



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autora:

Calderón Gastelo, Elizabeth Lourdes

Asesor:

Hervias Guerra, Edmundo Magno
(ORCID: 0000-0002-5395-1518)

Jurado:

Valdez Sena, Lucia Emperatriz
Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
Henostroza Mota, Carmela Reynalda

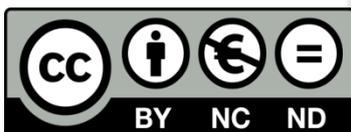
Lima - Perú

2021



Referencia:

Calderón, E. (2021). *Afrontamiento al estrés y adherencia al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis del Hospital Militar Central* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5482>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL**

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica

Autora:

Calderón Gastelo, Elizabeth Lourdes

Asesor:

Hervias Guerra, Edmundo Magno

(ORCID: 0000-0002-5395-1518)

Jurado:

Valdez Sena, Lucia Emperatriz

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Lima – Perú

2021

Pensamiento

No te conviertas en un mero registrador de hechos, intenta penetrar en el mundo de su origen.

Iván Pávlov

Dedicatoria

A mi familia, por su incondicional apoyo en cada etapa de mi vida y en especial a mi padre, quien siempre confió en mí.

A mis amigos, quienes me han dado soporte y alentado siempre a que puedo lograrlo.

Agradecimientos

A Dios, por darme fuerzas y soporte durante cada paso que doy y haberme dado la oportunidad de conocer personas hermosas que sumaron a mi vida.

A mi asesor Dr. Edmundo Hervias, quien siempre está dispuesto a brindarme su apoyo y paciencia durante la realización de la investigación.

A la Psicóloga Gloria Polo Atalaya de Unidad Renal del Hospital Militar Central por permitirme realizar este estudio y a todas las personas que formaron parte de él, por su disposición y compromiso.

Finalmente, a mi familia y amigos, quienes me brindaron comprensión y apoyo infinito durante toda la carrera.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Lista de tablas	vii
Lista de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
I. Introducción	12
1.1. Descripción y formulación del problema	13
1.2. Antecedentes	15
1.3. Objetivos	22
1.4. Justificación	23
1.5. Hipótesis	24
II. Marco Teórico	25
2.1. Estrés	25
2.2. Afrontamiento	26
2.2.1. Aspecto temporal del afrontamiento	26
2.2.2. Estimaciones del afrontamiento	26
2.2.3. Recursos, estrategias y estilos de afrontamiento	27
2.2.3.1. Recursos de afrontamiento.	27
2.2.3.2. Estrategias de afrontamiento.	27
2.2.3.3. Estilos de afrontamiento	28

2.3.	Adherencia al Tratamiento	29
2.4.	No-adherencia a la terapia	30
2.5.	Factores relacionados con la adherencia	31
III.	Método	35
3.1.	Tipo de investigación	35
3.2.	Ámbito temporal y espacial	35
3.3.	Variables	35
3.4.	Población y muestra	35
3.5.	Instrumentos	36
3.4.1.	Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	36
3.5.2.	Cuestionario de Adherencia al tratamiento de hemodiálisis	40
3.6.	Procedimientos	44
3.7.	Análisis de datos	45
IV.	Resultados	46
V.	Discusión de Resultados	55
VI.	Conclusiones	61
VII.	Recomendaciones	62
VIII.	Referencias	63
IX.	Anexos	72

Lista de Tablas

Número	Página
1. Dimensiones e ítems del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés	37
2. Análisis de Confiabilidad por consistencia interna para el total del Cuestionario de Afrontamiento al estrés	37
3. Análisis de Validez de Ítems/Test CAE	38
4. Análisis de Validez de Ítems/Dimensión del Test CAE	39
5. Correlación Dimensión/test del CAE	40
6. Baremos del Cuestionario de Afrontamiento al estrés CAE	40
7. Factores e ítems del Cuestionario de Adherencia al tratamiento de hemodiálisis	41
8. Análisis de Confiabilidad por consistencia interna para el total del CAE	42
9. Análisis de Validez de Ítems/Test del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento	42
10. Análisis de Validez de Ítems/Dimensión del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento	43
11. Correlación Dimensión/test del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento	44
12. Baremos del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento	44
13. Prueba de Bondad de Ajuste	46
14. Distribución de los Niveles del Afrontamiento al estrés	47
15. Distribución de los niveles de Adherencia al Tratamiento	48
16. Distribución de los Niveles de Afrontamiento al estrés según sexo	48

17. Distribución de los Niveles de Afrontamiento al estrés según tiempo de tratamiento	49
18. Distribución de los niveles de Adherencia al Tratamiento según sexo	49
19. Distribución de los niveles de Adherencia según tiempo de tratamiento	50
20. Prueba de bondad de ajuste de Afrontamiento al estrés según sexo y tiempo de tratamiento.	51
21. Descriptivos de Afrontamiento al estrés según sexo	51
22. Prueba t de Student para hallar diferencias entre Afrontamiento al estrés y sexo	52
23. Prueba de Kruskal-Wallis de Afrontamiento al estrés según tiempo de tratamiento	52
24. Prueba de bondad de ajuste de Adherencia al tratamiento según sexo y tiempo de tratamiento	53
25. Prueba U de Mann-Whitney para hallar diferencias entre los Adherencia al tratamiento y sexo	53
26. Prueba de Levene de Adherencia al tratamiento según tiempo de tratamiento	54
27. Prueba de Anova para hallar deferencias entre Adherencia al tratamiento según tiempo de tratamiento	54

Lista de figuras

Figura	Tabla
1. Dispersigrama de Afrontamiento al estrés y Adherencia al tratamiento	47

Resumen

Con la finalidad de establecer la relación entre Afrontamiento al estrés y Adherencia al tratamiento de hemodiálisis, se realizó la presente investigación de tipo no experimental, cuantitativo, transversal y de diseño correlacional. En una muestra de 55 pacientes del Servicio de Unidad Renal del Hospital Militar Central, se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAE) y el Cuestionario de Adherencia al tratamiento de hemodiálisis. Los resultados muestran que las variables presentan una relación baja y no significativa ($r = ,265$; $p = ,05$) respecto al Afrontamiento al estrés predominó el nivel *utilizan mucho* (31%) y sobre la Adherencia al tratamiento *nivel bajo* (34.5%). Respecto al Afrontamiento al estrés según sexo el nivel *utiliza mucho* fue usado más por las mujeres (20%) y en varones *utiliza en algunas ocasiones* (18.2%). Según el tiempo de tratamiento, de 13 a 24 meses, predominó el nivel *utiliza mucho* y de 25 meses a más, *no aplica o no utiliza* ambos con 16.4%. En relación a la adherencia al tratamiento según sexo, los varones presentan *nivel alto* (22%) y las mujeres *nivel bajo y medio* con 18% respectivamente. Según tiempo de tratamiento, de 0 a 12 meses (7%) y de 13 a 24 meses (15%) predominó en ambos el *nivel alto*; de 25 meses a más (25%) el *nivel medio*.

Palabras clave: Estilos de afrontamiento al estrés, adherencia al tratamiento, hemodiálisis.

Abstract

In order to establish the relationship between coping with stress and Adherence to hemodialysis treatment, the present investigation of a non-experimental, quantitative, cross-sectional and correlational design was carried out. In a sample of 55 patients from the Renal Unit Service of the Central Military Hospital, the Coping with Stress Questionnaire (CAE) and the Adherence Questionnaire to hemodialysis treatment were applied. The results show that the variables present a low and not significant relationship ($r = .265$; $p = .05$) with respect to Coping with stress, the level used a lot of treatment (31%) and on Adherence to the low level (34.5%) predominated. Regarding Coping with stress, according to sex, the *level used a lot* was used more by women (20%) and in men it *used on some occasions* (18.2%). According to the treatment time, from 13 to 24 months, the *level used a lot* prevailed and from 25 months to more, it did *not apply or did not use* both with 16.4%. Regarding adherence to treatment according to sex, men have a *high level* (22%) and women have a low and *medium level* with 18%, respectively. According to treatment time, from 0 to 12 months (7%) and from 13 to 24 months (15%) the *high level* prevailed in both; from 25 months to more (25%) the *average level*.

Key words: Stress coping styles, adherence to treatment, hemodialysis.

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo establecer la relación que hay entre Afrontamiento al estrés y Adherencia al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis del Hospital Militar Central (HMC).

En el primer apartado, se detalla la problemática actual, la cual conlleva a escoger el tema de investigación y se menciona las investigaciones que sustentan la problemática, la cual se formula más adelante. Se plantea también el objetivo general y los específicos. Así como la justificación, teniendo en consideración su importancia, viabilidad y las limitaciones. Seguidamente, se describe las hipótesis planteadas.

Continuando con el segundo apartado, se hace referencia a los antecedentes encontrados sobre el tema de investigación, así mismo, se hace un análisis sobre las teorías relacionadas con las variables y se describe los términos que serán usados a lo largo del estudio. En el tercer capítulo, se detalla el tipo de diseño de la investigación y el proceso para obtener la información necesaria. Se especifica la población y muestra seleccionada, y los instrumentos a utilizar, así como la comprobación de su validez tanto la versión original como la versión adaptada a la población peruana.

Luego en el cuarto apartado, se presenta a través de tablas y figuras los datos encontrados para su interpretación y análisis posterior en el quinto apartado, discusión, donde se analizará los resultados y se contrasta con la teoría y otras investigaciones encontradas sobre el tema por otros autores. En el sexto apartado se especifica las conclusiones relacionadas con los objetivos planteados en un inicio y se menciona las recomendaciones, como sugerencias ante la problemática. Por último, los anexos donde se detalla las pruebas y el modelo de consentimiento informado que se usó en la investigación.

1.1. Descripción y formulación del problema

En la última década ha mejorado las condiciones de salud, con esto la esperanza de vida de muchas personas gracias a la tecnología médica. Sin embargo, ha surgido el concepto de enfermedades crónicas, las personas que padecen dichas enfermedades se ven sometidas a una enfermedad en las cuales la mejoría de los síntomas es lenta, pasajera y cuyos tratamientos muchas veces no van al hecho de curar sino de intentar alargar la vida de la persona el mayor tiempo posible. No obstante, dichos tratamientos tienen repercusión en todos los niveles de la persona, afectándolos en su calidad de vida, por lo que la mayoría se encuentra en la búsqueda de hallar una forma de enfrentar la situación.

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2011) en Perú, las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 58.5% de las enfermedades que tienen una elevada incidencia, siendo la que provocan mayor discapacidad. Actualmente se tiene que 2,5 millones de personas de 20 años a más se encuentran en algún estadio de enfermedad renal crónica, de ellos el 70% de los casos está relacionado a la diabetes mellitus e hipertensión arterial MINSA (2018).

Quienes padecen esta enfermedad se someten a un trasplante de riñón o diálisis, el cual es un proceso que permite eliminar o desechar el exceso de líquido en la sangre, función de los riñones que a causa de esta enfermedad no logra hacer por sí solo, por lo consiguiente la diálisis realiza la función de unos riñones sanos. Existe dos tipos de diálisis, la hemodiálisis y diálisis peritoneal, estas modalidades va a depender de la prescripción del médico. La diálisis es un tratamiento que el paciente debe llevar a lo largo de su vida o hasta que se produzca un trasplante de riñón y la función renal se recupere (Vera et al., 2018).

Loza (2017), presidente de la Sociedad Peruana de Nefrología, menciona que aproximadamente 13,000 pacientes en el Perú están diagnosticados en la última etapa de la

enfermedad y son dializados. Pero 1 000 nuevos pacientes llegan cada año a la etapa avanzada y necesitan diálisis o un trasplante para continuar con su vida. Muchos no lo logran.

Cieza et al. (1992) evalúa la mortalidad de pacientes en hemodiálisis en hospitales tanto del MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y Clínicas privadas; desde enero de 1990 hasta enero de 1991. Al final del seguimiento, permanecían vivos el 82% de los pacientes de clínicas privadas, el 55% de los pacientes de EsSalud, el 48% de los pacientes en centros de las Fuerzas Armadas y solo el 4% de los hospitales del MINSA.

