrategias de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva =3 a 4 puntos.

Para la dimensión abandono, constituida por 3 indicadores, se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y una máxima de 12. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Estrategias de adaptación pasivas y de evitación con regulación emocional negativa=0 a 6
- Estrategias de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva =7 a 12 puntos.

Para la dimensión aislamiento social, constituida por 2 indicadores, se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y una máxima de 8. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Estrategias de adaptación pasivas y de evitación con regulación emocional negativa=0 a 4
- Estrategias de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva =5 a 8 puntos.

Para la dimensión regulación afectiva: inhibición, expresión y descarga emocional, constituida por 3 indicadores, se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y una máxima de 12. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Estrategias de adaptación pasivas y de evitación con regulación emocional negativa=0 a 6
- Estrategias de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva =7 a 12 puntos.

Para la dimensión búsqueda de información, constituida por 1 indicador, se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y una máxima de 4. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Estrategias de adaptación pasivas y de evitación con regulación emocional negativa=0 a 2

- Estrategias de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva =3 a 4 puntos.

Para la variable oposición, constituida por 1 indicador, se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y una máxima de 4. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Estrategias de adaptación pasivas y de evitación con regulación emocional negativa=0 a 2
- Estrategias de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva =3 a 4 puntos.

Para la variable Afrontamiento mediante rituales públicos y privados, constituida por 1 indicador, se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y una máxima de 4. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

- Estrategias de adaptación pasivas y de evitación con regulación emocional negativa=0 a 2
- Estrategias de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva =3 a 4 puntos.

La variable estrategias de afrontamiento y regulación emocional, tendrá un rango de medición que irá desde 0 a 72 puntos, quedando reconstruida de la siguiente manera:

- Estrategias de adaptación pasivas y de evitación con regulación emocional negativa=0 a 36
- Estrategias de adaptación activa y de aproximación con regulación emocional positiva =37 a 72 puntos.

Para la variable sexo se recolectará el dato a través de la escala nominal dicotómica, que son masculino y femenino, según indique el encuestado. Se aplicará las pruebas estadísticas de moda y medidas de concentración y se codificará a través de los siguientes símbolos, M para masculino y F para femenino. Los datos serán representados en un gráfico circular, el cual se completará con los porcentajes de cada categoría.

Para la variable edad se recolectará el dato según el encuestado refiera para poder aplicar las pruebas estadísticas de tendencia central que serán modo, mediana y media, para luego cualificarlos en rangos etarios que irán desde 25 a 35 años, 36 a 45 años, 46 a 55 años, 56 años en adelante y los datos serán representados en un gráfico circular tipo torta.

Para la variable, tiempo en tratamiento en diálisis se recolectará el dato según el encuestado refiera para poder aplicar estadísticas de tendencia central que serán modo, mediana y mediana,

para luego cualificarlos en rangos de 6 meses a 1 año y de 2 a 5 años en adelante, y los datos serán representados en un gráfico circular tipo torta.



# Anexos

## **Anexo I:**

### **Guía de convalidación de sitio**

1. ¿La institución otorga permiso para realizar la investigación?
2. ¿El efector autoriza la publicación de los resultados obtenidos de la investigación?
3. ¿Cuál es la cantidad de pacientes?
- 4- ¿Cuántos de cada sexo?
- 5- ¿En el sitio de investigación seleccionado, contamos con la autorización necesaria para nuestros procedimientos?
- 6- ¿La institución dispone de espacios, donde el paciente pueda expresar algún malestar?
- 7- ¿Cuánto tiempo hace que el paciente realiza diálisis?
- 8- ¿Cuenta la institución con un equipo de trabajo interdisciplinario?
- 9- Si la respuesta es sí, ¿Cuáles son los integrantes?
- 10- ¿El paciente tiene acceso al equipo interdisciplinario?
- 11- ¿Cuando el paciente ingresa a diálisis, se le prescribe una cartilla de hemodiálisis?
- 12- Desde la institución ¿Se le informa al familiar del paciente sobre las intervenciones que se le realizan?
- 13- ¿El paciente tiene rutinas mensuales de laboratorio?
- 14- ¿Tiene constante evaluación psicológica?
- 15- ¿Tiene evaluación nutricional?
- 16- ¿La institución cuenta con una trabajadora social?

