



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis:
*Percepción del Estrés y Estrategias de Afrontamiento
en Hombres y Mujeres con Tratamiento
de Hemodiálisis*

Presenta:
LE. Zeltzin López Ramírez

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Enero 2018



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis:
*Percepción del Estrés y Estrategias de Afrontamiento
en Hombres y Mujeres con Tratamiento
de Hemodiálisis*

Presenta:
LE. Zeltzin López Ramírez

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Enero 2018



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis:
*Percepción del Estrés y Estrategias de Afrontamiento
en Hombres y Mujeres con Tratamiento
de Hemodiálisis*

Presenta:
LE. Zeltzin López Ramírez

Director de Tesis:
DCE. Erick A. Landeros Olvera

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Enero 2018

Tesis: Percepción del Estrés y Estrategias de Afrontamiento en Hombres y Mujeres con Tratamiento de Hemodiálisis.

Número de registro: SIEP/ME/044/2017

Revisores e integrantes del Jurado de Examen Profesional

DCE. Erick Landeros Olvera
Presidente

MCE. Rosa María Galicia Aguilar
Secretario

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Vocal 1

Dra. Irma Vera Sánchez
Vocal 2

DCE. Erick Landeros Olvera
Director de Tesis

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora de la Facultad de Enfermería de la
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado

Enero 2018

Dedicatoria

A mi madre ***Guadalupe Isabel Ramírez Cadena*** por ser la amiga y compañera que me ha ayudado a crecer, gracias por estar conmigo en todo momento, por darme la vida enseñándome el camino para ser una mujer de éxito, por tus consejos y paciencia, por el inmenso amor que me has dado, así como el apoyo incondicional. Este logro no solo es mío, si no también tuyo por que as colocado en mí; valores de dedicación, esfuerzo para alcanzar metas importantes en la vida.

A mi padre ***Vicente Rafael López Trujillo*** por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, impulsándome a ser mejor persona cada día. Apoyándome incondicionalmente, inculcando en mí; amor, respeto y humildad.

A mi hermano ***Aly Yafte López Ramírez*** por todos los maravillosos momentos que hemos vivido juntos y por la hermosa felicidad que me has dado con un sobrino.

A mis tíos ***Virginia Ramírez Cadena y Mario de Jesús Ramírez Cadena*** por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Así como el amor inmenso que me han brindado a lo largo de mi vida, impulsándome a ser una mejor persona, tomando riesgos en pro de ser mejor.

Gracias a todos ustedes los AMO

Agradecimientos

A Dios por haberme permitido culminar y disfrutar una etapa más de formación profesional en mi vida.

A mi director de tesis Erick Landeros Olvera, por la orientación, el seguimiento y supervisión. Así como el compartir sus conocimientos, experiencias, con motivación y paciencia durante el proceso.

A mis revisores de tesis, MCE. Rosa María Galicia Aguilar, Dra. Irma Vera Sánchez y DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez, por su conocimiento brindado en mejora de este proyecto.

A mis compañeras de la Maestría Gricelda, Tomasa, Fabiola, Abigail, Gladys, Berenice, Leonor y Elizabeth, por compartir sus conocimientos, amistad y acompañarme en esta aventura mostrándome amor, inteligencia, respeto, humildad, pero sobre todo la pasión que nos une en mejora de nuestra profesión.

A todo mis Maestros que compartieron su conocimiento, enseñándome a crear investigación y la importancia de generar conocimiento para la profesión que amo.

A la clínica de Hemodiálisis del Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón y a la Clínica de Hemodiálisis HD de Puebla de Zaragoza, por permitirme el acceso con los pacientes y realizar la recolección de los datos para esta investigación.

A los pacientes de Hemodiálisis por compartir una parte de su vida durante el transcurso de la IRC, sin ustedes no habrían logrado realizar este proyecto.

A la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado, Facultad de Enfermería, por las facilidades brindadas y el apoyo para la realización del programa de Maestría en Enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo otorgado en mi estancia en la ciudad de Puebla.

A todas aquellas personas que con su colaboración hicieron posible la culminación de este trabajo, a todas ellas Gracias.

Resumen

L.E. Zeltzin López Ramírez
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Título del Estudio: Percepción del Estrés y Estrategias
de Afrontamiento en Hombres y Mujeres con
Tratamiento de Hemodiálisis.
Número de Páginas: 64
Área de Estudio: Enfermería Clínica

Fecha de graduación: Enero de 2018

Candidato para obtener el grado
de Maestría en Enfermería

Introducción. Los pacientes sometidos a Hemodiálisis (HD), pasan rutinariamente 40 horas en promedio al mes, con una duración de meses hasta años; lo que involucra cambios físicos, psicológicos, financieros y familiares, generando en los pacientes procesos cognitivos donde se identifica al estrés, situación en la que surgen mecanismos como el afrontamiento para intervenir en la regulación y adaptación de la HD. En la literatura se ha encontrado que los pacientes con IRC sometidos a HD, viven con un nivel elevado de estrés y tienen una percepción deteriorada de su vida. **Propósito.** Determinar los niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con hemodiálisis contrastando sexo y tiempo de tratamiento. **Metodología.** Diseño descriptivo, comparativo, transversal, muestreo aleatorio simple. Muestra $n=240$ pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento de HD en la ciudad de Puebla. Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos, para medir las variables de estudio se emplearon dos instrumentos válidos y confiables: 1) Perceived Stress Scale (PSS), 2) Coping Adaptation Processing Scale (CAPS). **Resultados.** El género masculino predominó con un 60.4%, la edad promedio fue 39.7 ± 15.4 años. En los antecedentes de tratamiento el 55 % tienen diagnóstico de hipoplasia renal, el 50.4 % mencionó tener de uno a cinco años con el tratamiento de HD. Con una alta capacidad global 81.6% y un nivel de estrés medio 75.4%, encontrando diferencia estadísticamente significativa en los niveles de estrés y afrontamiento comparando el grupo de hombres vs. mujeres para ambas variables ($t = -3.74, p = .000, U = 5853, p = .049$ respectivamente). Así mismo no hay cambios significativos al separar la muestra por tiempo de tratamiento que van 0 a 12 meses, 1 a 5 años y mayor de 5 años ($p > .05$). **Conclusión.** Existe una diferencia estadísticamente significativa del afrontamiento y el estrés de acuerdo al sexo, sin embargo, no mostró cambio alguno en los tres periodos del tiempo en tratamiento de HD.

Firma del Director de Tesis: _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.3. Marco Teórico	5
1.3.1 Modelo de Adaptación de Roy	5
1.3.2 Ubicación del Problema de Estudio en el Modelo	9
1.4. Estudios Relacionados	14
1.4.1 Estrés	14
1.4.2 Afrontamiento	16
1.4.3 Estrés y Afrontamiento	18
1.5 Definición Operacional	20
1.6 Objetivo General	21
1.6.1 Objetivos Específicos	21
1.7 Hipótesis	21
Capítulo II	
Metodología	
2.1 Diseño del Estudio	22
2.2 Población	22
2.3 Muestreo y Muestra	22
2.4 Criterios de Selección.	23
2.4.1 Criterios de Inclusión	23
2.4.2 Criterios de Exclusión	23
2.4.3 Criterios de Eliminación	23
2.5 Instrumentos	23
2.5.1 Cuestionario Socio demográfico	23
2.5.2 Instrumento Perceived Stress Scale (PSS)	24
2.5.3 Instrumento Coping Adaptation Processing Scale (CAPS)	24
2.6 Procedimientos	25
2.7 Ética del estudio	26

2.8 Plan de análisis estadístico	27
Capítulo III	
Resultados	
3.1 Progresión del Diseño	29
3.2 Características Sociodemográficas	30
3.3 Características Clínicas	31
3.4 Análisis descriptivo de las variables de estudio	32
3.5 Confiabilidad de los Instrumentos	33
3.6 Prueba de Normalidad	34
3.7 Prueba de Hipótesis	34
Capítulo IV	
Discusión	39
4.1 Limitaciones	43
4.2 Conclusiones	43
4.3 Recomendaciones	44
Referencias	45
Apéndices	
A. Cédula de datos Sociodemográficos	53
B. Instrumento Perceived Stress Scale	55
C. Instrumento Coping Adaptation Processing Scale	57
D. Consentimiento Informado	61

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características sociodemográficas de la muestra	30
2. Antecedentes de tratamiento	31
3. Niveles de estrés y afrontamiento	32
4. Nivel de afrontamiento por factor	33
5. Prueba de Kolmogorov-Smirnov	34
6. Descripción de sexo por estrés	34
7. Comparación de sexo por estrés	35
8. Descripción de afrontamiento por sexo	35
9. Comparación de afrontamiento por sexo	36
10. Descripción de estrés por tiempo de HD	36
11. Prueba de homogeneidad de varianzas	36
12. ANOVA de un factor	36
13. Prueba Post-hoc	37
14. Subconjuntos homogéneos	37
15. Prueba de Kruskal-Wallis	38

Lista de Figuras

Figura	Página
Figura 1. Modelo de Adaptación de Roy	8
Figura 2. Estructura conceptual teórico empírica	13
Figura 3. Progresión del diseño	29

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

En el mundo, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es considerada una enfermedad de salud pública que no distingue, sexo, raza o condición social; la mayoría de las personas que padecen IRC, es principalmente a consecuencia de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes e hipertensión arterial sistémica. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OMS, OPS, 2015) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH, 2015); la IRC afecta cerca del 10% de la población mundial, esto muestra que la tasa asciende a 150 millones de personas; si se anexan las que potencialmente son susceptibles por que padecen diabetes e hipertensión arterial, la cifra podría aumentar a 672 millones de personas (OMS, 2016).