Por otro lado, la eficacia de un tratamiento depende de numerosos factores, entre ellos se destaca la colaboración mutua entre el personal de salud y los pacientes. Indican que parte de esta cooperación incluye la adherencia que tengan los pacientes tanto para la toma de medicamentos como para las indicaciones de cambio de estilo de vida. Este aspecto ha sido ampliamente estudiado durante los últimos años, con el fin de encontrar los inconvenientes más relevantes que evitan una buena adherencia y las medidas para mejorar ésta en los pacientes. (Villegas et al., 2016)

Sin embargo, la realidad es que el principal problema de los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es la baja adherencia al tratamiento la cual requiere atención (Cvengros et al., 2004). La modificación en el estilo de vida o en el tratamiento, aumentan en un 45% la probabilidad de que los pacientes presenten una adherencia baja (Rodríguez, 1998).

Las personas con diagnóstico IRC, presentan diversas alteraciones ligadas al conjunto de síntomas propio de su enfermedad, como ansiedad, depresión y estrés, esto se debe al impacto que causa sobre sus vidas y las limitaciones que conlleva. Estas alteraciones emocionales tendrán distinto efecto en los pacientes dependiendo de la valoración cognitiva que cada uno realice de su enfermedad, tratamiento y cambio de vida, es decir, las habilidades

que tiene cada paciente y la capacidad para acoplar la hemodiálisis a su vida (Álvarez et al., 2001).

Además, Cassaretto y Paredes (2006) indican que el afrontamiento del paciente con IRC es vital para evaluar la manera en que la persona va a procesar los efectos del estrés que conlleva la hemodiálisis. El desarrollo del afrontamiento en estos pacientes es complicado y dinámico, por ello, las estrategias son sensibles y van a depender de las características personales y ambientales (Basabe et al., 2009).

Por otro lado, los estudios de Sandín y Chorot (2003) están inclinados hacia el reconocimiento de las estrategias que promueven los recursos de las personas y favorecen su calidad de vida. Estas estrategias son divididas en tres dimensiones: Centradas en el problema, en la emoción y /o centrada en la evitación, dado que son variables cognitivas y susceptibles de evaluación y modificación psicológica.

Por ello, el presente estudio busca investigar la relación que pueda existir entre los niveles de estilos de afrontamiento y los niveles de adherencia al tratamiento en base al sexo y tiempo de tratamiento, para fuente de futuras investigaciones relacionadas al tema.

En base a lo descrito anteriormente se formula la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre afrontamiento al estrés y adherencia al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis del Hospital Militar Central?

1.2. Antecedentes

- **Antecedentes Internacionales**

A nivel internacional, se encontró pocos estudios donde el Afrontamiento al estrés y la Adherencia al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis se relacionen, sin embargo, hay investigaciones con ambas variables separadas en esta población y en otro tipo de población, en general estos sirven como referencia para la presente investigación.

En Ecuador, Toasa (2017) realiza la investigación sobre el estrés y las estrategias de afrontamientos en los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia renal crónica, el objetivo era analizar la relación entre estas dos variables, se trabajó con 45 pacientes en tratamiento y fueron evaluados con la Escala de Estrés Percibido (EEP) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA). Se concluyó que existe relación positiva entre ambas variables ($p = ,008$), así mismo 52.5% tienen estrés moderado y 40% usan estrategias de afrontamiento conductuales, como la retirada social, lo que implica retraimiento de los pacientes y preferencia por aislarse de los demás.

En Cuba, Matos et al. (2019) investigaron la adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, el objetivo era analizar el nivel de adherencia terapéutica y los factores que influyen en ello. El estudio estuvo conformado por 75 pacientes en tratamiento, para ello se utilizó el Cuestionario MBG para identificar la adherencia terapéutica y entrevista semiestructurada. Se encontró que un 56% presentaban una adherencia parcial y factores como el apoyo social, información y creencias sobre la enfermedad no eran influyentes en la adherencia. Pero la percepción sobre la dificultad de cumplir dicho tratamiento fue un factor importante para determinar una adherencia baja. Las pautas percibidas como difícil fueron la restricción de líquidos y la dieta que deben seguir como parte del tratamiento.

Rivas et al. (2013) en Colombia, investigaron la variable adherencia farmacológica en paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, con la finalidad de analizar la adherencia farmacológica en dichos pacientes. Para ello, tomaron una muestra de 109 pacientes en tratamiento y se aplicó el cuestionario Morisky – Green, Test de Batalla y además se hizo un conteo de la medicina para evaluar el porcentaje de cumplimiento. El resultado indicó que 55% dejaban de ingerir su medicina cuando percibían que no les sentaba bien y el 15% se olvidan de ingerirlo. Por otro lado, el 85% lo ingería a la hora prescrita y no

interrumpían el tratamiento cuando se sentían bien, por lo tanto, el nivel de información que manejan los pacientes es alto, así mismo, indicaron que la actitud de afrontar dicha enfermedad es buena, 49% obtuvieron alta adherencia y entre los factores de la no adherencia se encuentran la baja escolaridad y condiciones de la medicina como sus efectos secundarios.

Así mismo, en Ecuador, Villagrán (2012) estudió las variables afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de Quito. Como fin de describir la relación de ambas variables, la muestra estuvo conformada por 20 pacientes. Se utilizó una encuesta de Adherencia diseñado por la autora, el Cuestionario de Afrontamiento al estrés COPE y entrevistas abiertas. Con respecto a los estilos de afrontamiento, se concluyó que 55% usan el estilo centrado en la emoción, 44% en el problema y 5% evitación. Por otro lado, 55% presentaban mala adherencia y 45% buena y en los que tienen una mayor adherencia se relaciona cuando usan estrategias de afrontamientos que están centrados en hacer frente a la enfermedad.

En Colombia, Llamas y Julio (2010) estudiaron las estrategias de afrontamiento en los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal en tratamiento. La finalidad fue evaluar las estrategias que predominan en estos pacientes, para ello consideraron a 10 pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Se usó el Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003). Las conclusiones fueron que el estilo que predominaba estaba centrado en el problema esto indica que los pacientes toman un papel activo respondiendo de manera adecuada ante el tratamiento, en segundo lugar, se encuentra el estilo de religión, por lo que los pacientes se refugian en sus creencias religiosas como una vía que le genera alivio ante la situación.

En España, Ruíz et al. (2016) realizaron un estudio para conocer la producción de investigaciones sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes sometidos a

hemodiálisis, con la finalidad de conocer el grado de adherencia en dichos pacientes, para ello se realizó una revisión en las bases de datos de Scielo, PubMed y Google Académico, donde se incluyeron artículos en inglés y español. En estos artículos se consideraron variables socio demográficas; psicosociales, clínicas y factores sobre la medicación. Los resultados mostraron la falta de adherencia en los pacientes representando de un 15 a 72%, la depresión se consideró como un factor para ello; así mismo los pacientes con mayor edad presentaron mayor adherencia al tratamiento.

Rueda et al. (2014) realizaron un análisis sobre la adherencia terapéutica en pacientes del centro de diálisis de Málaga, en tratamiento de hemodiálisis. El objetivo fue averiguar la adherencia farmacológica de estos 130 pacientes. El nivel de cumplimiento se calculó con el número de comprimidos que el paciente ingiere, luego se divide por el número de comprimidos que tiene y se multiplicó por 100. Al paciente que obtuvo 100% se le asignó como cumplidor y no cumplidor a los que tuvieron menos de 100%. Los resultados fueron que un 57.5% eran no cumplidores, por lo que la adherencia farmacológica es baja.

Así mismo, en Madrid, Huertas et al. (2014) trabajaron los factores psicosociales y la variable adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. El fin era evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en estos pacientes y los posibles factores que influyen en la no adherencia. Para ello se utilizó una muestra de 35 pacientes, se utilizó el instrumento adaptado del Inventario de Ansiedad de Beck; adaptación del Inventario de Depresión de Beck; adaptación del Mini Examen del Estado Mental y Cuestionario MOS de apoyo social. Se concluyó que 65.7% pacientes eran adherentes al tratamiento y 34.4% de pacientes con baja adherencia tenían índices de depresión elevados a comparación de los que tenían adherencia al tratamiento farmacológico. Se relacionaron significativamente factores como la ansiedad y la depresión ($r = ,63$; $p < ,0001$).

Finalmente, Álvarez y Barra (2010) trabajaron en Chile sobre la autoeficacia, el estrés y la adherencia terapéutica en pacientes en hemodiálisis, este tuvo como objetivo analizar la relación de la autoeficacia general y estrés percibido con la adherencia terapéutica en estos pacientes. Para ello participaron 54 pacientes de tres centros de diálisis. La adherencia fue analizada a través de un auto reporte, de la ganancia de peso interdiálisis y de la potasemia. Se concluyó que hay una relación inversa pero significativa ($r = -,41$; $p < ,01$) entre la adherencia a líquidos y ganancia de peso interdiálisis y no entre la adherencia informada para dieta y potasemia ($r = - ,01$), así mismo se reportó alta adherencia global para la ingesta de medicamentos y baja para las limitaciones de la dieta.

- **Antecedentes Nacionales**

A nivel nacional, también se encontraron diversos estudios acerca de las variables antes mencionadas, algunos de ellos son:

Gonzales (2018) estudió las variables estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, con el fin de analizar la relación entre ambas variables. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes, se utilizó dos cuestionarios, el Cuestionario para estrategias de afrontamiento y Cuestionario para calidad de vida SF 36. Se concluyó que las estrategias de afrontamiento tienen una relación significativa positiva ($r = ,776$; $p = ,000$) con la variable calidad de vida, así como la estrategia que predomina más es el afrontamiento activo, lo que indica que los pacientes enfrentan su situación buscando soluciones y apoyo, focalizándose en el problema estos influyen en la calidad de vida de los pacientes.

Morales (2017) trabajó la adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes de un centro de diálisis, para analizar el nivel de adherencia que predomina. Para ello, la muestra estuvo conformada por 40 pacientes, así mismo, el cuestionario utilizado fue creado y validado

por la UNMSM. Como resultado se presentó que el nivel de adherencia de la hemodiálisis en dicho centro fue satisfactorio con un 62.5% lo que implicaría que los pacientes están cumpliendo con el tratamiento establecido en sus diferentes dimensiones.

Así mismo, Laura y Pérez (2016) presentaron un estudio sobre el apoyo social y la variable adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de un Hospital de Arequipa. Con la finalidad de analizar la relación que existe entre ambas variables. El estudio estuvo conformado por 67 pacientes en tratamiento de hemodiálisis ambulatoria. Para la recolección de información se utilizó una encuesta, entrevista e instrumentos como el Cuestionario MOS de Apoyo Social (MOS-SSS) y un cuestionario para evaluar la Adherencia Terapéutica en dichos pacientes. Finalmente se concluyó que $p = ,031$ por lo que, existe relación significativa entre apoyo social y la adherencia terapéutica, así que cuando mayor es el apoyo la adherencia al tratamiento es mejor.

Chuqui huaccha y Soto (2014) trabajaron la variable estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Guillermo Almenara. Con la finalidad de analizar los estilos de afrontamiento en dichos pacientes con enfermedad renal crónica, para ello se usó una encuesta para la recolección de información y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE). Se concluyó que en un 52% predomina el afrontamiento activo, en el cual los pacientes utilizan con mayor frecuencia las estrategias de reinterpretación positiva en un 53% y planificación de actividades en un 47%.

Pérez (2015) estudió la calidad de vida y la variable de estrategias de afrontamiento en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis. El fin fue analizar ambas variables, el estudio estuvo conformado por 60 pacientes, se usó una encuesta y el Cuestionario de Calidad de Vida y la Escala de estilos de afrontamiento (COPE).

Se halló que con un 40% predomina una baja calidad de vida, en su dimensión física y social, pero la dimensión psicológica es alta, ya que están tranquilos pues mejoran su calidad de vida con la hemodiálisis, en cuanto a las estrategias de afrontamiento predomina las enfocadas en la emoción, 96% refugiándose en la religión, 78% aceptación y 71% negación.