## AnexoII

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### Cuestionario auto -validado sobre Calidad de vida

Edad..... Sexo.....

Instrucciones: A continuación, encontrará algunos indicadores para describirse. Marcar con (x) la opción que mejor lo identifica. No hay respuestas correctas ni incorrectas, las siguientes opciones son las siguientes:

- ❖ Nada: N
- ❖ Poco: Pc
- ❖ Regular: R
- ❖ Bastante: BT
- ❖ Mucho: M

<b>DIMENSIÓN 1</b>		<b>N</b>	<b>PC</b>	<b>R</b>	<b>BT</b>	<b>M</b>
<b>Bienestar emocional.</b>	1-Se siente triste.					
	2-Siente ganas de llorar.					
	3- Se siente nerviosa(a), angustiado (a) o ansioso(a).					
	4-Está más irritable o enojón que antes.					
<b>DIMENSIÓN 2</b>		<b>N</b>	<b>PC</b>	<b>R</b>	<b>BT</b>	<b>M</b>
<b>Funcionamiento social.</b>	1-Su enfermedad le impide hacer visitas a sus amistades o salir a pasear.					
<b>DIMENSIÓN 3</b>		<b>N</b>	<b>PC</b>	<b>R</b>	<b>BT</b>	<b>M</b>
<b>Laboral.</b>	1-Considera que su rendimiento en el trabajo ha disminuido desde que enfermo.					
	2-La enfermedad le impide trabajar.					
<b>DIMENSIÓN 4</b>		<b>N</b>	<b>PC</b>	<b>R</b>	<b>BT</b>	<b>M</b>
<b>Familiar.</b>	1- Siente que le es menos útil a su familia.					
	2-Ha perdido el apoyo de su familia durante su enfermedad.					
<b>DIMENSIÓN 5</b>		<b>N</b>	<b>PC</b>	<b>R</b>	<b>BT</b>	<b>M</b>
<b>Conyugal.</b>	1-Su enfermedad le ha generado problemas con su pareja.					
	2- Ha disminuido su interés sexual.					
<b>DIMENSION 6</b>		<b>N</b>	<b>PC</b>	<b>R</b>	<b>BT</b>	<b>M</b>

<b>Energía/ fatiga.</b>	1- En la mañana se siente peor.					
	2- Se siente cansado o decaído.					
<b>DIMENSIÓN 7</b>		<b>N</b>	<b>PC</b>	<b>R</b>	<b>BT</b>	<b>M</b>
<b>Independencia.</b>	1- Se siente usted una persona independiente.					
	2- Se siente inseguro con falta de confianza en sí mismo.					
<b>DIMENSIÓN 8</b>		<b>N</b>	<b>PC</b>	<b>R</b>	<b>BT</b>	<b>M</b>
<b>Función cognitiva.</b>	1- Le cuesta trabajo concentrarse.					
<b>DIMENSIÓN 9</b>		<b>N</b>	<b>PC</b>	<b>R</b>	<b>BT</b>	<b>M</b>
<b>Efectos del procedimiento de diálisis.</b>	1-Ha tenido alguna complicación durante la diálisis.					
<b>DIMENSIÓN 10</b>		<b>N</b>	<b>PC</b>	<b>R</b>	<b>BT</b>	<b>M</b>
<b>Impacto económico.</b>	1- Su enfermedad le dificulta ganar dinero para cubrir sus necesidades.					
<b>DIMENSIÓN 11</b>		<b>N</b>	<b>PC</b>	<b>R</b>	<b>BT</b>	<b>M</b>
<b>Calidad de vida en general.</b>	1- Cómo cree que ha sido su vida en el último mes.					
	2- Cómo le va en la vida.					
<b>Puntuación total</b>						

## Cuestionario Escalas de Afrontamiento

Instrucciones: A continuación, encontrará algunos indicadores para describirse. Marcar con (x) la opción que mejor lo identifica. No hay respuestas correctas ni incorrectas, las siguientes opciones son las siguientes:

Marcar con X la respuesta que Ud. Considere.