En México; la situación no es diferente, el sistema de datos de enfermedad renal de los Estados Unidos (USRDS, 2014), indica que de un total de 54 países, México ocupa el primer sitio en nuevos casos al año de insuficiencia renal en etapa terminal. Un estudio realizado por la propia Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, 2014), indica que actualmente 9.5 millones de personas padecen IRC, de los cuales se estima que existen más de 129 mil pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). En la actualidad existen alrededor de 52,000 pacientes en terapia sustitutiva, donde el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atienden el 80% (Ávila, Conchillos, Rojas, Ordoñez y Ramírez, 2013). Estas cifras pueden ser evidenciadas ya que el registro de fallecimientos por esta causa es de 13, 300 muertes, se conoce además que de estas, 7338 corresponden a hombres y 5961 a mujeres (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2016).

De acuerdo al INEGI, las entidades con más incidencias de IRC en el 2014, fueron Estado de México, Veracruz, Jalisco, Puebla, Chiapas y Guanajuato. Específicamente en el Estado de Puebla, no se cuenta con un número concreto de personas con IRC, que requieren terapias de sustitución como diálisis, hemodiálisis o trasplante. Sin embargo datos del INEGI (2015) refieren que de 897 defunciones anuales 48.6% son mujeres y 51.4% hombres. Este dato es comparable con la situación mundial, es decir las prevalencias de morbilidad por IRC son superiores en el caso de los hombres (Artan et al., 2016; Park, Baek y Jung, 2016; Cobo et al., 2016).

Las situaciones que se generan a partir del aumento de la incidencia de IRC dado los indicadores epidemiológicos anteriormente señalados; son la demanda de terapias y tratamientos. La hemodiálisis (HD) se encuentra dentro de estos tratamientos, la cual es un procedimiento que emplea técnicas específicas a través de equipos, soluciones, medicamentos e instrumentos adecuados, aplicando un principio físico-químico de difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de una membrana semipermeable extracorpórea (Norma Oficial Mexicana [NOM-003-SSA3], 2010).

Se conoce que los gastos derivados en la atención de personas con HD son altos; este procedimiento no solo representa un alto costo familiar, es uno de los principales gastos del Sistema Nacional de Salud. Reportes del año 2010 indican que los costos oscilaron de 4,712 a 7,550 millones de pesos en el sector público en tan solo un 4% a 22% de derecho habientes (Ávila et al., 2013). Sin embargo dicha situación puede empeorar dado que la cifra podría incrementarse hasta un costo de 20 mil millones para el año 2043 (UNAM, 2014).

Diferentes estudios muestran que los pacientes sometidos a HD pasan rutinariamente 40 horas en promedio al mes, con una duración de meses hasta ocho años

(Cavalcante, Silva, Costa y Miranda, 2013), lo que involucra cambios de vida, que van desde físicos, psicológicos, financieros y sociales (Montilla, Duschek y Reyes, 2016).

Las complicaciones derivadas del tratamiento sustitutivo y de la propia enfermedad se van agravando con el tiempo, condicionando en estas personas una forma de vivir significativamente más limitada con respecto a la vida normal (Buades, Van-der, Alfonso, Rodríguez y Pons, 2015). Es común que en los servicios donde otorgan el tratamiento de HD por su naturaleza invasiva, así como la dependencia extrema a medios artificiales, genere en los pacientes procesos cognitivos que condicionan las respuestas humanas (Lozano y Del Carmen, 2014).

En el mismo orden de ideas, se identifica al estrés como resultado de dichas conductas y se ha relacionado directamente como factor desencadenante de IRC, este estresor puede conducir a un estado de excitación fisiológica o emocional afectando a la salud física y psicológica (Bruce, Griffith y Thorpe, 2015). La literatura reporta que el tratamiento de HD genera tanto estresores psicológicos como fisiológicos, siendo en estos últimos en los que se puede identificar la presencia de limitaciones funcionales, dependencia a la máquina, pérdida de apetito y energía entre otros (Soponar, Bojian y Lorga, 2016). Dentro de los factores psicológicos que favorece el estrés se reportan la depresión, angustia y miedo a la muerte, pérdida de empleo y autonomía que alteran la vida cotidiana de las personas (Montilla et al., 2016), situaciones en las que la mayoría de las personas disminuyen sus estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984).

El afrontamiento es un mecanismo que interviene en la regulación y adaptación de la HD facilitando el ajuste psicológico del paciente (Romero, Martínez, Makazai, Guarín y Pérez, 2013). Existe evidencia donde los mecanismos de afrontamiento determinan el proceso de evolución positiva, convirtiéndose en un elemento clave para la asimilación e

integración del tratamiento (García et al., 2016). Mediante algunas estrategias como la oración, emociones positivas y el apoyo familiar (Parvan et al., 2015).

Las estrategias de afrontamiento ya sean de manera innata o adquiridas, son mecanismos que intervienen en la regulación y adaptación de la enfermedad renal, facilitando el ajuste psicológico del paciente (Roy, 2008); lo cual es particularmente importante en los pacientes sometidos a HD, quienes a diferencia de otros pacientes, perciben un estado de salud y bienestar con mayor deterioro, un detrimento en la calidad de vida y hacen un uso inadecuado de las estrategias de afrontamiento (Romero, E. et al. 2013).

En la literatura se ha encontrado que los pacientes con IRC sometidos a HD, viven con un elevado nivel de estrés y tienen una percepción deteriorada de su vida (García, Remor, Del Peso y Selgas, 2014). En la mayoría de las investigaciones retoman aspectos como la calidad de vida con respecto a la depresión y ansiedad, así como estrategias de afrontamiento con criterios como la edad y las horas que pasan en HD (Ruíz, Nekane y Ramón, 2013); sin embargo el conocimiento con referencia al nivel de estrés y el afrontamiento de acuerdo al sexo y a los años que lleva en tratamiento de HD, se encuentra en un vacío de conocimiento en población mexicana.

Las investigaciones encontradas en México, son realizadas por la disciplina de la psicología y escasas aportaciones por parte de enfermería, a diferencia de otros países donde mencionan que la enfermera es una parte fundamental debido a que convive más tiempo con el paciente en HD que otro profesional de la salud (Poorgholami, Koshkaki, Jahromi, Parniyan, 2016).

Es aquí donde radica la importancia de realizar la investigación bajo el Modelo de Adaptación de Roy que, por sus características, es el que más se apega a verificar los

fenómenos de afrontamiento y adaptación en pacientes con HD. Dando respuestas psicológicas y cognitivas, auxiliando a mejorar los niveles de estrés en los pacientes. Ante estas evidencias el propósito de investigación es el siguiente:

1.2. Propósito del Estudio

Determinar los niveles de estrés y de las estrategias de afrontamiento en pacientes con hemodiálisis contrastando sexo y tiempo de tratamiento.

1.3. Marco Teórico

Para fines de este estudio se fundamenta el presente trabajo en el Modelo de Adaptación de Roy (MAR), el cual fue presentado por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la Nursing Outlook; posteriormente se explicarán los estímulos focales y contextuales de los pacientes en HD, los procesos de afrontamiento cognator será descritos por la escala de modos de adaptación, teniendo como resultado el modo de auto concepto que se enfatizará en el estrés, finalmente se describe los conceptos de interés que forman la investigación.