Cossio (2017) realizó una investigación sobre los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Arzobispo Loayza. El objetivo fue analizar dichos factores en 30 pacientes con el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica que no asistían a hemodiálisis. Para ello, se usó una encuesta para recopilar información y un cuestionario. Se concluyó que los factores que influyen en la falta de adherencia hay dimensiones personales como la falta de confianza al tratamiento de hemodiálisis con un 53% de predominancia, dimensiones familiares como la falta de apoyo con un 70%, dimensiones terapéuticas como la falta de apoyo psicológico con un 60% y dimensiones institucionales, 60% de los pacientes indican percibir un pésimo trato del personal de salud.

Por otro lado, Flores y Torres (2019) investigaron sobre la Adherencia al tratamiento y la relación con la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis. Para ello, usaron una muestra de 60 pacientes, emplearon una ficha confeccionada por los autores para recoger información socio demográfica, Cuestionario de evaluación de adherencia al tratamiento de hemodiálisis y Cuestionario enfermedad del riñón y calidad de vida. En cuanto la adherencia al tratamiento, se concluyó que 87% indica un nivel satisfactorio, respecto a la calidad de vida en forma general 65% indica una mala calidad, por otro lado, en cuanto a las variables adherencia al tratamiento y calidad de vida, ($X^2 = ,399$) no se encontró una relación significativa.

Herrera et al. (2014), realizaron un estudio descriptivo acerca de la baja adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con diagnóstico de IRC en un hospital del Ministerio

de Salud, cuyo objetivo fue analizar la frecuencia y la percepción de los factores de la falta de adherencia a hemodiálisis. El trabajo estuvo conformado por un total de 57 pacientes con más de un año en diálisis, se usó encuestas para recoger información socio demográfico y clínico. Los resultados hallados indican que uno de cada cuatro pacientes tenía una adherencia baja y el vivir lejos del hospital o que se sintieran bien momentáneamente fueron las principales causas de la baja adherencia con un 46% de predominancia en ambos casos.

Por otro lado, Parra y Zenia (2014), sobre la relación entre personalidad y estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis de un Hospital de Lima, tuvo como fin determinar la relación entre estas dos variables en un grupo de 62 pacientes en tratamiento. Se utilizó el Inventario de personalidad (NEO FFI) y la Escala de Afrontamiento al estrés (COPE). Como conclusión no se encontraron correlaciones significativas entre dichas variables, lo que indica que los rasgos de personalidad no influyen a la hora de utilizar algún estilo de afrontamiento de estrés.

Finalmente, Montserrat et al. (2014) trabajaron sobre el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con diagnóstico IRC, con el fin de determinar la adherencia de dichos pacientes y de los que reciben tratamiento de hemodiálisis. El estudio estuvo conformado por 49 pacientes, se usó el Test de Morisky-Green. Se concluyó que los pacientes con una adherencia mayor son los que tuvieron trasplante renal, pues estos no olvidan ingerir su medicación, el 14.81% de los pacientes en hemodiálisis se olvidan tomarla en alguna ocasión y un 41.67% no ingieren la medicación con regularidad.

1.3. Objetivos

Objetivo General:

Establecer la relación entre Afrontamiento al estrés y Adherencia al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Militar Central.

Objetivos Específicos:

1. Identificar el nivel de Afrontamiento al estrés que predomina en los pacientes sometidos a hemodiálisis del Hospital Militar Central.
2. Identificar la puntuación de Adherencia al tratamiento que predomina en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Militar Central.
3. Analizar el nivel de los Afrontamiento al estrés que predominan según sexo y tiempo de tratamiento en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Militar Central.
4. Analizar la puntuación de Adherencia al tratamiento que predomina según sexo y tiempo de tratamiento en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Militar Central.
5. Determinar las diferencias significativas entre Afrontamiento al estrés según sexo y tiempo de tratamiento en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Militar Central.
6. Determinar las diferencias significativas entre Adherencia al tratamiento según sexo y tiempo de tratamiento en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Militar Central.

1.4. Justificación

Es importante investigar sobre ambas variables, ya que, muchos pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica con baja adherencia al tratamiento o que han abandonado el tratamiento por diversos factores, tienen diversas consecuencias tanto a nivel personal como el deterioro de su condición de salud y a nivel económico no solo para el paciente sino también para las instituciones como el de las Fuerzas Armadas para mantener el programa de Diálisis, ya que el tratamiento tiene elevados costos.

Sumado a esto, existe mucha información acerca de ambas variables relacionadas con otras, sin embargo, hay escasa referencia en el Perú donde se detalle la relación que hay entre afrontamiento al estrés y la adherencia al tratamiento de hemodiálisis. Por ello, este trabajo tiene como fin poder investigar la relación entre dichas variables.

Para que futuras investigaciones puedan tomar en cuenta e implementar nuevas medidas, como programas preventivos o de intervención y así poder prevenir o reducir el número de pacientes que desertan el tratamiento, teniendo en cuenta el nivel de afrontamiento que utilicen en gran medida los pacientes, promoviendo los recursos del paciente en tales condiciones y pueden favorecer, su calidad de vida.

1.5. Hipótesis

Hipótesis General

Existe relación entre Afrontamiento al estrés y Adherencia al tratamiento en los pacientes sometidos a hemodiálisis del Hospital Militar Central.

Hipótesis Específicas

1. Existen diferencias significativas entre Afrontamiento al estrés según sexo y tiempo de tratamiento en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Militar Central.
2. Existen diferencias significativas entre Adherencia al tratamiento según sexo y tiempo de tratamiento en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Militar Central.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Estrés

El estrés se define como una situación afectada por una serie de conflictos que desequilibran la vida de las personas, produciendo malestar emocional y/o físico (Cassaretto et al., 2003).

La conducta del individuo ante una situación estresante puede ser de dos tipos, la conducta apropiada y la adaptativa, la primera se concentra en la percepción que se tiene del peligro, es decir, la reacción emocional que esto produce y la última involucra la reapreciación del factor estresante y los recursos para poder hacer frente.

Las reacciones del estrés se presentan agrupadas en tres bloques según el modelo de Casaretto et al. (2003): fisiológicos, emocionales y cognitivas.

- Fisiológicas: Comprenden las respuestas neuroendocrinas ligadas al sistema nervioso autónomo, estas pueden ser el aumento de la presión, incremento de la tasa estomacal e intestinal, dilatación de las pupilas, dolor de cabeza, incremento de la respiración, manos y pies fríos, sequedad de la boca, entre otras (Sandín, 2003).

El impacto de este tipo de respuesta puede ser perjudicial en la salud según las circunstancias, ya que el sistema inmunológico se ve afectado y expuesto ante cualquier organismo que pueda enfermarnos.

- Emocionales: las situaciones estresantes producen sensaciones como el temor, excitación, cólera, ira, ansiedad y depresión, entre otros, estos provocan malestar en la salud mental.
- Cognitivas: la preocupación, la negación y pérdida de control, son tres tipos de respuesta que afectan el desempeño del individuo y la relación que entable con los demás, ya que, puede producir bloqueo mental.

Los efectos producidos por el estrés son regulados por un proceso que es denominado afrontamiento.

2.2. Afrontamiento

El afrontamiento se define como las respuestas cognitivas y conductuales, son dinámicas con el tiempo y van evolucionando con el objetivo de dar respuesta ante las demandas que no se dan abasto con los recursos de los individuos. (Folkman y Lazarus citado en Castaño y Del Barco, 2010). Por lo tanto, es la respuesta adaptativa hacia el estrés.

Este término también abarca extraer recursos y la doble apreciación del juicio, la primera donde se aprecia la fuente del estrés y donde la persona lo percibe como dañino y la segunda apreciación, el juicio secundario, en el que se vuelve a apreciar la situación y se valoran los propios recursos para hacerle frente.

2.2.1. Aspecto temporal del afrontamiento

El afrontamiento se puede dar antes que un evento estresante tenga lugar, mientras está ocurriendo o después de ello. Beehr y McGract (1996) indican situaciones que crean este contexto temporal.

- Afrontamiento preventivo, mucho antes que la situación estresante ocurra.
- Afrontamiento anticipatorio, cuando la situación estresante es anticipado pronto.
- Afrontamiento dinámico, cuando el evento estresante está ocurriendo.
- Afrontamiento reactivo, después que la situación estresante ha ocurrido.

2.2.2. Estimaciones del afrontamiento

Las respuestas del afrontamiento dividen las estimaciones en 3 tipos:

La estimación disposicional indica que cada persona tiene inclinaciones distintas para cada situación estresante y que los estilos de afrontamiento van a variar según su madurez (Rodríguez, 2010).

- La estimación contextual supone que los factores de la situación estresante van a dar forma a las decisiones de los individuos para emitir una respuesta de afrontamiento (Holahan et al., 1996).
- La estimación integrativa, es el proceso donde se integran ambas estimaciones lo contextual y disposicional (Rodríguez, 2010).

2.2.3. Recursos, estrategias y estilos de afrontamiento

2.2.3.1. Recursos de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento involucran recursos que son potenciales individuales y sociales de las personas, y que utilizan ante algún estresor. Para el uso eficiente del afrontamiento se debe considerar tener recursos preparados, recursos físicos como una salud adecuada llena de energía; recursos personales, como el control personal, autoeficiencia, optimismo, energía, sentido de coherencia y recursos sociales, como el apoyo social, el cual, es considerado como el principal factor para el afrontamiento (Rodríguez, 2010).

2.2.3.2. Estrategias de afrontamiento. Fernández-Abascal et al. (1997) indica que las estrategias son procesos concretos que se usan en diferentes situaciones y son muy cambiantes dependiendo de las condiciones del estresor, entre ellas reevaluación positiva; reacción depresiva; negación; planificación; conformismo; desconexión cognitiva; desarrollo personal; control emocional; distanciamiento; supresión de actividades distractoras; refrenar el afrontamiento; resolver el problema; apoyo social al problema; desconexión comportamental; expresión emocional; apoyo social emocional y respuesta paliativa.

Por otro lado, (McCubbin citado en Macías, 2013) propone otra clasificación de las estrategias basado en sus estudios:

- Reestructuración, capacidad para volver a tener una percepción de la situación estresante y hacerlos más manejables.

- Evaluación pasiva, capacidad aceptar el evento estresante y poder disminuir la reactividad.
- Atención de apoyo social, capacidad de la familia, amigos y otros en brindar soporte a la persona ante el evento estresor.
- Búsqueda de apoyo espiritual., habilidad para refugiarse en sus creencias religiosas y apoyarse.
- Movilización familiar, capacidad para buscar recursos en la comunidad y aceptar la ayuda de otros.

2.2.3.3. Estilos de afrontamiento. Los estilos involucran las características individuales de las personas, quienes reaccionan ante el evento estresor y puede ser ante distintos o ante uno mismo a lo largo del tiempo. (Buendía et al., 1993).

Por otro lado, Fernández et al. (1997) menciona que los estilos son inclinaciones personales para enfrentarse ante una situación estresante. Involucra la preferencia personal en la utilización de los tipos de estrategias, su estabilidad temporal o situacional.

Es decir, que los estilos a diferencia de las estrategias toman en cuenta las características personales de cada individuo a la hora de elegir como enfrentar una situación estresante, se revisará las clasificaciones de Sandín y Chorot (2003).

A. Modelos teóricos de clasificación de los estilos de afrontamiento. Se han definido algunos modelos:

1. Modelo de Sandín y Chorot

Para Sandín y Chorot (2003) los estilos de afrontamiento conducen a la persona a pensar y actuar ante las situaciones estresantes de forma más o menos estable, así mismo clasifican el afrontamiento en 7 estilos.

- Focalizado en la solución del problema, la persona intenta analizar el origen de la situación estresante.

- Autofocalización negativa, la persona percibe que las cosas pueden ser peores.
- Reevaluación positiva, el individuo acepta la situación estresante como tal y decide enfrentarlo.
- Expresión emocional abierta, la persona expresa sus emociones abiertamente.
- Evitación, el individuo evade la situación estresante y opta por olvidarse de la misma.
- Búsqueda de apoyo social, la persona habla con terceros, amigos y/o familia en la mayoría de los casos.
- Religión, los individuos se apoyan en sus creencias religiosas.