- Nada: **N**            Casi Nada: **CN**
- Bastante: **B**        Mucho: **M**

<b>DIMENSIÓN 1</b>		<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>B</b>	<b>M</b>
<b>Resolución de problemas.</b>	1-Concentré mis esfuerzos en hacer algo, intenté luchar contra mi problema/enfermedad.				
	2-Meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evité precipitarme.				
	3- Desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí.				
	4-Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en éste.				
<b>DIMENSIÓN 2</b>		<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>B</b>	<b>M</b>
<b>Búsqueda de Apoyo Social.</b>	1-Le hablé a alguien sobre cómo me sentía, conversé sobre mis sentimientos con alguien.				
	2- Traté de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión.				
	3-Hablé con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo.				
	4-Hablé o contacté con alguien que podía hacer algo concreto sobre el problema.				
<b>DIMENSIÓN 3</b>		<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>B</b>	<b>M</b>
<b>Evitación.</b>	1- Me volqué en el trabajo para olvidarme de todo, actué como si no pasará nada.				
	2- Me negué a creer lo que había ocurrido.				
	3-Fantaseé o imaginé el momento en que podrían cambiar las cosas.				
	4-Tome alcohol y/o tranquilizantes para olvidarme del problema o pensar menos en él.				

<b>DIMENSIÓN 4</b>		<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>B</b>	<b>M</b>
<b>Reevaluación Positiva.</b>	1-Redescubrí lo que es importante en la vida.				
	2- Acepté la realidad de lo ocurrido.				
	3-Aprendí algo de la experiencia, crecí o mejoré como persona.				
<b>DIMENSIÓN 5</b>		<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>B</b>	<b>M</b>
<b>Rumiación.</b>	1-Analicé mi responsabilidad en el problema, me critiqué a mí mismo de lo ocurrido.				
<b>DIMENSION 6</b>		<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>B</b>	<b>M</b>
<b>Abandono.</b>	1-Acepté lo que había sucedido y que no se podía hacer nada.				
	2-Seguí adelante con mi destino, a veces se tiene mala suerte.				
	3-Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo.				
<b>DIMENSIÓN 7</b>		<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>B</b>	<b>M</b>
<b>Aislamiento Social.</b>	1- Evite estar con la gente en general.				
	2-Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.				
<b>DIMENSIÓN 8</b>		<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>B</b>	<b>M</b>
<b>Regulación Afectiva: Inhibición, Expresión y Descarga Emocional.</b>	1-Intenté guardar para mis sentimientos.				
	2- Me sentí muy conmovido afectivamente y expresé, descargué mucho mis sentimientos en los otros.				
	3-Expresé y dejé descargarse mis sentimientos y emociones.				
<b>DIMENSIÓN 9</b>		<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>B</b>	<b>M</b>
<b>Búsqueda de Información.</b>	1- Intenté informarme sobre mi problema/enfermedad para superarlo mejor.				

<b>DIMENSIÓN 10</b>		<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>B</b>	<b>M</b>
<b>Oposición.</b>	1- Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema.				
<b>DIMENSIÓN 11</b>		<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>B</b>	<b>M</b>
<b>Afrontamiento mediante rituales públicos y privados.</b>	1-Recé más de lo habitual.				
<b>Puntuación total.</b>					

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La autora del presente proyecto de investigación *Imperatrice Sofia* DNI N° 37830497 Tel solicita su colaboración para acceder a responder la siguiente encuesta la cual ofrece importante información para llevar a cabo el estudio que tiene como objetivo general establecer qué relación existe entre la Calidad de vida, con el afrontamiento y regulación emocional según edad, sexo y el tiempo en tratamiento de los pacientes ambulatorios que asisten a un servicio de hemodiálisis de un efector privado de la ciudad de San Lorenzo en el primer trimestre del 2022, con el fin de mejorar las estrategias y que puedan tener mejor calidad de vida, a través de un trabajo interdisciplinario.