1.3.1 Modelo de Adaptación de Roy (MAR).

El MAR fue propuesto por Sor Callista Roy en 1963, inspirado en la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1968) y la Teoría del Nivel de Adaptación de (Helson, 1964). Desde su perspectiva, la persona (ya sea un individuo o un grupo) es un sistema adaptativo holístico que, a través de procesos de afrontamiento físicos y psicológicos, dan como respuesta a estímulos ambientales cercanos o no a su conciencia (Roy, 2008).

El MAR integra conceptos, los cuales son: estímulos o entradas que se relacionan con el medio ambiente, estos se clasifican en focales, contextuales y residuales.

Los estímulos focales son aquellos a los que se enfrenta el individuo de manera más inmediata y reclama más su atención y su energía dando respuestas de adaptación eficaz e

ineficaz a los diferentes estímulos. Los estímulos contextuales son el resto de estímulos presentes en la situación, que contribuyen positivamente o negativamente a los estímulos focales; sin embargo, no demandan toda la atención de la persona. Los estímulos residuales son los factores ambientales dentro y fuera que afectan al estímulo focal, pero sus efectos no son fácilmente conocidos. Estos tres tipos de estímulos juntos forman el nivel de adaptación de una persona que puede ser integrado, compensatorio o comprometido, como respuesta a estos estímulos surgen los procesos de afrontamiento.

Los procesos de afrontamiento se refieren a formas innatas o adquiridas que una persona utiliza para enfrentarse a estímulos ambientales. El MAR categoriza a los procesos innatos y adquiridos de afrontamiento en dos sub-sistemas importantes: el regulador y el cognator. El sub-sistema regulador responde a través de canales de supervivencia neuronal, químicos y endocrinos; los estímulos del ambiente interno y externo actúan como entradas en el sistema nervioso y a su vez afectan los demás sistemas como el equilibrio ácido-base y electrólitos. El sub-sistema cognator responde mediante cuatro canales cognitivo-emocional: proceso de información y percepción (actividades de atención selectiva, codificación y memoria); aprendizaje (imitación, reforzamiento y perspicacia); juicio (actividades en resolución de problemas y toma de decisiones) y emoción.

Los comportamientos que resultan de los procesos de control se pueden observar en cuatro modos de adaptación de los individuos, estos son: fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia. El modo fisiológico hace referencia a las respuestas físicas de la persona al entorno y la necesidad subyacente es la integridad fisiológica. De acuerdo con Roy (2008), el buen funcionamiento de este modo adaptativo tiene como fin cubrir cinco necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, protección.

Además, cuatro procesos están involucrados: equilibrio ácido-base (líquidos y electrolitos), funcionamiento neurológico y funcionamiento endocrino.

El modo adaptativo de auto-concepto hace referencia al conjunto de creencias, sentimientos de una persona sobre si mismo en un momento dado, formándose a través de las percepciones internas y percepciones de las reacciones de los demás; subyaciendo en la integridad psíquica y espiritual. El auto-concepto tiene dos dimensiones principales: el yo físico y el yo personal; el yo físico incluye la sensación corporal (mantener un sentimiento positivo sobre el propio ser físico) y la imagen corporal. El yo personal está conformado por la auto consistencia (mantener una auto organización consistente y evitar el desequilibrio), el yo ideal o auto expectativas (mantener una visión positiva o esperanzada de lo que uno es, lo que uno espera ser y lo que uno espera hacer) y el yo moral-espiritual-ético (mantener una evaluación positiva de lo que uno es, mantiene relaciones cercanas y positivas con la gente que quiere dar y recibir amor, respeto y valor).

El modo de adaptación de la función de rol hace referencia a las funciones que las personas ocupan entre sí. Subyaciendo en la integridad social, la necesidad de saber quién es uno en relación a los demás para que puede actuar. Conformado por funciones de administradores y personal, la gestión de información, sistemas para la toma de decisiones y mantenimiento del orden.

El modo de adaptación de interdependencia hace referencia a las relaciones entre las personas; uno a uno y en grupos. La necesidad básica de este modo tanto para individuos como para grupos es la integridad relacional o el sentimiento de su seguridad en las relaciones, conformándose de tres componentes: adecuación afectiva, adecuación al desarrollo y adecuación de los recursos. Para observar en contexto el modelo, véase la Figura 1.

Figura 1. Modelo de Adaptación de Roy (2008)

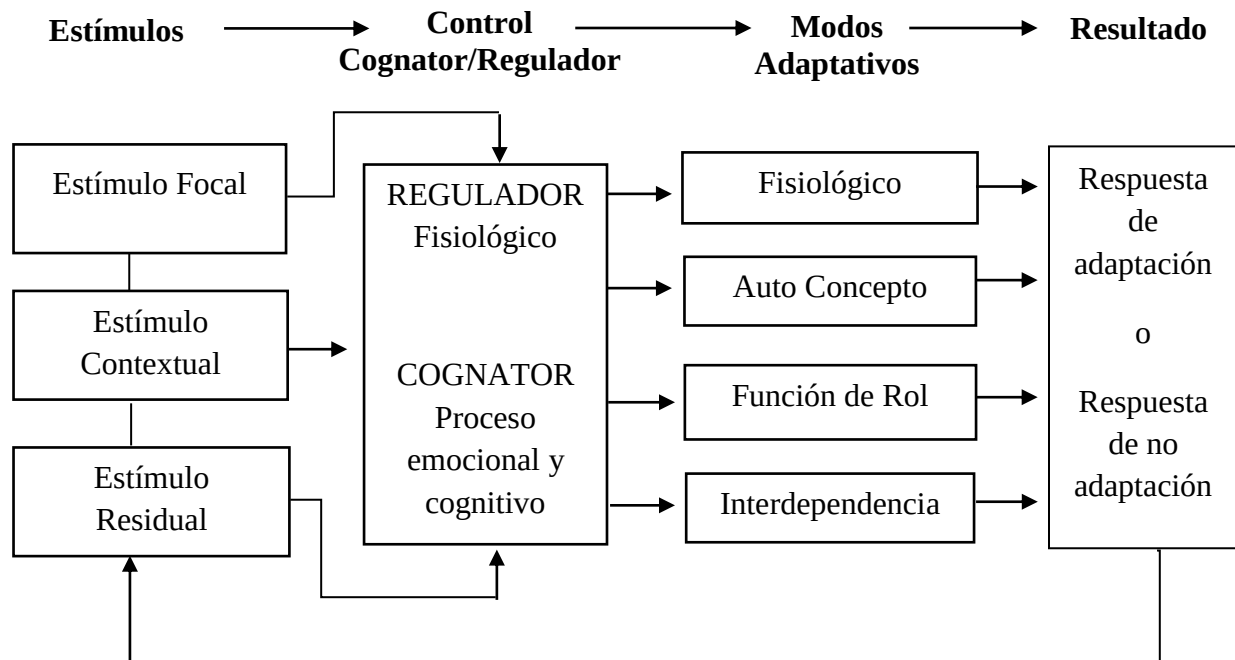


Diagrama del Modelo de Adaptación

Nota: Derechos reservados Keville Frederickson PhD, permiso para publicación concedido a Erick A. Landeros.

De acuerdo a Roy, los modelos de enfermería se basan en suposiciones filosóficas y principios científicos, que permiten describir los conceptos desarrollados en un modelo o teoría. Los supuestos que subyacen al MAR durante las primeras décadas fueron los principios filosóficos y científicos, posteriormente agregando supuestos culturales.

Para Roy los supuestos filosóficos son aquellos que identifican el humanismo y la veritativity, centrándose en la reciprocidad de las personas con los demás, el mundo y una figura de Dios. Los supuestos Científicos son la combinación de la teoría de sistemas y teoría del nivel de adaptación, enfocándose en la existencia humana en un universo que es creativo. Los supuestos culturales fomentan y explican el crecimiento del MAR de manera culturalmente relevante para cada país. Los tres conjuntos de supuestos describen al ser

humano como sistema adaptativo, individuo y grupos, el medio ambiente, la salud, y el objetivo de la enfermería (Roy, 2008).

Para fines de esta investigación se utilizaron dos supuestos:

1. El pensamiento y el sentimiento median la acción humana y cultural. Este supuesto se considera como el científico dado que la condición de un paciente al someterse a tratamiento de HD, esta mediada por una acción humana que se refleja como estrés, influida por el entorno que se rodea.
2. Las experiencias dentro de una cultura especifica influirán cómo se expresa cada elemento del MAR. Este supuesto se considera el cultural dado que la forma en que se expresa un paciente con HD, es la forma que se dará el afrontamiento.