2. Otros modelos

- Modelo de Fernández – Abascal

Fernández et al. (1997) los clasifica según el método, focalización y según la actividad. Según el método puede ser activo, pasivo y de evitación; según la focalización, puede estar basado en el problema, la respuesta o en la emoción; y, por último, según su actividad cognitiva o conductual.

- Modelo de Moos y Schaefer

El modelo indica que las estrategias se usan como intermediador entre la persona y el resultado de bienestar, este modelo se caracteriza por dos variables; el foco del afrontamiento, cuando la persona decide enfrentar o evitar la situación estresante, es decir, el estilo que usa y la segunda variable, el método de afrontamiento, cognitivo o conductual, ya sea, enfrentando de manera conductual/cognitiva o evitar el evento estresor de manera cognitiva/conductual. (Moos y Schaefer, 1993)

2.3. Adherencia al Tratamiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) determina la adherencia al tratamiento como el acatamiento de la ingesta de medicamentos prescritos por el personal de salud. Sin embargo, esta definición no era suficiente, pues tenía que integrar todos los

tratamientos para las distintas enfermedades. Por lo que hubo necesidad de poder diferenciar el acatamiento de la adherencia, este último requiere que el paciente este conforme con las recomendaciones del personal de salud.

Así que la OMS (2004) reconoce que el paciente debe tomar un papel activo para la adherencia del tratamiento, esto involucra no solo el cumplimiento de tomar la medicación, cumplir con las consultas de seguimiento sino también realizar modificación en los comportamientos de riesgo para una adecuada adherencia y una buena comunicación con el personal médico.

La adherencia se ha definido entonces como la integración del comportamiento de la persona y las prescripciones del personal de salud:

- Asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital).
- Tomar los medicamentos como se prescribieron.
- Realizar los cambios de estilo de vida recomendados.
- Completar los análisis o pruebas solicitadas.

2.4. No-adherencia a la terapia

Silva et al. (2005) entienden la no adherencia o la falta de ella, como la acción de no cumplir con las indicaciones médicas, esto se debe a la decisión propia del paciente el cual tiene causa multifactorial. Los individuos hacen un análisis de los pro y contras de la ingesta de medicamentos y/o tratamientos prescritos por el médico, esta decisión está basada en cuatro indicadores:

- Nivel de prioridad de ingesta de la medicación.
- Percepción de gravedad de la enfermedad.
- Credibilidad en la eficacia del tratamiento.
- Aceptación personal de los cambios recomendados.

Es así, que la no adherencia es la mayor preocupación al incumplimiento de lo prescrito por el personal médico y, por lo tanto, requiere de atención multidimensional, integrando el personal de salud, paciente y el sistema de salud.

Con respecto a la frecuencia de la no adherencia puede ser variable, un paciente puede ingerir los medicamentos prescritos, pero no cumplir con las otras indicaciones médicas, haciendo que no haya una buena adherencia.

Otro factor es el comportamiento del paciente, pues la percepción que se tiene sobre el tratamiento en un momento dado puede ser diferente en otro, con factores que influyen como económicos, socioculturales, ambientales, entre otros.

2.5. Factores relacionados con la adherencia

Los factores son multifactoriales, y deben ser analizados así, no de forma independiente, pues muchas veces se sobreponen entre ellos. Las razones por las cuales un paciente cumple o no con un esquema de tratamiento son varios, Morales (2017) menciona cuatro factores:

- **Factor Socioeconómico**

El tener un nivel socioeconómico bajo, hace que las personas tengan que elegir a que destino se va a dirigir los gastos y muchas veces se prioriza a otros miembros de la familia para ello. Así que factores como la pobreza, desempleo, bajo nivel educativo, analfabetismo, la cultura, van a ser algunos motivos por el cual la adherencia se va a ver afectada. Así como la raza y edad son factores importantes, pues dependen mucho las creencias culturales que las personas tengan para aceptar o no algunos tratamientos. La edad es un factor que influye de manera irregular en la adherencia, muchos estudios indican que los adolescentes son más resistentes al tratamiento que los niños.

- **Factor Asistencia sanitaria**

Si la relación entre proveedor – paciente es buena, la adherencia al tratamiento puede mejorar, sin embargo, hay otros factores que tendrían un efecto negativo y que se deben tener en cuenta, como, por ejemplo, los ineficientes sistemas de salud, falta de medicamentos, personal no capacitado, personal sanitario con excesiva carga laboral, consultas rápidas, falta de capacidad para entablar apoyo del personal asistencial al paciente.

- **Factor enfermedad**

La gravedad de los síntomas, la velocidad de la enfermedad o el nivel de discapacidad física, psicológica, social y vocacional a consecuencia de dicha enfermedad son determinantes en la adherencia terapéutica, la repercusión va a depender de cuanto esto influya en la percepción de riesgo del individuo y en cuanto se vea afectada la capacidad mental del paciente para tomar decisiones.

- **Factor proceso de terapia**

Factores como el régimen médico, duración o cambios del tratamiento, efectos secundarios o beneficiosos, características de la enfermedad y del tratamiento va a influir en la adherencia sobre este, por ello las intervenciones sobre adherencia deben adaptarse a las necesidades de las personas para asegurar una adecuada adherencia.

- **Factor paciente**

Involucra la información, expectativas y creencias del paciente acerca de su enfermedad y tratamiento, además de la motivación que este tenga y cuánto se involucre en los procesos terapéuticos. Existe otros factores que van a repercutir de manera negativa en la adherencia como el olvido, el estrés, angustia por los posibles efectos colaterales del tratamiento.

Otros factores relacionados con la adherencia

Según Silva et al. (2005), menciona algunos factores asociados a la baja adherencia al tratamiento:

- **Deterioro sensorial**

La pérdida de los sentidos como la visión y/o audición o la limitación de poder desplazarse, puede conducir al paciente a no obtener la información adecuada o a obtener una mala información cuando impartan instrucciones del personal médico.

- **Deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo**

La información transmitida al paciente se puede ver interrumpida haciendo que el individuo no interiorice esto de manera adecuada, alterándola, algunas razones para esto son las demencias, depresión, ansiedad, entre otros. La información alterada va a interrumpir el aprendizaje haciéndolo incorrecto o incompleto, produciendo diversas formas de procesamiento, como la omisión parcial o total del contenido, filtración con las creencias personales del individuo.

- **Aspecto ambiental**

Indica que aquellas personas que viven solas, son las que suelen tener una baja adherencia al tratamiento, ya que hay factores importantes como el aislamiento social, creencias sociales y mitos en la salud como dejarlas de tomar cuando están empezando a sentirse bien, estos factores van a jugar un papel importante a la hora de seguir un tratamiento ante alguna enfermedad.

- **Aspecto del medicamento**

Menciona que la adherencia a los medicamentos va a disminuir cuando se trata de pacientes crónicos, cuando los medicamentos que se deben tomar al mismo tiempo son muchos, la dosis es complicada, la vía de administración va a requerir de personal capacitado y sobre todo cuando la medicina tiene efectos adversos como la impotencia, entre otros.

Así que, cuando la medicina interfiere en la vida cotidiana del paciente, la percepción del paciente debe ser tomado en cuenta por el personal médico. En el caso de no-adherencia al medicamento, las situaciones más frecuentes son no iniciar el medicamento, suspenderlo o alterar las dosis prescritas, tomarlos por sugerencia de un personal no médico, tomarlas con alimentos o bebidas prohibidas ya que los efectos pueden ser contraproducentes.

Esto indicaría que el paciente no es solo un agente pasivo dentro de su tratamiento, sino que debe tomar un rol activo involucrando todos los factores mencionados anteriormente para asegurar una adherencia adecuada.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La investigación es de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, tipo transversal y de alcance correlacional-descriptivo (Hernández y Mendoza, 2018).

No experimental, ya que no se manipula intencionalmente las variables, sino se basan principalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su entorno natural para posteriormente analizarlos.

Es una investigación transversal, pues se recolectan datos en un sólo momento, en un tiempo único, el objetivo es describir las variables y su incidencia de interrelación en un momento dado. Y es de tipo comparativo – correlacional ya que tiene como finalidad describir relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación se llevó a cabo entre los meses de enero a marzo del 2020 en el Hospital Militar Central en el distrito de Lima, departamento de Lima, Perú.

3.3. Variables

Las variables estudiadas son afrontamiento al estrés y adherencia al tratamiento.

Afrontamiento al estrés son los mecanismos que se usan para afrontar una situación estresante, el cual involucra la toma de decisiones del individuo (Fierro, 1997).

Adherencia al tratamiento, la OMS (2004) menciona el papel activo del individuo para el cumplimiento de las indicaciones médicas y cambio de estilo de vida del paciente.

3.4. Población y muestra

La población está conformada por 55 pacientes del Servicio de Unidad Renal del Hospital Militar Central, 26 pacientes del sexo femenino de los cuales 5 se encuentran en el rango de 1 a 12 meses de tratamiento, 8 de 13 a 24 meses y 13 de 25 meses a más; 29 pacientes

del sexo masculino de los cuales 2 se encuentran en el rango de 1 a 12 meses de tratamiento, 10 entre 13 a 24 meses y 17 en el rango de 25 meses a más. Considerando el tamaño de la población se utilizará a todos para la muestra, siendo el muestreo no probabilístico por conveniencia, pero teniendo en consideración que sean mayores de 18 años de edad.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

El cuestionario elaborado por los autores Bonifacio Sandín y Paloma Chorot en el año 2003, es una medida de auto información. La aplicación puede ser individual o grupal. Tiene como objetivo evaluar el afrontamiento al estrés. Contiene 7 dimensiones y 42 ítems, cada dimensión consta de 6 ítems cada uno. Las dimensiones son: Búsqueda de apoyo social (BAS); Expresión emocional abierta (EEA); Religión (RLG); Focalizado en la solución de problemas (FSP); Evitación (EVT); Autofocalización negativa (AFN) y Reevaluación positiva (REP).

Las puntuaciones del cuestionario corresponden a una escala tipo Likert con 5 rangos de respuesta: 0 = *Nunca*, 1 = *Pocas veces*, 2 = *A veces*, 3 = *Frecuentemente* y 4 = *Casi siempre*. La frecuencia con que algún estilo se usa más se divide en los niveles: *No aplica o no utiliza*, *Lo utiliza en algunas ocasiones*, *Lo utiliza mucho* y *Lo utiliza siempre*.

- **Validez**

La fiabilidad del instrumento CAE se realizó a través del coeficiente alfa de Cronbach y de las correlaciones ítem-subescala. Las subescalas BAS, RLG y FSP presentan coeficientes > 0,85 indicando un nivel bueno, las subescalas EEA, EEP y EVT presentan coeficientes entre ,71 y ,76 siendo el coeficiente más bajo 0,64 perteneciente a la subescala ANF. Por lo que el CAE tiene una fiabilidad entre excelente y aceptable (Sandín y Chorot, 2002)

La adaptación del cuestionario fue realizada por Silva (2016), la puntuación de tipo Likert se modificó a 3 rangos de respuesta, 1 = *Nunca*, 2 = *A veces* y 3 = *Siempre*. El instrumento fue adaptado y validado mediante juicio de expertos, se retiró dos dimensiones,

ya que el alfa de Cronbach fue $p < 0.7$ Las dimensiones retiradas fueron: Reevaluación positiva con alfa de Cronbach de 0,3 y Evitación con 0,5.

Tabla 1

Dimensiones e ítems del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés

Dimensión	Ítems
Focalizado en la solución del problema	1, 11, 15, 20
Autofocalización negativa	2, 7, 12, 16, 21
Expresión emocional abierta	3, 8, 17
Búsqueda de apoyo social	4, 5, 9, 13, 18, 22
Religión	6, 10, 14, 19

La confiabilidad del instrumento adaptado tuvo un alfa de Cronbach de 0,8. En el presente estudio se halló $\alpha = ,797$ lo cual nos indica que la prueba es confiable (Véase Tabla 2).