Tenga presente que en cualquier momento Ud. tiene derecho de dejar de participar cuando así lo desee.

De acuerdo a la Ley 25326, se garantiza la confidencialidad de los resultados y el anonimato de toda la información que se brinde.

Se agradece gratamente su colaboración y participación en el estudio.

A continuación, luego de recibir la información pertinente y habiendo comprendido mis derechos... acepto participar de dicho estudio sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza y en conocimiento de que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito al responsable del mismo. Dejo constancia que recibo los datos del autor del proyecto para localizarlo ante cualquier inquietud.

Fecha:

Firma:

## **Anexo III**

### **Resultado del estudio exploratorio**

El sitio de elección es un efector privado de la ciudad de San Lorenzo, de alta complejidad, brinda la mayor confortabilidad con instalaciones y elementos que apacigüen las cuatro horas de permanencia en el sitio a los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica, es decir con la problemática en estudio.

El lugar que se seleccionó para desarrollar la presente investigación es la sala de hemodiálisis, ubicada en el primer piso de esta Institución, donde los pacientes realizan el tratamiento durante 4 horas, 3 veces por semana, y donde trabaja un grupo interdisciplinario de mucamas, psicóloga, nutricionista y trabajadora social, además de las técnicas enfermeras y la médica de guardia.

Según datos obtenidos por la supervisora que autoriza la realización de la guía de convalidación de sitio, concurren un total de 95 pacientes, adultos mayores de 25 años.

La Dirección de la institución autoriza la realización de la presente investigación y permite la realizarla en la misma sala en el tiempo del tratamiento.

La institución cuenta con un registro donde conste el grupo de convivencia de los adultos mayores que concurren, motivo por el cual éste dato no deberá ser recabado por medio de las entrevistas, lo que se recabará es el dato de la variable sexo por medio de la misma.

## **Anexo IV**

### **Prueba piloto**

El procedimiento que se utilizó para realizar la prueba piloto se inició con una solicitud de autorización, el cual fue confeccionado por la cátedra de tesina (sellado y firmado) para requerir la colaboración a la institución, de gestión privada, donde se desarrolló dicha actividad. Visto que se obtuvo respuesta positiva por parte de los directivos de la institución mencionada se procede a una entrevista con el jefe de la misma, en la cual se comenta más detalladamente los motivos del estudio, además se solicita el apoyo de la psicóloga de la institución al llamado por si fuese necesario, también se seleccionó a 10 adultos mayores (6 mujeres y 4 hombres) con similares características a la población que participará del estudio, pero que no formará parte de ésta última, los cuales integraron la muestra para desarrollar ésta prueba. A tal fin, la autora se reúne con éstos adultos mayores en una oficina facilitada por la institución en donde se explica a los adultos mayores los motivos por los que se realizará el cuestionario, en forma clara y sencilla de manera tal, que se pueda comprender que algunas preguntas pueden ocasionar algún tipo de sensibilidad emocional; respetándose de esta manera el Principio de Beneficencia. Asimismo, se les comenta que no serán recompensados por su colaboración, y que pueden negarse a participar de la prueba, cumpliéndose de esta manera con el Principio de Autonomía, además el trato fue cordial, respetando a todos sin excepción, cumpliéndose con el Principio de Justicia.

El cuestionario se logró aplicar el día 20 de octubre, en horas de la tarde; por la autora y con presencia de un profesional en psicología. La intención al iniciar la prueba fue considerar facilidades de implementar, modificar términos o reformular preguntas para que puedan ser más accesibles a la comprensión del adulto mayor, asimismo se buscó comprobar la claridad en el planteo de cada pregunta teniendo en cuenta el tiempo de la evaluación.