1.3.2 Ubicación del problema de estudio en el modelo

En esta investigación de los constructos de estímulos se tomó en cuenta como estímulo focal la IRC, la cual conlleva al paciente a la HD, dado que en ese momento el paciente enfoca su energía y requiere toda la atención, los estímulos contextuales son considerados de acuerdo a la literatura como el sexo, edad, estado civil, escolaridad, antecedentes de tratamientos previos, ocupación, rol, tipo de acceso. Del segundo constructo; subsistema cognator, se tomó en cuenta los cuatro canales cognitivo emocionales que en los pacientes se manifiesta a lo largo de su vida con la HD, este se identificó a través de una escala denominada Coping Adaptation Processing Scale (CAPS) y finalmente del constructo de modos, se retomó el auto concepto, considerando que es un modo de respuesta psicológico donde el estrés subyace como una respuesta cognitiva, la cual se evaluó de acuerdo a la escala de Perceived Stress Scale (PSS), con lo cual se identificó si hay un proceso de adaptación o no adaptación, véase la figura 2.

A continuación, se definirán los conceptos principales de esta investigación.

Concepto de Estrés

Hans Selye (1936), introdujo en el ámbito de la salud el término “sstress”, el cual se convirtió en uno de los más usados; definiéndolo como una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le impongan planteando tres etapas; la primera fase o fase inicial (alarma), cuando se detecta la presencia del estresor; la segunda fase (adaptación o resistencia), cuando se moviliza el sistema de respuesta volviendo al equilibrio (proceso activo mediante el cual el cuerpo responde a los eventos cotidianos para mantener la homeostasis, se denomina “alostasis”); y la tercera fase (agotamiento), presente solo cuando el estresor se prolonga en el tiempo y surgen las alteraciones relacionadas con el estrés crónico (Moksnes y Espnes, 2017).

La concepción del estrés ha ido en tres direcciones fundamentales, conformado por tres grandes enfoques; 1) respuestas biológicas, 2) estrés como estímulos, 3) estrés como un proceso de transacción del individuo y medio ambiente. Para fines de esta investigación se utilizará el estrés como un proceso de transición del individuo y el medio ambiente (Everly y Latig, 2013; Salen, 2017).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) el estrés se refiere a la relación particular entre la persona y su medio ambiente percibida por la persona como amenazante o que excede sus recursos y pone en riesgo su bienestar social. La mayoría de los pacientes reportan tres factores de estrés: físico, psicológico y socioeconómico (Poorgholami et al., 2016).

En los pacientes con HD el estrés se genera al desconocer qué pasará con su vida, con este nuevo tratamiento (Jadhay y Lee, 2014); sin embargo el estrés no se manifiesta en todos de igual manera, el hombre tiene una correlación positiva más alta que la mujer (Ahmada et al. 2015).

Se ha encontrado en la literatura que el estrés es un estado de emergencia en contraste con las situaciones cotidianas (Soponar et al., 2016); se manifiesta en dos formas, el primero es el distrés o estrés negativo, donde las demandas del medio son excesivas superando la capacidad de adaptación; el segundo es eustrés o también denominado bien estrés se interactúa con los estresores manteniendo una mente abierta donde entran mecanismo como el afrontamiento (Echeburúa, 2016).

Concepto de Afrontamiento

El concepto de afrontamiento ha tenido una larga historia, encontrándose en dos clases de literatura teórica/empírica muy distintas: una se derivada de la experimentación tradicional con animales, la otra de la psicología psicoanalítica del ego (esta última define al afrontamiento como un conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto disminuye el estrés), las diferencias de ambas clases, radica en el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno (Lazarus y Folkman, 1984).

Sin embargo, el máximo desarrollo del afrontamiento se produjo a partir de Lazarus y Folkman, el cual fue utilizado como punto de partida para diversos trabajos. Definiendo el afrontamiento como aquellos esfuerzos, cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984).

Por ello el trabajo de enfermería ha dependido en gran medida de la conceptualización y medición de ellos, utilizándose desde 1972 por enfermeras (Roy, Bakan, Li y Nguyen, 2016). Similar al marco de Lazarus y Folkman, Roy en el MAR menciona, que los procesos de afrontamiento son formas innatas o adquiridas de responder a los cambios del entorno.

De igual forma Chayput y Roy, mencionan que el afrontamiento es entendido como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realizan las personas para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad (Chayput y Roy, 2007; Gutiérrez, 2009; Muder y Vivien, 2014; Roy, 2008).

Desde el momento que diagnostican a una persona con IRC se pone en marcha una serie de cambios importantes en la vida, activando estrategias de afrontamiento de manera integral. Compensatoria o integradora (García et al., 2016). En los pacientes con hemodiálisis se ha observado que tienen una alta capacidad de afrontamiento y adaptación global, utilizando estrategias acordes con las demandas de cuidado propios al tratamiento. (Romero et al., 2013).

A continuación, se esquematiza la estructura teórico empírica de acuerdo al Modelo de Adaptación de Roy.

Figura 2. Estructura Teórica Empírica de acuerdo al Modelo de Adaptación de Roy.

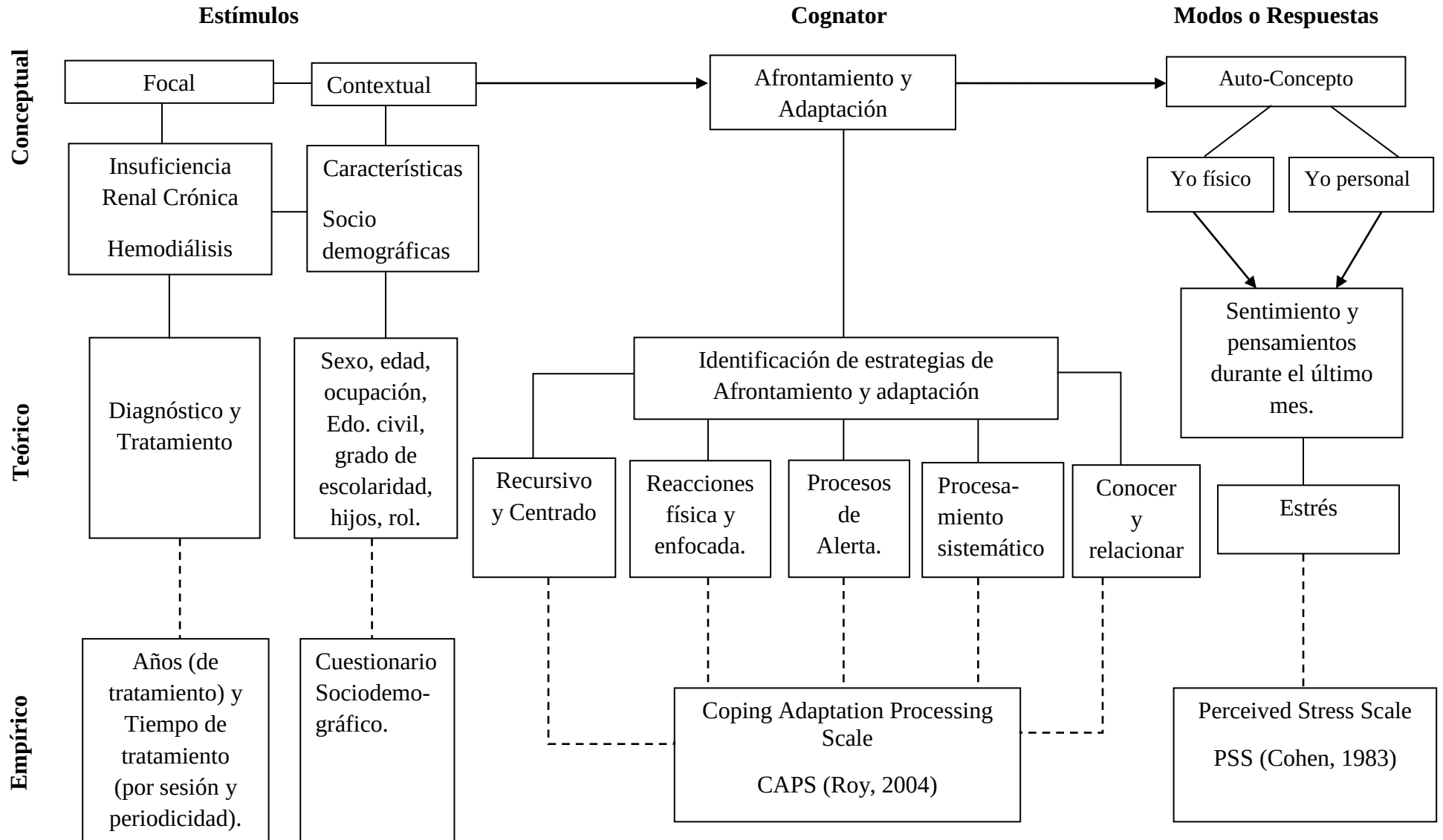


Figura 2. Estructura Teórica Empírica (López y Landeros, 2017).