Tabla 2

Análisis de Confiabilidad por consistencia interna para el total del Cuestionario de Afrontamiento al estrés

Dimensiones	Alfa de Cronbach
Focalizado en la solución del problema	,554
Autofocalización negativa	,580
Expresión emocional abierta	,405
Búsqueda de apoyo social	,683
Religión	,609
Total	,797

En la Tabla 3 se observa que los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 11, 15, 16, 17, 20 y 21 tienen baja correlación, por lo que no miden lo que deberían medir.

Tabla 3*Análisis de Validez de Ítems/Test CAE*

Ítems	<i>r</i>	<i>p</i>
1	,289	,032
2	,028	,837
3	,108	,431
4	,512	,000
5	,342	,011
6	,414	,002
7	,112	,415
8	-,120	,383
9	,399	,003
10	,588	,000
11	,173	,206
12	,368	,006
13	,443	,001
14	,522	,000
15	,187	,170
16	,095	,488
17	,136	,319
18	,363	,006
19	,353	,008
20	,176	,196
21	,113	,412
22	,571	,000

Se determinó la validez Ítem/ Dimensión Test y como se ve en la Tabla 4, el ítem 2 de la dimensión Autofocalización negativa, correlaciona bajo con respecto a su dimensión.

Tabla 4*Análisis de Validez de Ítems/Dimensión del Test CAE*

Dimensión	Ítem	<i>r</i>	<i>p</i>
Focalizado en la solución	1	,725	,001
	11	,547	,001
	15	,617	,001
	20	,748	,001
Autofocalización negativa	2	,586	,001
	7	,801	,001
	12	,293	,023
	16	,639	,001
Expresión emocional abierta	21	,660	,001
	3	,797	,001
	8	,663	,001
Religión	17	,580	,001
	6	,532	,001
	10	,753	,001
	14	,677	,001
Búsqueda de apoyo social	19	,747	,001
	4	,676	,001
	5	,485	,001
	9	,561	,001
	13	,687	,001
	18	,597	,001
	22	,699	,001

Al realizar el análisis correlacional entre las dimensiones del cuestionario, se halló que sus dimensiones se ven relacionados entre ellas (Véase Tabla 5).

Tabla 5*Correlación Dimensión/test del CAE*

	Autofocalización negativo	Expresión emocional abierta	Apoyo social	Religión
Focalizado en la solución del problema	-.533	-.592	,334	,305
Autofocalización negativa		,407	-.197	-.046
Expresión emocional abierta			-.245	-.102
Apoyo social				,294

Se determinó los baremos a través del cálculo de percentiles y se estableció 4 niveles de afrontamiento al estrés (*No aplica o no utiliza, Lo utiliza en algunas ocasiones, Lo utiliza mucho y Lo utiliza siempre*); se utilizó rangos de puntaje directo correspondiente a los percentiles 25, 50 y 75. (Véase en la Tabla 6)

Tabla 6*Baremos del Cuestionario de Afrontamiento al estrés CAE*

Niveles de Estilos de Afrontamiento	Puntajes directos
No aplica o no utiliza	13 - 20
Lo utiliza en algunas ocasiones	21 - 22
Lo utiliza mucho	23 - 25
Lo utiliza siempre	26 - 32

3.5.2. Cuestionario de Adherencia al tratamiento de hemodiálisis

El instrumento fue elaborado por Morales (2017) con el objetivo de determinar el nivel de adherencia del paciente en tratamiento de hemodiálisis. La aplicación puede ser individual

o colectiva y el tiempo es de 15 minutos aproximadamente. El cuestionario está conformado por 5 factores y de 20 ítems.

Tabla 7

Factores e ítems del Cuestionario de Adherencia al tratamiento de hemodiálisis

Factores	Ítems
Socioeconómicos	1, 2, 3, 4
Relacionados con el proveedor del sistema y equipo de salud	5, 6, 7, 8
Relacionados con la terapia	9, 10, 11, 12
Relacionados con la enfermedad	13, 14, 15, 16
Relacionados con el paciente	17, 18, 19, 20

Las respuestas son escala tipo de Likert con 5 rangos: 1 = *Nunca*, 2 = *Casi nunca*, 3 = *A veces*, 4 = *Casi siempre* y 5 = *Siempre*

La evaluación se establece de la siguiente manera: *Muy Baja* (0-4%), *Baja* (5- 25%) *Media* (26-50%), *Alta* (51-64%), *Muy Alta* (65-100%) en base a una formula.

$$X = \frac{(\sum \text{ítems} - 20) \times 100}{80}$$

- **Validez**

El instrumento fue validado a través de la autora original, Morales (2003) para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes de un centro de diálisis particular en Lima, el cuestionario fue sometido a juicio de expertos y mediante el coeficiente de alfa de Cronbach se determinó la validez y confiabilidad, siendo de $\alpha = ,835$ lo que indica una buena consistencia interna.

Así mismo, en el presente estudio se halló el análisis de confiabilidad por consistencia interna y se obtuvo $\alpha = ,95$ indicando que la prueba es confiable y mide confiablemente la variable. (Véase Tabla 8)

Tabla 8*Análisis de Confiabilidad por consistencia interna para el total del CAE*

Dimensiones	Alfa de Cronbach
Socioeconómico	,720
Proveedor de sistema y equipo de salud	,830
Terapia	,627
Enfermedad	,899
Paciente	,889
Total	,952

En la Tabla 9 se observa que el ítem 12, arroja una $p = - ,154$ lo que indica que no aporta a la medición de la variable.

Tabla 9*Análisis de Validez de Ítems/Test del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento*

Ítems	r	p
1	,554	,001
2	,524	,001
3	,836	,001
4	,818	,001
5	,814	,001
6	,755	,001
7	,632	,001
8	,745	,001
9	,790	,001
10	,856	,001
11	,813	,001
12	-,154	,263
13	,807	,001
14	,820	,001
15	,748	,001
16	,841	,001
17	,705	,001
18	,816	,001
19	,792	,001
20	,778	,001

Al determinar el análisis de validez Ítem/Dimensión del cuestionario, se halló que el ítem 12 de la dimensión Terapia del test de Adherencia al tratamiento correlaciona bajo respecto a su dimensión. (Véase Tabla 10)

Tabla 10

Análisis de Validez de Ítems/Dimensión del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento

Dimensión	Ítem	<i>r</i>	<i>p</i>
Socioeconómico	1	,672	,001
	2	,660	,001
	3	,811	,001
	4	,814	,001
Proveedor de sistema y equipo de salud	5	,803	,001
	6	,870	,001
	7	,755	,001
	8	,829	,001
Terapia	9	,813	,001
	10	,832	,001
	11	,862	,001
	12	,052	,706
Enfermedad	13	,874	,001
	14	,911	,001
	15	,843	,001
	16	,883	,001
Paciente	17	,853	,001
	18	,842	,001
	19	,878	,001
	20	,895	,001

En la Tabla 11 se observa que, al hacer el análisis correlacional entre las dimensiones del cuestionario de Adherencia, estas se encuentran relacionadas entre ellas.

Tabla 11

Correlación Dimensión/test del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento

	Proveedor de sistema y equipo de salud	Terapia	Enfermedad	Paciente
Socioeconómico	,809	,845	,839	,735
Proveedor de sistema y equipo de salud		,833	,727	,743
Terapia			,834	,756
Enfermedad				,785

Se determinó los baremos del cuestionario a través del cálculo de percentiles y se estableció 3 niveles de adherencia (*Bajo, Medio y Alto*), se usó rangos de puntaje directo correspondientes a los percentiles 33 y 66 (Véase Tabla 12).

Tabla 12

Baremos del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento

Niveles de Adherencia al tratamiento	Puntajes directos
Bajo	34 - 65
Medio	66 - 76
Alto	77 - 96

3.6. Procedimientos

Se seleccionó la población en la cual se aplicaron dichas pruebas haciendo previamente las coordinaciones administrativas para obtener el permiso por conducto regular y poder acceder a la instalación, sala de hemodiálisis, y así poder aplicar los instrumentos.

Con anticipación se realizó la redacción del consentimiento informado, respetando la libertad y dignidad de los pacientes, así como informarles acerca del objetivo del estudio y su

papel en ello, una vez firmado y aclarado, se aplicó los instrumentos, el Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAE) y el Cuestionario de Adherencia al tratamiento de hemodiálisis, de manera individual a aquellos que se les imposibilitaba leer la instrucciones y marcar las alternativas con la mano dominante, pues se encontraban en tratamiento, por lo que se ayudó a poder contestarlo respetando las respuestas del participante y sin influir en estas; así mismo a otro grupo se le aplicó de manera grupal, dentro de la sala de espera donde se repartió las pruebas.

Posteriormente se realizó los análisis de datos.

3.7. Análisis de datos

Se elaboró la base de datos, con su respectivo procesamiento, mediante el uso de SPSS versión 23 y Jamovi.

Para identificar la consistencia interna de los cuestionarios se analizó mediante el alfa de Cronbach la validez de los instrumentos aplicando Ítem-Test e Ítem-Dimensión, análisis factorial de las dimensiones de cada cuestionario, cálculo de percentiles y la elaboración de los baremos, encontrándose que ambos cuestionarios son válidos.

Así mismo, se aplicó estadísticos descriptivos como frecuencia y porcentajes. Se realizó un análisis exploratorio de los datos utilizando la Prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S) para comprobar la normalidad. Se halló las diferencias significativas de las variables de control, sexo con la prueba t-Student y tiempo de tratamiento con la prueba Shapiro-Wilks y Anova.

Para analizar la relación de ambas variables, afrontamiento al estrés y adherencia al tratamiento se utilizó la prueba de Pearson.

IV. RESULTADOS

Se presenta el análisis de los resultados que se obtuvieron mediante el programa estadísticos SPSS.

Relación entre Afrontamiento al estrés y Adherencia al tratamiento

En la Tabla 13, se observa la prueba de Bondad de ajuste, donde ambas variables son mayores que ,05 por lo que se puede aplicar una prueba de correlación paramétrica.

Tabla 13

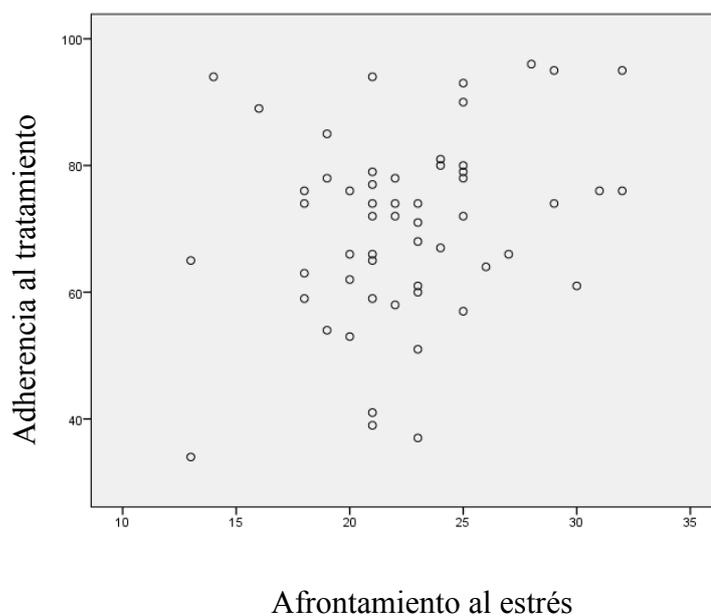
Prueba de Bondad de Ajuste

Variables	K-S	p
Afrontamiento al estrés	,110	,092
Adherencia al tratamiento	,086	,200

Considerando los resultados de la tabla 13, se realiza el dispersigrama de ambas variables, donde se observa que la relación es baja entre Afrontamiento al estrés y Adherencia al tratamiento. En la figura 1 se representa la relación entre afrontamiento al estrés y adherencia al tratamiento la cual es positiva $r = ,265$ correlación baja, no significativa $p = ,05$; IC95% [00 - ,496]

Figura 1

Dispersigrama de Afrontamiento al estrés y Adherencia al tratamiento



Nivel de Afrontamiento al estrés que predomina en los pacientes sometidos a hemodiálisis del Hospital Militar Central

Como se visualiza en la Tabla 14, 17 pacientes tienden a *utilizar mucho* un estilo de afrontamiento al estrés (31%), sin embargo, los pacientes que *no utilizan o no aplican* algún estilo representan un 27%

Tabla 14

Distribución de los Niveles del Afrontamiento al estrés

Niveles de Afrontamiento al estrés	Frecuencia	Porcentaje
No aplica o no utiliza	15	27%
Lo utiliza en algunas ocasiones	14	25%
Lo utiliza mucho	17	31%
Lo utiliza siempre	9	16%
Total	55	100%

Nivel de Adherencia al tratamiento que predomina en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Militar Central

Como se observa en la Tabla 15, se determinó un empate entre los niveles de Adherencia al tratamiento de hemodiálisis.