Al finalizar la prueba se llegó a la siguiente conclusión:

- De los 10 participantes que participaron de la prueba, solo 1 no terminó por completo el cuestionario debido a razones ajenas a la redacción de éste último. Motivo por el cual no se consideró realizar ningún tipo de modificación. Asimismo, se obtuvo como respuesta de la asesoría psicológica que ningún adulto mayor quedó afectado emocionalmente.
- La redacción del cuestionario fue clara debido a la coherencia que existió entre pregunta y respuesta.
- El tiempo fue adecuado, todos respondieron voluntariamente al cuestionario antes de los 20 minutos, por lo que se deduce que ninguna de las preguntas los obligó a pensar demasiado antes de responder, por lo tanto con esta prueba piloto se logró probar la validez y confiabilidad del cuestionario es decir cuenta con las condiciones precisas para cumplir su función

de tal manera que el tiempo es el adecuado, finalmente se determinó la calidad de la tarea, por parte de la autora para realizar esta actividad; logrando de esta manera la validez del instrumento. Esta actividad conforma el tercer control de validez interna del estudio.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Imperatrice Sofia es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.  
Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los \_\_\_\_\_ 2021

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr  
Tel. 341 4804558 Fax  
341 4804569  
www.fm.educ.unr.edu.ar

ANALIA G. SALUSSO  
ESPECIALISTA EN CLÍNICA MÉDICA  
M.P. 21124 R.E. 13/1124

Analía Salusso

Nores, Rosana

## Bibliografía

- Alligood- Raile, M., & Marriner -Tomey, A. (2018). Modelos y teorías en enfermería. In E. H. Sciences (Ed.). Barcelona. Retrieved from [https://books.google.com.ar/books/about/Modelos\\_y\\_teorías\\_en\\_enfermería.html?id=nlpqDwAAQBAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.ar/books/about/Modelos_y_teorías_en_enfermería.html?id=nlpqDwAAQBAJ&redir_esc=y)
- Aspiroz, C., Aladrén, M., & Vives, P. (2016). Fiebre y citopenia en un paciente en hemodiálisis. *revista de nefrología*, 14(1), 118-119. Retrieved from <https://www.revistanefrologia.com/es-fiebre-citopenia-un-paciente-hemodialisis-articulo-X0211699594005928>
- Basabe, N., Páez, D., & Rimé, B. (2005). Efectos y procesos psico-sociales de la participación en manifestaciones después del atentado del 11 de Marzo. *Ansiedad y Estrés, en prensa*. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/286928779\\_Efectos\\_de\\_la\\_participacion\\_en\\_manifestaciones](https://www.researchgate.net/publication/286928779_Efectos_de_la_participacion_en_manifestaciones)
- Bonet- Plá, Á., Navarro -Pérez, J., De Miguel-Carrasco, A., & et.al. (2001). Guía clínica de la insuficiencia renal en atención primaria. *Nefrología*, 21(5), 14-57. Retrieved from [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/X0211699501027284%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/X0211699501027284%20(1).pdf)
- Campos- Buleje, C., & Gadea -Peralta, M. (2019, agosto-diciembre). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodiálisis Hospital Regional de Ica. *Rev méd panacea.2020*, 9(2), 98-103. Retrieved from <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/327/458>
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y Regulación emocional. *Boletín de Psicología*, 25-44. Retrieved from <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N82-2.pdf>
- Campos, M., Iraurgi, Joseba, Páez, D., & Velasco, C. (2004, Noviembre). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios . *Boletín de Psicología*(82), 25-44. Retrieved from [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Afrontamiento%20y%20regulacion%20emocional%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Afrontamiento%20y%20regulacion%20emocional%20(2).pdf)
- Cardona Arias, J. A. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40, 175-189. Retrieved from [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rcsp/v40n2/spu03214.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v40n2/spu03214.pdf)
- Cassaretto, M. P. (2004). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista De Psicología*, 24(1)(109-140). Retrieved from <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/775>