1.4. Estudios Relacionados

En este apartado se presentan estudios de investigación relacionados con el estrés y el afrontamiento; así como la relación entre ambas variables.

1.4.1 Estrés

Cavalcante, Silva, Mendonca, Costa y Miranda (2013), en un estudio descriptivo exploratorio evaluaron los niveles de estrés en pacientes renales sometidos a HD; la muestra se conformó por 104 pacientes, utilizando un instrumento válido y confiable. Los resultados mostraron que el 58.3% eran hombres; con respecto al tiempo de tratamiento el 4% comenzó menos de un mes, el 8% 4 meses, el 6% de uno a cuatro años, el 29% de cinco a seis años y 53% durante más de siete años. El 75% de los pacientes presentó signos de estrés. Con respecto a la fase de estrés, el 9 % estaban en la fase de alerta, el 14.1% en la fase de resistencia, el 56.4% en la fase de agotamiento y el 20.5% ya mostraba síntomas de agotamiento. Los autores concluyeron que la mayoría de los pacientes presentan estrés y se encontraban en la fase de pre agotamiento.

Gorji, Davanloo y Heidarigorji (2014), en un estudio experimental, evaluaron la eficacia de las técnicas de relajación sobre el estrés en pacientes con HD. La muestra se constituyó por 80 pacientes en dos grupos, control (GC) y experimental (GE); se encontró que el 55% eran hombres, el tiempo de HD en relación al número de años, 83.7 % fue más de 5 años y el 16.2% por menos de 5 años; con respecto al tiempo de la sesión en HD el 77.5% con duración de 4 h y el 22.5 % con 3 h. La comparación de las dos puntuaciones medias antes y después de la intervención en el estrés, mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$), en la pre intervención, GE $\bar{x} = 11.52 \pm 2.75$ vs. GC $\bar{x} = 11.18 \pm 2.38$; post intervención, GE $\bar{x} = 10.22 \pm 2.13$ vs. GC $\bar{x} = 10.94 \pm 2.26$. Se encontró una correlación negativa con un tamaño de efecto pequeño entre el estrés y la duración de diálisis ($r = -.198$, $p = .078$). Los

autores concluyen que el uso de métodos de bajo riesgo como la relajación ayuda a disminuir el estrés.

Poorgholami, Koshkaki, Jahromi y Parniyan (2016), realizan un estudio cuasi-experimental, evaluando la influencia de aprendizaje basado en un grupo de control del estrés en los niveles de los síntomas de la psicología de los pacientes en HD. La muestra se conformó por 50 pacientes (57% hombres) utilizando un instrumento válido y confiable. Los resultados mostraron que antes de la intervención no hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p > .05$), entre las puntuaciones de estrés del grupo experimental (GE) y grupo control (GC) antes de la intervención ($\bar{x} = 16.96 \pm .90$ vs $\bar{x} = 15.92 \pm 1.44$). Después de la intervención hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) entre las medias de estrés por grupo (GE $\bar{x} = 8.36 \pm 1.03$ vs. GC $\bar{x} = 13.76 \pm 1.44$). En el GE se pudo mostrar que la reducción del estrés, el promedio fue $\bar{x} = 8.56 \pm .13$ en comparación con el GC $\bar{x} = 2.16 \pm 1.44$. Los autores concluyeron que las intervenciones para el controlar el estrés es eficaz en los pacientes con HD.

Kılıç y Alpar (2016), en un estudio pre-experimental, determinaron el efecto de la capacitación grupal implementada en 90 pacientes (grupo único con pre-test y post-test) con tratamiento de HD, (51.1% masculino); los resultados mostraron que 46.7% habían tenido HD durante 1 a 4 años y el 84.4% era sometido a HD tres veces a la semana. Con respecto al nivel de estrés la comparación de las puntuaciones medias antes y después de la intervención mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$), pre intervención $\bar{x} = 107.87 \pm 14.96$; post intervención $\bar{x} = 83.18 \pm 12.34$. De acuerdo al sexo las mujeres presentaron un mayor nivel de estrés que los hombres $\bar{x} = 21.11 \pm 7.32$ vs. $\bar{x} = 16.15 \pm 9.75$, ($p = .032$), respectivamente. Los autores concluyeron que hubo una disminución en los factores de estrés

percibidos por los pacientes, además del beneficio de organizar programas psicoeducativos que ayuden hacer frente al estrés.

Jahromi, Javadpour, Taheri y Poorgholami (2016), en un ensayo clínico aleatorio, evaluaron el efecto de las visitas telefónicas dirigidas por enfermeras sobre el estrés en pacientes en HD; la muestra se conformó por 54 pacientes en dos grupos, utilizando un instrumento validado e intervenciones telefónicas. Los resultados mostraron que los grupos eran similares en hombres (60 %), así como en el tiempo de sesión (tres veces a la semana, 72%). No se observó diferencia significativa entre los grupos antes de la intervención GE $\bar{x} = 16.92 \pm 0.90$ vs. GC $\bar{x} = 15.92 \pm 0.90$, posterior a la prueba se observó una reducción del estrés estadísticamente significativa GE $\bar{x} = 8.36 \pm 1.03$ vs. GC $\bar{x} = 13.76 \pm 1.44$, ($p < .05$). Los autores concluyeron que esperan que los resultados proporcionen nuevos conocimientos para apoyar el seguimiento del estado emocional y de salud.

1.4.2 Afrontamiento

Romero, Martínez, Makaiza, Guarín y Pérez (2013), describieron el afrontamiento y la adaptación de 277 pacientes en HD continúa, en dos unidades renales de Cartagena, utilizando la escala Coping Adaptation Processing Scale (CAPS). Los resultados evidenciaron que el sexo masculino predominó en 53.5%, encontrando una alta capacidad de afrontamiento y adaptación global con 78.2%. Esta capacidad guardó relación con los factores, 3, 1, 5, 4 debido a los porcentajes elevados, procesos de alerta 69.1%, recursivo y centrado 62.6%, conocer y relacionar 58 % y procesamiento sistemático 56.8%. Sin embargo, los pacientes mostraron una mediana capacidad de afrontamiento en el factor 2 reacciones físicas y enfocadas 76.1%. Los autores concluyen que existe una alta capacidad de estilo de afrontamiento activo, las cuales muestran tendencias estables en el uso de estrategias de

afrontamiento para sí mismo y para otros a niveles cognitivo, comporta-mentales y emocionales.

Ruiz de Alegría, Basabe y Saracho (2013), conocieron las formas de afrontamiento más utilizadas a lo largo del primer año de tratamiento de HD en nueve unidades de nefrología; la muestra se conformó por 98 pacientes. Se obtuvieron dos categorías de estrategias de afrontamiento: aproximación y evitación cuyo porcentaje de s^2 fue 17% y 12% respectivamente, no hubo cambios significativos a lo largo del tiempo ni en el conjunto de la aproximación ($p = .53$), ni en la evitación ($p = .6$); sin embargo la puntuación de aproximación fue estadísticamente superior a la evitación para: un mes, seis meses y un año (aproximación $\bar{x} = 46.3$, $\bar{x} = 44.5$, $\bar{x} = 42.7$ vs. evitación $\bar{x} = 20.3$, $\bar{x} = 18.2$, $\bar{x} = 20.3$ respectivamente). Los autores concluyen que son más utilizadas las estrategias de aproximación que de evitación y durante el año de tratamiento las estrategias de afrontamiento se mantienen estables.

Dehkordi y Shahgholial (2013), realizaron un estudio descriptivo para conocer los estilos de afrontamiento de 96 pacientes con HD, utilizando un instrumento válido y confiable. Los resultados mostraron que el 57.3% fueron hombres, el promedio de afrontamiento fue $\bar{x} = 34.7 \pm 8.37$, utilizando más estrategias centradas en la emoción ($\bar{x} = 20.07 \pm 4.39$), que centradas en el problema ($\bar{x} = 14.65 \pm 85.08$). No se encontró diferencia significativa entre varones y mujeres con relación a las medias totales ($p = .19$), enfocado al problema ($p = .10$) y enfocado a emoción ($p = .40$). Los autores concluyen que la mayoría de los pacientes en HD utilizan la emoción como estrategia de afrontamiento.