Tabla 15

Distribución de los niveles de Adherencia al Tratamiento

Niveles de Adherencia al tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	19	34.50%
Medio	18	32.70%
Alto	18	32.70%
Total	55	100%

Nivel de Afrontamiento al estrés que predomina según sexo y tiempo de tratamiento en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Militar Central.

A través de frecuencias y porcentajes se halló los niveles de Afrontamiento al estrés que predominan, se obtuvo que las mujeres 27.3% tienden a *utilizar mucho o siempre* un estilo en particular a comparación de los hombres 20%. (Véase Tabla 16)

Tabla 16

Distribución de los Niveles de Afrontamiento al estrés según sexo

Niveles de Afrontamiento al estrés	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
No aplica o no utiliza	7	12.70%	8	14.50%	15	27.30%
Lo utiliza en algunas ocasiones	4	7.30%	10	18.20%	14	25.50%
Lo utiliza mucho	11	20.00%	6	10.90%	17	30.90%
Lo utiliza siempre	4	7.30%	5	9.10%	9	16.40%
Total	26	47.30%	29	52.70%	55	100.00%

La determinación del nivel de Afrontamiento al estrés que predomina según el tiempo de tratamiento se halló a través de frecuencias y porcentajes. Se obtuvo que 3 de los 7 pacientes que tienen 1 año o menos de tratamiento tienden a *utilizar mucho* un estilo, 9 de los 18 pacientes que tienen de 13 a 24 meses de tratamiento suelen *utilizar mucho* un estilo, a comparación de los pacientes que tienen de 25 meses a más, de los cuales 17 de 30 *no aplican o no utilizan*. (Véase Tabla 17)

Tabla 17

Distribución de los Niveles de Afrontamiento al estrés según tiempo de tratamiento

Nivel de Afrontamiento al Estrés	Tiempo de tratamiento						Total	
	0 - 12 meses		13 - 24 meses		25 meses a más		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
No aplica o no utiliza	1	1.80%	5	9.10%	9	16.40%	15	27.30%
Lo utiliza en algunas ocasiones	2	3.60%	4	7.30%	8	14.50%	14	25.50%
Lo utiliza mucho	3	5.50%	9	16.40%	5	9.10%	17	30.90%
Lo utiliza siempre	1	1.80%	0	0%	8	14.50%	9	16.40%
Total	7	12.70%	18	32.70%	30	54.50%	55	100%

Nivel de Adherencia al tratamiento que predomina según sexo y tiempo de tratamiento en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Militar Central.

En la tabla 18, se observa la prevalencia del nivel de adherencia, en mujeres un 36% tienen un *nivel bajo- medio* y en varones predomina un *nivel alto* 22%.

Tabla 18

Distribución de los niveles de Adherencia al Tratamiento según sexo

Nivel de Adherencia al tratamiento	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Bajo	10	18%	9	16%	19	35%
Media	10	18%	8	15%	18	33%
Alto	6	10%	12	22%	18	33%
Total	26	47%	29	53%	55	100%

Los niveles de Adherencia según tiempo de tratamiento se muestran en la Tabla 19, entre los pacientes de 0 a 12 meses de tratamiento 5% se encuentran en el *nivel bajo* y 7% y en el *nivel alto*, 12 de los 18 pacientes que tienen de 13 a 24 meses tratamiento tienen un *nivel medio* y *alto* 22% y 14 de los 30 pacientes que tienen de 25 meses a más, indican una adherencia *media* 25%.

Tabla 19

Distribución de los niveles de Adherencia según tiempo de tratamiento

Nivel de Adherencia al tratamiento	Tiempo de tratamiento						Total	
	0 - 12 meses		13 - 24 meses		25 meses a más		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Bajo	3	5%	6	11%	10	18%	19	35%
Media	0	0%	4	7%	14	25%	18	33%
Alto	4	7%	8	15%	6	11%	18	33%
Total	7	13%	18	33%	30	55%	55	100%

Diferencias significativas entre Afrontamiento al estrés según sexo y tiempo de tratamiento

La tabla 20 presenta la prueba de bondad de ajuste de Shapiro Wilk de Afrontamiento al estrés según sexo y tiempo de tratamiento, donde se encontró que en mujeres y varones la

$p > ,05$; por lo tanto, se usó estadística paramétrica. Y en tiempos de tratamiento se halló que son mayores de ,05 excepto en el rango de 13 a 24 meses ($p < ,05$); por lo tanto, se usó estadística no paramétrica.

Tabla 20

Prueba de bondad de ajuste de Afrontamiento al estrés según sexo y tiempo de tratamiento.

Variable		Shapiro - Wilk		
		Estadístico	gl	p
Sexo	Femenino	,955	26	,305
	Masculino	,966	29	,453
Tiempo de tratamiento	1 - 12 meses	,959	7	,811
	13 - 24 meses	,894	18	,045
	25 meses a más	,943	30	,109

Las medias encontradas en la tabla 21, según sexo, indican que las pacientes femeninas tienen una media de 22,96 con una desviación estándar de 4,14 y los varones una media de 22 y desviación estándar de 4,34.

Tabla 21

Descriptivos de Afrontamiento al estrés según sexo

Sexo	N	Media	DE
Femenino	26	22,96	4,14
Masculino	29	22	4,34

La tabla 22 muestra la prueba t de Student para una muestra de la variable afrontamiento al estrés según sexo, se obtiene un nivel de significancia de $p = ,406$ lo que indica que no hay diferencias significativas.

Tabla 22

Prueba t de Student para hallar diferencias entre Afrontamiento al estrés y sexo

Variable	Prueba de Levene		t de Student		
	F	p	t	df	p
Afrontamiento al estrés	,028	,868	,838	53	,406

Se utilizó la prueba no paramétrica Kruskal Wallis, como se observa en la Tabla 23, se obtuvo un $X^2 = ,604$ y $p = ,739$ por lo que no hay diferencias significativas entre las Afrontamiento al estrés y tiempo de tratamiento.

Tabla 23

Prueba de Kruskal-Wallis de Afrontamiento al estrés según tiempo de tratamiento

Tiempo de tratamiento	N	Rango medio	Chi-cuadrado	gl	p
1 - 12 meses	7	31,29	,604	2	,739
13 - 24 meses	18	26,00			
25 meses a más	30	28,43			

Diferencias significativas entre Adherencia al tratamiento según sexo y tiempo de tratamiento

La tabla 24 presenta la prueba de bondad de ajuste Shapiro Wilk de Afrontamiento al estrés según sexo y tiempo de tratamiento, donde se encontró que en el sexo femenino ($p < ,05$) a diferencia del sexo masculino, por lo tanto, se usó estadística no paramétrica. Y entre los rangos de tratamientos se halló ($p > ,05$) por lo tanto, se usó estadística paramétrica.

Tabla 24

Prueba de bondad de ajuste de Adherencia al tratamiento según sexo y tiempo de tratamiento

<i>Variable</i>		<i>Shapiro - Wilk</i>		
		<i>Estadístico</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Sexo	Femenino	,910	26	,026
	Masculino	,951	29	,194
Tiempo de tratamiento	1 - 12 meses	,914	7	,427
	13 - 24 meses	,971	18	,812
	25 meses a más	,954	30	,215

En la tabla 25, se visualiza que el sexo no determina el nivel de Adherencia al tratamiento, el rango medio indica que sexo femenino (23,90) y masculino (31,67) y la Prueba de U de Mann-Whitney muestra $z = -1,797$ y $p < ,072$, por lo que no hay diferencias significativas.

Tabla 25

Prueba U de Mann-Whitney para hallar diferencias entre los Adherencia al tratamiento y sexo

<i>Sexo</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Femenino	26	23.90	-1.797	.072
Masculino	29	31.67		

En la tabla 26, se visualiza la prueba de homogeneidad de Levene, donde $p > ,05$ reflejando distribuciones homogéneas.

Tabla 26

Prueba de Levene de Adherencia al tratamiento según tiempo de tratamiento

F	df1	df2	<i>p</i>
2,791	2	52	,071

En la tabla 27, se visualiza el Anova de las variables Adherencia al tratamiento según tiempo de tratamiento, donde se obtuvo $p > ,05$ por lo que no hay diferencias significativas.

Tabla 27

Prueba de Anova para hallar deferencias entre Adherencia al tratamiento según tiempo de tratamiento

<i>Tiempo de tratamiento</i>	N	Media	DE	df	F	<i>p</i>
1 - 12 meses	7	66,57	22,006	2	,722	,490
13 - 24 meses	18	73,67	12,223			
25 meses a más	30	69,53	14,321			

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio tiene como objetivo establecer la relación entre Afrontamiento al estrés y Adherencia al tratamiento de hemodiálisis, así como determinar los niveles de dichas variables que predominan según sexo y tiempo de tratamiento. Respecto al objetivo general, al correlacionar las variables afrontamiento al estrés y adherencia al tratamiento se halló una relación positiva, baja $r = ,265$; no significativa $p = ,05$. Por lo que, no se valida la hipótesis al no existir una correlación de índice mayor. Lo cual concuerda con en el estudio de Vélez (2010) sobre afrontamiento al estrés y la adherencia en pacientes con IRC, se halló una asociación débil entre estas dos variables. Y difiere del estudio de Villagrán (2012) en una muestra de 33 pacientes, donde haya una asociación media entre la variable afrontamiento activo y adherencia al tratamiento $r = ,60$.

Continuando con el objetivo específico número 1, el nivel de Afrontamiento al estrés que predominó con un 31% indican que los pacientes tienden a *utilizar mucho* un estilo y 27% *no utilizan* un estilo de afrontamiento. En coincidencia con el estudio de Aliaga y Tenicela (2019) en su trabajo sobre calidad de vida y afrontamiento al estrés en un hospital de Huancayo, indican que el 21.3% no definen el uso de algún estilo en particular y un 66.2% suele usar un estilo preferencialmente evitativo, como reservar sus emociones haciendo la adaptabilidad del tratamiento más difícil. En el actual estudio, los pacientes llevan seguimiento psicológico, por lo que, tendrían más herramientas para poder hacer uso de algún estilo según sus características personales.

Así mismo, con respecto al objetivo específico 2, al estudiar la Adherencia al tratamiento que predomina, se encontró un empate técnico teniendo el *nivel bajo* 35%, los *niveles medio* y *alto* 33% respectivamente. No se encontró antecedentes que concuerden con dichos resultados. Sin embargo, la investigación realizada por Morales (2017) en el cual estudió

la adherencia de los pacientes hemodializados en un centro en Lima, halló que predominaba un alto nivel de adherencia al tratamiento.

Para el objetivo específico 3, al estudiar el nivel de Afrontamiento al estrés según sexo, se halló que de acuerdo a la población conformada por 26 pacientes del sexo femenino y 29 del sexo masculino, el 31% de los evaluados *utilizan mucho* un estilo de afrontamiento, de los cuales 11 son del sexo femenino y 6 del sexo masculino, coincidiendo con la investigación de Matalinares (2016) donde encontró que las mujeres suelen utilizar más estilos de afrontamiento al estrés a comparación de los varones, en su estudio sobre el afrontamiento al estrés y el bienestar psicológico en universitarios. En ambos casos se observa que las mujeres utilizan más un estilo de afrontamiento, el cual conduce a manejar de manera adecuada el estrés producido por la hemodiálisis.