- Cen- Feng, R. S., Hernández -Gonza, K., Sánchez-Mena, S., & et.al. (2020). Enfermedad renal crónica. *Rev Clin Esc Med*, 10(4), 58-66. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99333>
- Costa, G. M. (2016). Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global*, 15(43), 59-73. Retrieved from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000300003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003)
- Díaz de León-Ponce, M. A., Briones-Garduño, J. C., Carrillo-Esper, R., & et.al. (2017). Insuficiencia Renal Aguda clasificación, fisiopatología, histopatología, cuadro clínico diagnóstico y tratamiento una versión lógica. *Rev Mex Anest.*, 40(4), 280-287. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma174e.pdf>
- E.B.Pinera, Canales, F. d., & Alvarado, E. d. (1994). *Metodología de la Investigación*. Washinton.
- enfermería, H. V. (2014). *online*. Retrieved from <https://es.slideshare.net/natorabet/modelo-de-cuidado-de-enfermera-virginia-henderson>
- Fernández, M. D. (n.d.). EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON. In *Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería*. Universidad de Almeira. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Cayetano-Fernandez-Sola/publication/345894569\\_Teoria\\_y\\_practica\\_de\\_los\\_fundamentos\\_de\\_enfermeria\\_I\\_Bases\\_teoricas\\_y\\_metodologicas/links/5fb0e1d045851518fda6de1b/Teoria-y-practica-de-los-fundamentos-de-enfermeria-I-Base](https://www.researchgate.net/profile/Cayetano-Fernandez-Sola/publication/345894569_Teoria_y_practica_de_los_fundamentos_de_enfermeria_I_Bases_teoricas_y_metodologicas/links/5fb0e1d045851518fda6de1b/Teoria-y-practica-de-los-fundamentos-de-enfermeria-I-Base)
- Force, L. A. (2001). Hemodialisis. In L. A. Force, *500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal* (pp. 55-56). Barcelona: Masson.
- Foundation National Kidney. (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*, 39(2), 1-266. Retrieved from American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.goog/11904577/>
- García- Avendaño, D. J., Ochoa- Estrada, M. C., & Martínez- Espinoza, N. (2016). Prevalencia de los mecanismos de adaptación del paciente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis. *Revista cuidarte* , 7(1), 1144-1151. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5490782>
- Gómez- Martínez, N., Gómez- Martínez, N., Castro-Sánchez, F., & et.al. (2018). Intervención de enfermería en el estado emocional de pacientes hemodializados en el Hospital General Ambato. *Enfermería Investiga*, 3(3), 142-148. Retrieved from [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-IntervencionDeEnfermeriaEnElEstadoEmocionalDePacie-6602842%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-IntervencionDeEnfermeriaEnElEstadoEmocionalDePacie-6602842%20(1).pdf)