Parvan et al. (2015), en un estudio transversal evaluaron las estrategias de afrontamiento al estrés, en una muestra de 70 pacientes sometidos a HD, utilizando un instrumento validado y confiable. Los resultados mostraron que 67.1% eran hombres, el

promedio en duración de tratamiento por meses fue $\bar{x} = 34.39 \pm 21.71$; se utilizaron estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción y al problema, agrupándose en el uso de estrategias $\bar{x} = 70.49 \pm 18.19$ y la utilidad de las estrategias $\bar{x} = 49.59 \pm 19.42$. La comparación de ambas fue estadísticamente significativa ($p < .05$). Con una correlación positiva estadísticamente significativa entre el uso y la utilidad de las estrategias de afrontamiento ($r_s = .87, p < .05$). Los autores concluyeron que la mayoría de los pacientes usan la emoción como estrategia, para hacer frente a los factores de estrés.

García et al. (2016), identificaron la prevalencia de los mecanismos adaptativos en el área de lo psicológico, afectivo y social que utiliza el paciente con tratamiento de HD. El muestreo fue por conveniencia, con una muestra de 21 pacientes. Los resultados expusieron que 61.9% eran hombres, con respecto al tiempo de tratamiento el 52.4% era menor a 3 años, 28.6% más de tres años y 19% escasos meses. Los mecanismos de adaptación más utilizados fueron psicológicos (95 %), social (90 %) y afectivos (61.9%). Los autores concluyen que los diferentes mecanismos de adaptación dependen completamente del ambiente en el que se desarrollan y el acompañamiento familiar.

1.4.3 Estrés y Afrontamiento

Tu, Shao, Wu, Chen y Chuang (2014), en un estudio transversal describieron los estresores, el nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en 88 pacientes sometidos a tratamiento de HD, utilizando dos instrumentos válidos y confiables. Los resultados mostraron que el 54.5 % eran hombres, con un tiempo en HD de $\bar{x} = 3.41 \pm 2.18$ años, con un nivel de estrés alto $\bar{x} = 42.2 \pm 13.84$, mostrando mayor nivel de estrés fisiológico ($\bar{x} = 1.54 \pm .522$), que psicológico ($\bar{x} = 1.43 \pm .512$). Con respecto al afrontamiento el puntaje promedio fue $\bar{x} = 58.43 \pm 18.58$, utilizando más estrategias enfocadas al problema que a la afectividad

($\bar{x}=1.72 \pm 0.656$ vs. $\bar{x}= 1.31 \pm 0.409$), respectivamente. Las mujeres presentaron mayor estrés psicosocial que los hombres ($t= -2.006$, $p = .049$), con una correlación negativa, un tamaño de efecto pequeño estadísticamente significativa del estrés con los años de HD ($r = -0.059$, $p= .029$). No hubo relación entre el afrontamiento y los años de HD ($r= -0.054$, $p > .05$). Los autores concluyeron que el personal de salud debe prestar más atención a estos pacientes, con planes de atención específicos y personalizados.

Ahmad y Al Nazly (2015), en un estudio descriptivo correlacional, identificaron los factores de estrés y las estrategias de afrontamiento percibidas por los pacientes en HD; en una muestra de 131 pacientes, utilizando instrumentos validados. Los resultados mostraron que el 61.1% eran hombres, el 71.8% se dializaban 12 h / semana y el tiempo transcurrido desde su inicio fue de 6 meses a 29 años ($\bar{x}=7.53 \pm 6.25$), con un nivel de estrés moderado ($\bar{x}=1.0 \pm 3.59$); las estrategias de afrontamiento variaron de $\bar{x}=1.13 \pm .70$ a $\bar{x}=1.91 \pm .51$. Las mujeres, presentaron una correlación positiva, con un tamaño de efecto pequeño entre el estrés y el afrontamiento, ($r=.16$, $p < .05$; $r=.17$, $p < .05$) respectivamente, los años de HD no mostraron correlación significativa con respecto al estrés, pero si una correlación negativa, con un tamaño de efecto pequeño entre los años de HD con el afrontamiento en buscar apoyo social ($r = -.17$, $p < .05$) y aceptación de la responsabilidad ($r= - .24$, $p < .01$). Los autores concluyeron que los factores de estrés reflejan las preocupaciones de los pacientes, y que sería prudente hacer intervenciones para mejorar sus estrategias de afrontamiento.

Gurkan, Pakyuz y Demir (2015), en un estudio descriptivo determinaron el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas por 138 pacientes en HD. Se utilizaron dos instrumentos validados y confiables. Los resultados mostraron que el 60.9% eran hombres, la duración de HD en general fue $\bar{x}= 60.44 \pm 42.50$ meses, el 28.2 % de los pacientes estaban en

riesgo de estrés. las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron tres: centradas en los problemas ($\bar{x}= 51.0 \pm 7.7$), centradas en la emoción ($\bar{x}= 50.3 \pm 7.0$) y no funcionales ($\bar{x}= 48.8 \pm 8.4$), los resultados fueron estadísticamente significativos ($p < .001$). No hubo correlación estadísticamente significativa entre el género y las tres estrategias de afrontamiento ($r = -.057, r = .005, r = -.100, p > .05$). Los autores concluyeron que sería útil conocer las estrategias de afrontamiento de un individuo en el caso de una situación estresante para determinar los objetivos del tratamiento.

Soponar, Bojian y Lorga (2016), identificaron las interacciones entre los factores de estrés y los mecanismos de afrontamiento en 70 pacientes con HD. Utilizando dos instrumentos validados y confiables. Los resultados mostraron que el 61.4% eran mujeres; la mayoría utilizó estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción ($\bar{x}= 56.7 \pm 11.67$), en lugar del problema ($\bar{x}= 43.21 \pm 8.01$). Se encontraron correlaciones positivas con un tamaño de efecto pequeño entre los estresores (actividad diaria, dependencia médica, ambigüedad de rol) y el afrontamiento enfocado a la emoción ($r = .27, r = .25, r = .33, p < .05$). No se encontró diferencia entre el afrontamiento por género $p = .40$. Los autores concluyeron que la emoción es el mecanismo de afrontamiento más eficaz para el estrés.

1.5 Definición Operacional

Afrontamiento para los pacientes en hemodiálisis; son los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realizan, para atender las demandas del ambiente y actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad. Este concepto será medido por el instrumento denominado Coping Adaptation Processing Scale CAPS, validada por Gutiérrez et al (2007). El estrés es la relación particular entre la persona y su medio ambiente percibida por la persona como amenazante o que excede sus recursos y pone en riesgo su bienestar social. Este

concepto será medido por la escala Perceived Stress Scale (PSS), versión 14 validada por González y Landero (2007).

1.6 Objetivo General

Describir y comparar el nivel de estrés y afrontamiento de acuerdo al sexo y tiempo de tratamiento en los pacientes con Hemodiálisis.

1.6.1 Objetivos Específicos

1. Describir las variables socio demográficas de la población.
2. Determinar el nivel estrés y afrontamiento de los pacientes en HD
3. Comparar el nivel de estrés y afrontamiento por género.
4. Comparar el nivel de estrés y afrontamiento de acuerdo a los años de tratamiento.

1.7 Hipótesis

Hipótesis 1: Si los procesos de adaptación son influidos por los roles que se manejan en una cultura específica a través de los sentimientos y conductas humanas; entonces, al comparar los niveles de estrés y afrontamiento por género en pacientes con tratamiento de hemodiálisis, serán diferentes.

$$\mu_1 \neq \mu_2, (p < .05)$$

Hipótesis 2: Si los procesos de adaptación son influidos por el tiempo en que la persona está en contacto con los estímulos focales y contextuales; entonces los modos de respuesta en el nivel de afrontamiento y estrés contrastados en pacientes con terapia de hemodiálisis, de acuerdo a los años de tratamiento, serán diferentes.

$$\mu_1 \leq \mu_2 \neq \mu_3, (p < .05)$$

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo, muestra, criterios de selección, instrumentos, procedimientos para la recolección de datos y ética del estudio.

2.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y comparativo (Guevara, Cárdenas y Hernández, 2017); apropiado para describir las características, propiedades o atributos de las variables estrés y afrontamiento, para contrastarlas en dos poblaciones desde un punto de vista estadístico.

2.2 Población

La población estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de IRC, que adscritos a la unidad clínica de hemodiálisis HD; el total de la población fue igual a 600.