Con respecto a la variable Afrontamiento al estrés según el tiempo de tratamiento, se halló que los pacientes que tienen más de 2 años en tratamiento de hemodiálisis utilizan con más frecuencia algún estilo de afrontamiento, 14.5% *utilizan en algunas ocasiones* un estilo, 9.1% *utilizan mucho algún estilo* y 14.5% *lo utilizan siempre*, algunos estudios como González et al. (2002) en su trabajo sobre la relación de estrategias y estilos de afrontamiento al estrés y bienestar psicológico, mencionan que los pacientes con un rango mayor a 2 años de tratamiento tienden a elegir varias opciones con la finalidad de disminuir el estrés que radica en la enfermedad renal, acciones que los pacientes optan para aliviar la sintomatología de la enfermedad.

A su vez, con el objetivo específico 4, Adherencia al tratamiento según sexo, se halló que 22% de los pacientes varones tienen un *nivel alto* a diferencia del 10% de las pacientes mujeres, en relación con investigaciones anteriores como la de Saad (2008) en su estudio de Adherencia en pacientes con IRC en Bogotá, se encontró que los varones tenían mayor adherencia en un 62% y factores como el papel que desempeña el paciente como padre de

familia y trabajador dentro de la estructura familiar influyen en la adherencia, así mismo, en el caso del presente estudio se debe considerar que los pacientes varones en su mayoría son acompañados por un familiar al hospital a comparación de las mujeres quienes suelen venir solas o en algunos casos con uno de sus hijos, esto concuerda con la investigación de Contreras et al. (2008), en el cual describe que la familia es un gran soporte a la hora de evidenciar la adherencia al tratamiento en las personas, además de tener impacto positivo en el ámbito emocional en ellos.

Al relacionar el nivel de Adherencia con el tiempo de tratamiento, los pacientes con más de 2 años de tratamiento de hemodiálisis, 25% se encuentran en el *nivel medio*, esto tiene a lugar a la investigación de Saad (2008) donde indica que los pacientes que superan los 2 años de tratamiento, son conscientes de las consecuencias que conllevaría la ausencia a sus sesiones de hemodiálisis. Así mismo, un factor a tener en cuenta es que los pacientes al encontrarse en un solo ambiente mientras reciben su tratamiento, se encuentran rodeados de personas con un mismo diagnóstico haciendo más fácil la identificación con ellos, propiciando que se acoplen a un estilo de vida nuevo.

Por su parte, de los 7 pacientes con una duración menor a 1 año de tratamiento de hemodiálisis, 3 presentan un *nivel bajo* de adherencia y 4 un *nivel alto*, no habiendo una gran diferencia entre estos grupos. Esto concuerda con el estudio de Pérez y Santamaría (2014) en su investigación de estrategias de afrontamiento en personas con diagnóstico de IRC en Chiclayo, donde menciona que los pacientes en el inicio del tratamiento tienden a poseer una valoración negativa de la enfermedad. Además de lo descrito anteriormente los pacientes en el inicio del tratamiento, se encuentran en proceso de acoplar la hemodiálisis a su estilo de vida, muchos de los evaluados se resisten en esta etapa a los cambios recomendados por el médico dentro de sus vidas.

Continuando con el objetivo específico 5, al relacionar Afrontamiento al estrés con la variable sexo y no se valida la hipótesis, pues no existe diferencia significativa $p = ,406$. De acuerdo al estudio de Chirinos (2020), sobre afrontamiento al estrés según variables sociodemográficas, encontraron que no hay diferencias significativas entre los estilos usados y el sexo. En contraste con el estudio de Paredes (2005) sobre Afrontamiento y la variable soporte social en pacientes hemodializados, donde determina que existe diferencia significativa con la variable sexo, ya que menciona que hay características propias de las mujeres y varones a la hora de poner en práctica algún estilo de afrontamiento. Sin embargo, habría que considerar que aparte de las características particulares de varones y mujeres, el rol que desempeña cada paciente es importante, algunos evaluados son padres de familia, madres solteras, hijos, ello conllevaría una forma distinta de optar por la utilización de algún estilo.

En cuanto a la variable Afrontamiento al estrés y tiempo de tratamiento, se halló una $p = ,739$ por lo cual no hay diferencias significativas y no se valida la hipótesis. Lo cual concuerda con la investigación de López (2018) en su estudio de la percepción del estrés y las estrategias de afrontamiento en pacientes con tratamiento de hemodiálisis, indica que a mayor tiempo de tratamiento el nivel de utilización de estrategias de afrontamiento es igual. Al comienzo del tratamiento, los evaluados presentan diversos malestares y con el transcurrir el tiempo, el proceso adecuado del cambio en sus vidas permite la disminución del uso de estilos de afrontamiento.

Luego, al objetivo específico 6, la variable Adherencia al tratamiento con la variable sexo, se halló una $p = ,072$ indicando que no hay diferencias significativas y no se valida la hipótesis. Lo cual concuerda con el estudio de Díaz (2015) quien investigó sobre los factores sociodemográficos y adherencia en pacientes con IRC en tratamiento, determinaron que el sexo no tiene influencia en la adherencia al tratamiento. De acuerdo al presente estudio, hay que

tomar en cuenta que hubo pacientes de distintas edades y el cumplimiento o asistencia a las sesiones de hemodiálisis era independiente a la edad.

Por último, al evaluar Adherencia al tratamiento con la variable tiempo de tratamiento, se encontró una $p = ,490$ indicando que no hay diferencias significativas entre ambas variables y no se valida la hipótesis, concordando con los resultados de Cazorla (2013) sobre el grado de adherencia en paciente hemodializados en una muestra de 106 pacientes, donde no encontró una relación estadística significativa entre la adherencia y tiempo de hemodiálisis.

Por otro lado, los presentes resultados pudieron verse afectados por diversos factores tanto internos como externos; A nivel interno, el instrumento Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAE) obtuvo en validez ítem/test una correlación baja y moderada (entre $r = ,028$ y $r = ,588$) y una significancia baja (entre $p = 0,000$ y $p = ,837$), lo cual pudo influenciar el análisis de los resultados, dificultando la medición de la misma.

También se puede observar al realizar el análisis correlacional entre las dimensiones del Cuestionario de Adherencia al tratamiento, se hallaron que están relacionadas entre ellas y que todas tienen una correlación mayor a $r = ,727$ por lo que, se tiene la premisa de qué tanto varia la confiabilidad y validez al eliminar una dimensión.

Y a nivel externo, el presente estudio tuvo una muestra de 55 evaluados de una población de 60 pacientes, por lo que podemos inferir que el número de evaluados pudo haber influenciado los resultados obtenidos. Por otro lado, los factores sociodemográficos, así como los diagnósticos psicológicos previos como Depresión y Ansiedad, no fueron tomados en consideración como variables de control pudiendo sumar a la investigación.

Otro factor a tener en cuenta es el ambiente de aplicación de los instrumentos, los cuales fueron dos espacios, uno en la sala de espera antes de ingresar a hemodiálisis y otro grupo, durante la sesión, esta última pudo haber influenciado en la elección de respuestas, al encontrarse estresados o ansiosos mientras recibían el tratamiento. Sumado a ello, no se

consideró a los pacientes que se encuentran en diálisis peritoneal, es decir, aquellos que realizan tratamiento desde su hogar, abriendo opción a la realización de futuros estudios que precisen mejor los datos con una mayor población.

VI. CONCLUSIONES

Según los resultados de la investigación, en referencia a las hipótesis planteadas, se concluye lo siguiente:

1. Las variables afrontamiento al estrés y adherencia al tratamiento presentan una relación baja y no significativa $p = ,05$; IC95%. [00 - ,496]
2. El nivel de afrontamiento al estrés que predomina en un 31% es *utilizan mucho* en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.
3. El nivel de adherencia al tratamiento en pacientes en hemodiálisis indica 34.5% nivel *bajo* y 32.7% nivel *medio* y *alto* respectivamente.
4. El nivel de afrontamiento al estrés *utiliza mucho* predomina en el sexo femenino con un 20% y *lo utiliza en algunas ocasiones* en el sexo masculino con un 18.2%. En cuanto al tiempo de tratamiento, el nivel *lo utilizan mucho* predomina de 0 a 12 meses con un 5.5% y de 13 a 24 meses con un 16.4%, por último, de 25 meses a más prevalece *no aplica o no utiliza* con un 16.4%, no habiendo mucha diferencia con el nivel *lo utiliza mucho* con un 14.5%.
5. El nivel de adherencia al tratamiento que prevalece en el sexo femenino es *nivel bajo* y *media* con 18% cada uno, en el sexo masculino es el *nivel alto* con 22%. Así mismo, en cuanto al tiempo de tratamiento, de 0 a 12 meses el *nivel alto* predomina con un 7%, de 13 a 24 meses el *nivel alto* con 15% y de 25 meses a más el *nivel medio* con un 25%
6. No hay diferencias significativas entre la variable Afrontamiento al estrés según sexo (femenino $p = ,026$ y masculino $p = ,194$) y tiempo de tratamiento (1 - 12 meses $p = ,427$; 13 - 24 meses $p = ,812$ y 25 meses a más $p = ,215$)
7. No hay diferencias significativas entre la variable Adherencia al tratamiento según sexo $p = ,071$ y tiempo de tratamiento $p = ,490$

VII. RECOMENDACIONES

1. Ampliar la investigación, analizando si hay relación entre la Adherencia al tratamiento con otra variable como Calidad de vida, con la finalidad de poder encontrar indicadores que ayuden a establecer un programa de intervención en mejora de los pacientes.
2. Realizar otros estudios ampliando la población con pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal, que realizan la diálisis desde casa.
3. Establecer un plan de intervención para trabajar la adherencia al tratamiento de hemodiálisis con los pacientes del HMC en conjunto con el área de Psicología del área de Unidad Renal y con la familia de los pacientes.

VIII. REFERENCIAS

- Aliaga, H. y Tenicela, C. (2019). *Calidad de vida y Afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de Los Andes]. Repositorio Institucional UPLA. <https://bit.ly/3c7zosZ>
- Álvarez, E. y Barra, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y enfermería*, 16 (3). <https://bit.ly/3c6m73R>
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21 (2), 191-199. <https://bit.ly/3yQhULe>
- Basabe, N., Baños, C., Bejarano A., Echebarria, M., Fernández, E., Nogales, M., Ruiz, B. y San Vicente, J. (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Seden*, 12 (1), 11-17. <https://bit.ly/3i7T7w8>
- Beehr, T. y McGrath, J. (1996). La metodología de investigación sobre afrontamiento: cuestiones conceptuales, estratégicas y a nivel operativo. *APA PsycNet*. 12 – 16. <https://bit.ly/34zpRGP>
- Buendía, J., Vidal, J. y Mira, J. (1993). *Eventos vitales: afrontamiento y desarrollo: Un estudio sobre el estrés infantil*. EDITUM. <https://bit.ly/3c9PwKt>
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdés, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología*, 21 (2), 363-392. <https://bit.ly/3vGcT5V>
- Cassaretto, M. y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de psicología*, 24 (1), 109-140. <https://bit.ly/3uBqkTh>

- Castaño, E. y Del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10 (2), 245-257. <https://bit.ly/3p7xiOU>
- Cazorla, M. y Rodríguez, D. (2013). Grado de adherencia terapéutica a los fármacos del metabolismo óseo-mineral: ¿toman nuestros pacientes la medicación prescrita? *Enfermería Nefrológica*, 16 (1), 41-47. <https://bit.ly/3ikifQL>
- Chuquihuaccha, S. y Soto, L. (2014). *Estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminales en Programa de Hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2013*. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. <https://bit.ly/3fAvuuH>
- Cieza, J., Bonilla, J., Huamán, C., Mendiola, A., Renold, T. y Castillo, W. (1992) Factores asociados al pronóstico del paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) en la ciudad de Lima. *Revista Peruana de Epidemiología*, 5 (2). <https://bit.ly/2SFAaGC>
- Cossio, T. (2017). *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del servicio de nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2015* [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos] Cybertesis. <https://bit.ly/3fXnO4K>
- Contreras, F., Espinosa, J. y Esguerra, G. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y salud*, 18 (2). <https://bit.ly/3uFmfh9>
- Cvengros, J., Christensen, A. y Lawton, W. (2004). El papel del control percibido y la preferencia por el control en la adherencia a un régimen médico crónico. *Anales de la Facultad de Medicina*, 27 (3), 155-161. <https://bit.ly/3uInk7D>

- Chirinos, O. (2020). *Afrontamiento al estrés según variables sociodemográficas en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad San Ignacio de Loyola] Repositorio Institucional USIL. <https://bit.ly/3c9PSRj>
- Díaz, N. (2015). *Factores sociodemográficos y riesgo para adherencia terapéutica en pacientes adultos con tratamiento hemodialítico Trujillo* [Tesis de especialidad, Universidad Nacional de Trujillo] Repositorio UNT. <https://bit.ly/2R8cbPU>
- Fernández, E., Jiménez, P. y Martín, D. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 3 (4). <https://bit.ly/2RRQC6M>
- Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. *Estrés y salud*, 11 (37). <https://bit.ly/3yQiaQM>
- Flores, D. y Torres, C. (2019). *Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con IRC en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital III Honorio Delgado. Arequipa 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa] Repositorio Digital Institucional. <https://bit.ly/3i8z3dk>
- Gonzales, R., Doval, R. y Pérez, M. (2002). Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Revista internacional de Psicología*, 3 (1), 1-19. <https://bit.ly/3vDS5Mv>
- Gonzales, M. (2018). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Clínica HZ Puente Piedra-Lima-2018* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo] Repositorio Institucional UCV. <https://bit.ly/3ca8kJA>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. MacGraw-Hill.