- Guerra-Guerrero, V., Sanhuesa-Alvarado, O., & Cáceres-Espina, M. (2012, Septiembre-Octubre). Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(5), 2-10. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/rlae/a/GxsgvydccQbHgpzm4sngbkb/?lang=es&format=pdf>
- Julen Díaz, e. a. (2016). *Guía para el personal de apoyo. autodeterminación*. Madrir. Retrieved from [https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/03/autodeterminacion\\_0.pdf](https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/03/autodeterminacion_0.pdf)
- Labiano, M. (2004). Introducción a la psicología de la salud.En L.Oblitas(Coor.). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*, 1-19. Retrieved from [https://psicoberto.weebly.com/uploads/4/5/4/1/45414721/lectura\\_2.pdf](https://psicoberto.weebly.com/uploads/4/5/4/1/45414721/lectura_2.pdf)
- Laura-M Sanchez-Castillejo, E.-P. A.-F. (2019). Estilos de afrontamiento y estados emocionales en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Habanera de ciencias médicas*. Retrieved from <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/8317>
- Levey, A., & Coresh, J. (2011, Agosto 15). *the lance*. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60178-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60178-5)
- Lopera Medina, M. M. (2016). La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 15(30), 15(30), 212-233. Retrieved from [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/adminpujojs,+14.+EI++La+enfermedad%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/adminpujojs,+14.+EI++La+enfermedad%20(1).pdf)
- Massaro, M. C., Oses, J. M., & Wartburg, D. (2017). Gestión del paciente dializado en Argentina. *Curso anualde auditoria médica.*, 1-29. Retrieved from <https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Massaro,%20Von%20Wartburg%20Denise,%20Marchan%20Oses%20Gestion%20del%20pte%20dializado%20en%20Argentina%20FINAL.pdf>
- Merino- Martínez, R., Morillo -Gallego, N., Sánchez -Cabezas, A. M., Gómez -López, V. E., & Crespo- Montero, R. (2019). Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad /depresión en pacientes en hemodialisis crónica. *Enfermería Nefrológica*, 22(3), 274-283. Retrieved from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842019000300006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000300006)
- Merino- Martínez, R., Morillo-Gallego, N., Sánchez- Cabezas, A., Gómez -López, V., & Crespo -Montero, R. (2019). Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enfermería nefrológica*, 274-283. Retrieved from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842019000300006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000300006)
- Morales-Ojeda, I., García, C., Neira-Molina, K., Ortíz-Vázquez, F., & et.al. (2019). Calidad de vida en pacientes hemodializados de la comuna de Chillán Viejo. *Revista Nefrológica Dialisis Trasplante*,

- 39(4), 242-8. Retrieved from <http://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/493/955>
- Moya- Ruiz, M. A. (2017). Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(1), 48-56. Retrieved from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2254-28842017000100007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2254-28842017000100007)
- Navarro, P. G. (2018). *Plan de Atención de enfermería de un paciente sometido a hemodiálisis durante más de 30 años*. Retrieved from <https://zagan.unizar.es/record/89220/files/TAZ-TFG-2018-577.pdf?version=1>
- Páez A, J. M. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Rev. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia* V, 8(1). Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672009000100009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672009000100009&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Páez, D. V. (2004). Formas de afrontamiento, mecanismos de defensa e inteligencia emocional: comparación teórica y evaluación empírica de su frecuencia y funcionalidad. *Revista de psicoterapia*, 15(60), 23-46. Retrieved from <http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/759>
- Pérez Blancas, C. M. (2015). Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón. *Enfermería Nefrológica*, 204-226. Retrieved from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842015000300009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000300009)
- Pretto, C. R. (2020). Calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis y factores relacionados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2-11. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9JDNYTBwTMqt4br7svXJT4v/?format=pdf&lang=es#:~:text=Conclusi%C3%B3n%3A%20la%20calidad%20de%20vida,factores%20pueden%20promover%20el%20bienestar.>
- Prieto, J. J. (2012). *Calidad de vida : marco conceptual, operacionalización y aplicaciones clínicas*. Uruguay: Universitarias, Ediciones. Retrieved from <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/6314>
- Ramírez, F., Durón, R., Rivera, M., Aguilar, M., & et.al. (2002). Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y diálisis. Una experiencia en Honduras. *Rev Med Hond*, 70(1), 3-8. Retrieved from <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol70-1-2002-2.pdf>
- Rebollo Rubio A, M. A. (2014). Influencia de la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada en pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo. *Enferm Nefrol*, 17(4), 243-50. Retrieved from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S2254-2884201800040035900018&lng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S2254-2884201800040035900018&lng=en)