2.3 Muestreo y muestra

El muestreo fue probabilístico aleatorio simple, la muestra se estimó por la fórmula de muestras finitas que indica lo siguiente: $n = \frac{NZ^2Pq}{Nd^2 + Z^2pq}$ donde:

$$N = 600$$

$$Z^2 = 3.8416$$

$$p = 0.5 \text{ \% de éxito}$$

$$q = 0.5$$

$$d = 0.05 \text{ error de muestreo}$$

$$d^2 = 0.0025$$

$$NZ^2Pq = 576.24$$

$$Nd^2 = 1.5$$

$$Z^2pq = 0.9604$$

$$Nd^2 + Z^2pq = 2.4604$$

$$n = 235$$

Para amortiguar el efecto de atrición la n por grupo fue de 25 sujetos $n = 260$

2.4 Criterios de selección.

2.4.1 Criterios de inclusión

Adultos mayores de 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de IRC, con antecedentes en tratamiento de diálisis peritoneal y mínimo un mes en tratamiento de HD.

2.4.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos pacientes que presentaron problemas cognitivos o alguna discapacidad visual, auditiva; así como los pacientes que no desearon participar en el estudio.

2.4.3 Criterios de eliminación

Se eliminaron los pacientes que presentaron complicaciones durante la sesión de HD, como calambres, hipotensión, hipertensión, emesis, cefalea, hipoglucemia, así como aquellos que terminaron la sesión de HD antes de concluir el cuestionario.

2.5 Instrumentos

Para el presente estudio se utilizó un cuestionario socio demográfico y dos instrumentos:

2.5.1 Cuestionario socio demográfico

El cuestionario socio demográfico comprendió tres apartados: 1) Datos de identificación personal que incluye: sexo, edad, escolaridad, estado civil, función de rol, hijos, personas con las que vive. 2) Antecedentes familiares, buscando antecedentes de hipertensión, diabetes, obesidad, cardiopatías e insuficiencia renal, 3) Antecedentes de tratamiento, diagnóstico de IRC, años de tratamiento, horas a la semana de sesión, tipo de acceso vascular, número de accesos vasculares, trasplantes, síntomas durante la sesión (Apéndice A).

2.5.2 Instrumento Perceived Stress Scale (PSS)

Para medir la variable de estrés se utilizó el instrumento Perceived Stress Scale (PSS), versión 14 validada por González y Landero (2007) (Apéndice B); desarrollada por Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). El instrumento consta de 14 ítems redactados de forma positiva y negativa, las opciones de respuesta son de tipo Likert con cinco opciones. Los ítems redactados negativamente (1, 2, 3, 8, 11, 12, 14), se califican de la siguiente manera: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo. Los ítems redactados positivamente (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13) se califican: 4 = nunca; 3 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 1 = a menudo, 0 = muy a menudo (Campo, Bustos y Romero, 2009). La sumatoria produce la puntuación total de la escala, con un rango mínimo 0 y 56 máximo, los puntajes se transforman a índices de 0 a 100 para facilitar el análisis estadístico; los puntos de corte fueron: bajo 0-33, medio 34-66 y alto 67-100. Estos cortes fueron establecidos a priori, no se indican en el instrumento original, con ello la puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Los diferentes estudios de este instrumento se han aplicado con una consistencia interna en población inglesa .84, .89, japonesa .74, colombiana .89, española .82 y mexicana .83 (Mimura y Griffiths, 2008; Campos, Bustos y Romero, 2009; Salgado, Mo y Monterrosas, 2013).

2.5.3 Instrumento Coping Adaptation Processing Scale (CAPS).

Para medir la variable afrontamiento se utilizó el instrumento Coping Adaptation Processing Scale CAPS, desarrollado por Roy (2004), validado en español por Gutiérrez et al., 2007 (Apéndice C). El instrumento consta de 47 ítems con cinco factores, estos son: recursivo y centrado con 10 ítems (2, 4, 7, 10, 16, 19, 26, 29, 34, 46), reacciones físicas y enfocadas con 14 ítems (5, 8, 13, 15, 20, 23, 24, 33, 35, 42, 43, 45, 39, 47), procesos de alerta con 9 ítems (1, 44, 18, 40, 11, 17, 25, 27, 31), procesamiento sistemático con 6 ítems (3, 12, 14, 22, 41, 30),

conocer y relacionar con 8 ítems (36, 6, 21, 32, 37, 9, 28, 38). El formato de respuesta es una escala tipo Likert que van desde 1 = nunca a 4 = siempre, el puntaje puede oscilar de 47 a 188 puntos, a mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. Los puntos de corte son: baja capacidad (47-82), mediana capacidad (83-118), alta capacidad (119-153) y muy alta capacidad 154-188 (Gutiérrez, C., 2009). Para poder realizar las contrastaciones los índices se transformarán en una escala 0 a 100. Actualmente existen 3 versiones en español aplicadas en México y dos en Colombia una consistencia interna .93, .88 y .83 respectivamente (Lozcano, Salazar y Gómez, 2007; Sarmiento, Botero y Carvajal, 2013).

2.6 Procedimientos

Una vez obtenidas las aprobaciones del Comité de Investigación y Estudios de Posgrado de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, se visitó la unidad de HD para realizar las gestiones correspondientes de la autorización y el espacio donde se llevó a cabo las actividades de recolección de datos y se solicitó el censo de pacientes que conforman la unidad de hemodiálisis (Apéndice E). La colecta de los datos se realizó en los días y horarios que el paciente fue programado para su tratamiento de hemodiálisis (lunes a sábado), durante tres meses. Los espacios donde se llevó a cabo la recolección de los datos, fueron dentro del área gris.

Una vez obtenido el censo de pacientes, se realizó el reclutamiento para verificar los criterios de selección. A los que se incluyeron, se les invitó a participar en el proyecto de investigación explicando el objetivo. Posteriormente se les proporcionó un consentimiento informado (Apéndice D) y se les dio lectura del mismo, resolviendo cualquier duda que le surgió en ese momento; subsiguientemente al finalizar la lectura se le pidió que lo firme ya sea con lapicero o con huella digital. Los procedimientos fueron los siguientes:

La recolecta de los datos se llevará en cuatro tiempos:

- 1.- Antes de iniciar con los pasos se presentó el investigador y explico el propósito del estudio.
- 2.- Firma del Consentimiento Informado. Para proceder y continuar el proceso se verifico que los pacientes lo firmen.
- 3.- Entrega de cuestionario Socio demográfico. El cual se contestó en el área gris mientras no iniciaban su sesión de HD.
- 4.- Entrega de los instrumentos de las variables principales. Posterior a que los pacientes se encontraron en el área gris, ya comenzando su tratamiento de HD se aplicaron los cuestionarios PSS y CAPS; haciendo uso de fichas numeradas del 0 al 4 (de acuerdo al cuestionario que respondían), cada ítem de los cuestionarios mencionados ante el interrogatorio directo del investigador. En el momento que estuvieron contestando los cuestionarios y surgió una complicación; se evaluó si el paciente podía seguir respondiendo o si debía ser eliminado.
- 5.- Cierre de intervención. Cuando el paciente concluyó de responder los instrumentos, se verificó que el llenado estuviera completo; por último, se les agradeció a los pacientes por su colaboración y la importancia de apoyar la investigación.

2.7 Ética del Estudio

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). En el Título segundo, Capítulo I.

Artículo 13, donde se estipuló que en toda investigación está sujeta a prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14, la investigación se desarrolló conforme a las Fracciones V (consentimiento informado del paciente), VII (se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Investigación y

Estudios de Posgrado de la BUAP), VIII (autorización de la clínica HD donde se llevó a cabo la investigación. Apéndice E).

Artículo 16, sustentó la investigación protegiendo la privacidad del individuo, sujeto de investigación (persona en tratamiento de HD), identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 21, para que el consentimiento informado se considerara existente, el sujeto de investigación, recibió una explicación clara y completa conforme a la Fracción I (acerca de la justificación y objetivos de la investigación), II (los procedimientos que se emplearon y su propósito), IV (beneficios obtenidos), VI (garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta o duda), VII (libertad de retirarse en el momento que ellos desearan), VIII (se guardó y mantuvo la confiabilidad e identificación del paciente).

Artículo 22, el consentimiento informado se formuló por escrito y reunió los siguientes requisitos de acuerdo a la Fracción I (elaborado por el investigador), II (se revisó y fue aprobado por el comité de Investigación y Estudios de Posgrado de la BUAP), III (indico los nombres del paciente e investigador), IV (se firmó por el paciente e investigador, en caso de no tener firma se solicitó la huella digital).

2.8 Plan de Análisis estadístico

Los datos obtenidos se procesaron y analizaron en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0 para Windows.

Las características socio demográficas se analizaron a través de estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad con estimación puntual por intervalo de confianza de 95%. Para el procedimiento estadístico de las variables de interés, los puntajes totales se transformaron en índices de 0 a 100 y la distribución de los índices se sometió a la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov;

permitiendo determinar la normalidad de la curva en la distribución de los datos y establecer la pertenencia del uso de estadística paramétrica y no paramétrica.