- Herrera, P., Palacios, M., Mezones, E., Hernández, A., y Chipayo, D. (2014). Baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud en Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 75 (4), 323-326. <https://bit.ly/2TvjuKi>
- Holahan, C., Moos, .H y Schaefer, A. (1996). Afrontamiento, resistencia al estrés y crecimiento: conceptualización del funcionamiento adaptativo. *APA PsycNet*. <https://bit.ly/3fzV0QO>
- Huertas, M., Pérez, R., Albalade, M., Sequera, P., Ortega, M., Puerta, M., Corchete, E. y Alcázar, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología* 34(6), 693-810. <https://bit.ly/3g0ekp7>
- Laura, M., y Pérez, H. (2016). *Apoyo social y adherencia terapéutica en personas con insuficiencia renal crónica sometidos a Hemodiálisis Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa – 2016*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín] Repositorio Institucional UNSA. <https://bit.ly/3wE3AUj>
- López, Z. (2018). *Percepción del estrés y estrategias de afrontamiento en hombre y mujeres con tratamiento de hemodiálisis*. [Tesis de maestría, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla]. Archivo digital. <https://bit.ly/3fWUZ8l>
- Loza, C. (2017) Más de tres millones de peruanos padecen de males renales, revelan especialistas. *Andina*, 2. <https://bit.ly/3wKXl0N>
- Llamas, S., y Julio, C. (2010). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Psicogente*, 13 (23), 27-41. <https://bit.ly/2R9X7Br>
- Macías, A., Orozco, M., Amarís, V., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30 (1), 123-145. <https://bit.ly/3p67Mtv>

- Matalinares, L., Díaz, G., Raymundo, O., Baca, D., Uceda, J., y Yaringaño, J. (2016). Afrontamiento del estrés y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de Lima y Huancayo. *Persona, 1* (19), 105-126. <https://bit.ly/3fDtvFP>
- Matos, G., Martín, L., Álvarez, B., Remón, L., González, J. (2019) Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, 18* (4), 666-677. <https://bit.ly/3p67W45>
- Ministerio de Salud. (2011). *Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles*. <https://bit.ly/2RawZGD>
- Ministerio de Salud. (2018). *Boletín epidemiológico del Perú*. (27). <https://bit.ly/3uIodwZ>
- Montserrat, S., Bach, A., y Junyent, E. (2014). Comparación del nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedad renal (ER) de nuestro servicio. *Enfermería Nefrológica, 17* (1), 12-13. <https://bit.ly/3wIAzH5>
- Moos, H. y Schaefer, A. (1993). Recursos y procesos de afrontamiento: conceptos y medidas actuales. *APA PsycNet*. <https://bit.ly/3wNBGoK>
- Morales, G. (2017). *Nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes de un centro de diálisis particular*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos] Cybertesis. <https://bit.ly/3c6nsaT>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. <https://bit.ly/3i7jOkL>
- Paredes, R. (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú] Archivo Digital. <https://bit.ly/3vGdwN1>
- Parra, A., y Zenia, J. (2014). *Relación entre rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis de un Hospital de*

- Lima. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia] Repositorio Institucional UPCH. <https://bit.ly/2SKknpY>
- Pérez, R. (2015). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo, Perú 2013*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos] Cybertesis. <https://bit.ly/3vIbvQc>
- Pérez, M., y Santamaría, N. (2014). *Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en inicio y pacientes con más de 2 años de hemodiálisis en un hospital estatal Chiclayo 2013*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo] Repositorio de tesis USAT. <https://bit.ly/3fXp2wS>
- Rivas, A., Vásquez, M., Romero, Á., Escobar, L., Sinning, A., y Calero, Y. (2013). Adherencia farmacológica de la persona con enfermedad renal. *Duazary*, 10 (1), 7–14. <https://bit.ly/3vAr9gy>
- Rodríguez, J. (1998) Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. *Psicología social de la Salud*, 67 (1), 4-11. <https://bit.ly/3c7jEGg>
- Rodríguez, S. (2010). *Estilos de afrontamiento y autocontrol en drogodependientes*. [Tesina de pregrado, Universidad de Aconcagua] Repositorio Institucional Biblioteca digital. <https://bit.ly/3uxQDtK>
- Rueda, L., Reina, R., Domínguez, C., Moreno, I., y García, P. (2014). Análisis de la adherencia terapéutica en pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 17 (1), 117. <https://bit.ly/34GF74x>
- Ruiz, E., Latorre, I., Delgado, A., Crespo, R., y Sánchez, L. (2016). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 19 (3), 232-241. <https://bit.ly/3fzWavE>

- Saad, C. (2008). Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar Central, Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*, 3 (1), 61-67. <https://bit.ly/3uK5Zvq>
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(1), 141-157.. <https://bit.ly/2TsofMF>
- Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8 (1), 39-53. <https://bit.ly/3pbmbEO>
- Silva, B. (2016). *Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento del estrés en los profesionales de enfermería de una clínica privada de Lima Metropolitana, 2015* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Archivo digital. <https://bit.ly/3gbuNsa>
- Silva, E., Galeano, E., y Correa, O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4). <https://bit.ly/3uFvMVc>
- Toasa, P. (2017). *Estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis* [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato] Repositorio digital. <https://bit.ly/3p7HRkS>
- Vélez, V. (2010). *Representaciones de la insuficiencia renal crónica: afrontamiento y adherencia al tratamiento* [Tesis de doctorado, Universidad de Alcalá] Biblioteca digital Universidad de Alcalá. <https://bit.ly/34AWOCQ>
- Vera, M., López, M., Yuguero, A., Mayordormo, A., Romano, B., Quintela, M. y Monereo, M. (2018) *Diálisis*. Clínica Barcelona. <https://bit.ly/3fD6ItZ>
- Villagrán, M. (2012). *Estudio de la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los y las pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), sometidos a hemodiálisis, en el Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional* [Tesis de pregrado, Universidad Politécnica Salesiana] Archivo digital. <https://bit.ly/3wRoiQJ>

Villegas, J., Vera S., Jaramillo, M., Jaramillo, L., Martínez, L., Martínez, G., & Villegas, I. (2016). El abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal: una alarma en salud pública. *Comunidad y Salud*, 14 (2), 42-49. <https://bit.ly/34ANi2w>

IX. ANEXOS

Anexo A

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Elizabeth Lourdes Calderón Gastelo. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es establecer la relación entre Afrontamiento al estrés y Adherencia al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis del Hospital Militar Central. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo B

Cuestionario de Afrontamiento del estrés CAE

Autores: Bonifacio Sandín y Paloma Chorot (2003)

Adaptado por Silva (2016)

Nombres y Apellidos: _____ Sexo: _____

Tiempo de tratamiento: _____ Edad: _____

Instrucciones: A continuación, se presenta una serie de enunciados a los cuales deberá usted responder marcando con un aspa de acuerdo a lo que considere adecuado

1 = Nunca 2 = A veces 3 = Siempre

Cuando siente que esta estresado/a ¿Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades?	1	2	3
1. Trato de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.			
2. Me convengo de que haga lo que haga las cosas siempre me saldrán mal.			
3. Descargo mi mal humor con los demás.			
4. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento.			
5. Pido consejo a algún pariente o amigo para afrontar el problema			
6. Pido ayuda espiritual a algún religioso (pastor, cura, consejero, etc.)			
7. Comprendo que soy el principal causante del problema.			
8. Me comporto de forma hostil con los demás.			
9. Pido a parientes o amigos que me den ideas de cómo resolver un problema.			
10. Acudo a la iglesia para rogar que se solucione el problema.			
11. Hablo con las personas implicadas para encontrar una solución.			
12. Me siento indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.			
13. Cuando me encuentro mal, hablo con amigos y familiares para tranquilizarme.			
14. Tengo fe que Dios remediará la situación.			
15. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.			
16. Me doy cuenta de que por mí mismo no puedo hacer nada para resolver el problema.			
17. Suelo irritarme fácilmente.			
18. Pido a algún amigo o familiar que me indique cual es la mejor opción a seguir.			
19. Oro con regularidad.			
20. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.			
21. Me resigno a aceptar las cosas como son.			
22. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos.			

Anexo C

Cuestionario de Adherencia al tratamiento

Autor: Morales (2003)

Nombres y Apellidos: _____ Sexo: _____

Tiempo de tratamiento: _____ Edad: _____

Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Mi estado socioeconómico favorece mi permanencia en el tratamiento de hemodiálisis.					
2. Las redes de apoyo social (familia, amigos) con las que cuento favorecen mi permanencia en el tratamiento de hemodiálisis.					
3. Independiente de las creencias que tengan otras personas sobre mi enfermedad y su tratamiento, sigo mi tratamiento de hemodiálisis.					
4. Sea cual sea mi situación familiar actual continúo asistiendo al tratamiento de hemodiálisis.					
5. Los servicios de salud a los cuales tengo acceso facilitan mi tratamiento de hemodiálisis.					
6. El conocimiento y preparación por parte de los profesionales que me asisten, contribuyen positivamente a mi tratamiento de hemodiálisis.					
7. Me han suministrado educación sobre mi condición de salud.					
8. El personal que me atiende se preocupa por mi permanencia en mi tratamiento de hemodiálisis.					
9. Recibo las sesiones de hemodiálisis necesarias desde los diferentes profesionales para cumplir satisfactoriamente mi tratamiento.					
10. Soy constante en mi asistencia al tratamiento de hemodiálisis así se tenga complicaciones después de mi tratamiento.					
11. A pesar que en ocasiones no se evidencien resultados inmediatos en mi condición funcional, sigo asistiendo a mi tratamiento de hemodiálisis.					
12. A pesar de los efectos secundarios sigo acudiendo a terapia					
13. A pesar de mi grado actual de limitación física continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento de hemodiálisis.					
14. Independiente de la progresión de mi enfermedad renal continúo asistiendo al tratamiento de hemodiálisis.					
15. Si se sospecha que mi enfermedad empeora, hago todo que este a mi alcance para continuar asistiendo a las sesiones de hemodiálisis.					
16. Así se presenten trastornos de salud adicionales a los que padezco, sigo asistiendo a las sesiones de hemodiálisis.					
17. Me mantengo motivado en asistir a las sesiones de hemodiálisis.					
18. Reconozco la necesidad del tratamiento de hemodiálisis.					
19. Entiendo adecuadamente las instrucciones dadas respecto a mi tratamiento de hemodiálisis.					
20. Mantengo viva la esperanza y soy positivo frente a mi enfermedad					