- Rivera- Rojas, F., Ceballos- Vásquez, P., & Vilchez -Barboza, V. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud (LQRH) y riesgos psicosociales: conceptos relevantes a ser abordados por Enfermería. *Index de Enfermería*, 26(1), 58-61. Retrieved from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962017000100013&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962017000100013&script=sci_arttext&tlng=en)
- Rivera- Vázquez, P., & Rojas, W. (2017). Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Rev enferm Herediana*, 10(2), 82-88. Retrieved from <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3362>
- Rivera Vázquez, P., & Rojas, W. (2018, Julio 16). Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Revista Enfermería Herediana*, 10(2), 82-88. Retrieved from <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3362>
- Romero, N. (2019). Causas de enfermedad renal entre los pacientes de una unidad de hemodiálisis. *Revista Cubana de Urología*, 98-106.
- Salud, O. M. (2003). Adherencia a terapias a largo plazo: evidencia para la acción. *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
- Sánchez Cabezas AM, M. G.-M. (2019). Calidad de vida de los pacientes en diálisis. Revisión sistemática. *Enferm Nefro*, 22(3), 239-55. Retrieved from <https://scielo.isciii.es/pdf/enfro/v22n3/2255-3517-enfro-22-03-239.pdf>
- Sánchez- Castillejo, L. M., Angarita- Fuentes, E. P., Santafé- Martínez, S. A., & Forgiony-Santos, J. (2019). Estilos de afrontamiento y estados emocionales en pacientes con insuficiencia renal crónica. 129(2), pp. 405-414. Retrieved from [https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/8317/Estilos\\_afrontamiento\\_y\\_estados\\_emocionales\\_pacientes-IRC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/8317/Estilos_afrontamiento_y_estados_emocionales_pacientes-IRC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sánchez -Hernández, C. d.-E., & Aristil- Chery, P. M. (2016). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis en un Hospital público de Puebla, México. *Revista Archivo de Camaguey*, 20(3), 262-270. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552016000300006&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552016000300006&script=sci_arttext&tlng=en)
- Schwartzmann, L. (2003, Diciembre). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21. Retrieved from [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)
- Sellarés, L. V. (2021). *Nefrología al Día. Nefrología Digital*. Retrieved from <https://nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
- Serra, E., & Mora, M. (2019). El bienestar emocional como predictor de calidad de vida en los senior co-housing. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32(2), 365-380. Retrieved from Cuadernos de Trabajo

- Social: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/59461-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4564456573654-2-10-20200115%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/59461-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4564456573654-2-10-20200115%20(2).pdf)
- Share, O. A. (2012). *Bienestar emocional*. Retrieved from [https://es.slideshare.net/andreortiz\\_09/bienestar-emocional-14226715](https://es.slideshare.net/andreortiz_09/bienestar-emocional-14226715)
- Skinner, e. a. (2003). Searching for the Structure of Coping: A review and critique category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. Retrieved from <https://www.scrip.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1682919>
- Tomás, O. G., & Vera, M. (2012). *Guías Latinoamericanas de Práctica Clínica sobre la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de los Estadios 1-5 de la Enfermedad Renal Crónica*. Mexico: 1ª edición. México DF: Fundación Mexicana del Riñón. Retrieved from [http://anhaes.org/wp-content/uploads/2012/08/guias\\_slanh.pdf](http://anhaes.org/wp-content/uploads/2012/08/guias_slanh.pdf)
- Torales, S. .. (2018). Hacia un nuevo paradigma en el abordaje de la enfermedad renal crónica avanzada. *Revista Argentina de Salud Pública*, 33-37. Retrieved from <https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen35/33-37.pdf>
- Uriz, I. (2007). Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson: Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. *Índex Enferm*, 16(57), 55-59. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000200012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012&lng=es)
- Verdugo, M. A. (2013). Calidad de vida. *MA Verdugo & RL Schalock (Coords.). Discapacidad e inclusión manual para la docencia*, 443-461. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086\\_Calidad\\_de\\_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432ec3/Calidad-de-Vida.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432ec3/Calidad-de-Vida.pdf)
- Yepes, C., Montoya M, O. B., & Cuéllar M, Y. -N. (2009). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras en. *Revista de Nefrología*, 548-556. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952009000600010&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952009000600010&lng=es&tlng=es).
- Zahira -Esperanza, Á., Duque-Castaño, A.-G., & Tovar-Cortés, D.-L. (2016). Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica*, 19(3), 202-213. Retrieved from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842016000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Zubirán, S., & Herrero, A. (2016). *Complicaciones agudas asociadas a hemodiálisis*. Retrieved from <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1846&sectionid=130561440>