Para determinar el nivel estrés y nivel de afrontamiento de los pacientes en HD, se realizó a través de análisis descriptivo como media, desviación estándar y frecuencias.

Para comparar el nivel de estrés y afrontamiento por género, se utilizó la prueba *t* de student para grupos independientes ($p > .05$) y la prueba U de Mann-Whitney ($p < .05$).

Para comparar el nivel de estrés y el nivel de afrontamiento de acuerdo al tiempo en meses y años, que han recibido los pacientes en tratamiento de HD, se ajustó en tres periodos: 0 a 12 meses, 1 a 5 años y mayor de 5 años. Para el procedimiento estadístico de estas comparaciones se utilizó la prueba estadística ANOVA de una vía ($p > .05$) y Prueba de Kruskal-Wallis ($p < .05$).

Capítulo III

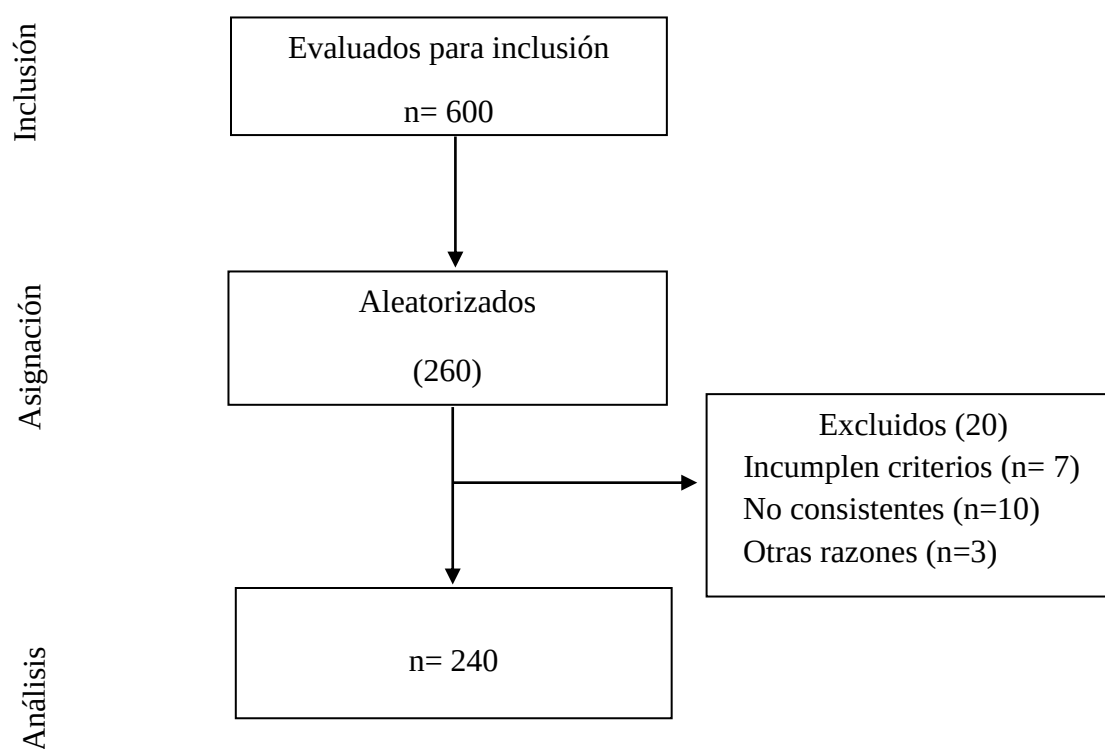
Resultados

En este capítulo se describe: a) progresión del diseño, b) características sociodemográficas, c) características clínicas de interés, d) análisis descriptivo de las variables de estudio, e) confiabilidad de los instrumentos, f) prueba de normalidad y g) prueba de hipótesis.

3.1 Progresión del diseño

Para observar el número total de pacientes seleccionados y excluidos se presenta la siguiente figura.

Figura 3. Progresión del Diseño



Una vez obtenido el permiso de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, se realizó la recolección de datos final en la Clínica HD en la Ciudad de Puebla.

3.2 Características Sociodemográficas

La población estuvo conformada por 240 pacientes, con una edad promedio de $\bar{X} = 39.7 \pm 15.4$, predominando el sexo masculino con 60.4% y una escolaridad que va de primaria a preparatoria con 85.1%. El 59.6% mencionó no trabajar, teniendo por lo menos un hijo (63.3%). En la Tabla 1 se muestran los datos.

Tabla 1
Características Sociodemográficas

Variable	<i>f</i>	%
Estado Civil		
Soltero	76	31.6
Casado	112	46.7
Divorciado	5	2.1
Separado	6	2.5
Unión Libre	30	12.5
Viudo	11	4.6
Con quién vives		
Madre	24	10
Padre	6	2.5
Papa y Mamá	63	26.3
Hermanos	4	1.7
Abuelos	2	.8
Esposo	109	45.4
Hijos	24	10
Solo	8	3.3
Qué rol familiar Cumples		
Madre	57	23.7
Padre	84	35
Esposa (o)	21	8.8
Hijo (a)	70	29.2
Hermano	6	2.5
Nieto	2	.8

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

n=240

Con relación a los antecedentes familiares, los pacientes en HD mencionaron tener HTA (44.5%), diabetes (63.8%), cardiopatías (13.8%), IRC (22.5%), obesidad (32.1%) y otras enfermedades como cáncer, lupus, cirrosis, epilepsias (19.9% en conjunto).

3.3 Características clínicas

Con respecto los antecedentes de tratamiento el 99.2% tiene sesión de HD tres horas y tres veces a la semana. Los antecedentes de tratamiento se muestran en la siguiente Tabla 2.

Tabla 2

Antecedentes de tratamiento

Variable	<i>f</i>	%
Diagnóstico		
Hipoplasia renal	132	55
Etiología desconocida	18	7.5
Diabetes mellitus	44	18.3
Hipertensión arterial	17	7.1
Litiasis renal	3	1.3
Poliquistosis renal	7	2.9
Glomerulonefritis	6	2.5
Infecciones en los riñones	6	2.5
Nefritis lúpica	4	1.7
Cáncer bilateral	2	.8
Osteo distrofia renal	1	.4
Tiempo con tratamiento		
0-12 meses	73	30.4
1-5 años	121	50.4
Mayor de 5 años	46	19.2
Tipo de acceso		
Catéter	155	64.6
Fistula	85	35.4
Número de Accesos		
1	74	30.8
2	96	40.0
3	40	16
4	18	7.5
Más de 5	10	5.1
Trasplante		
Si	29	12.1
No	211	87.9

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

n=240

3.4 Análisis descriptivo de las variables de estudio

Se aplicó las escalas Perceived Stress Scale (PSS) con una $\bar{x} = 42.49 \pm 13.34$ (Mín. 7 - Máx. 84). Con respecto al Coping Adaptation Prossing Scale (CAPS), se obtuvo una $\bar{x} = 134.8 \pm 13.2$ (Mín. 98- Máx. 173). Las frecuencias y porcentajes se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3

Nivel de estrés y afrontamiento

Variable	<i>f</i>	%
Estrés		
Alto	7	2.9
Medio	181	75.4
Bajo	52	21.7
Afrontamiento		
Baja capacidad	-	-
Mediana capacidad	21	8.8
Alta capacidad	196	81.6
Muy alta capacidad	23	9.6

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje,

n=240

Con respecto al nivel de afrontamiento por factor las medias fueron las siguientes: recursivo y centrado $\bar{x} = 32.5 \pm 4.4$ (Mín. 20 – Máx. 40), reacciones físicas y enfocadas $\bar{x} = 34.2 \pm 6.6$ (Mín. 18 - Máx. 49), procesos de alerta $\bar{x} = 26 \pm 3.7$ (Mín. 16 - Máx. 35), procesamiento sistemático $\bar{x} = 19.65 \pm 3.3$ (Mín. 9 - Máx. 24) y conocer y relacionar $\bar{x} = 26.3 \pm 3.6$ (Mín. 16- Máx. 32). Las frecuencias y porcentajes se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4

Nivel de afrontamiento por factor

Variable	<i>f</i>	%
Factor 1. Recursivo y centrado		
Baja capacidad	-	-
Mediana capacidad	45	18.7
Alta capacidad	149	62
Muy alta capacidad	46	19.3
Factor 2. Reacciones físicas y enfocadas		
Baja capacidad	9	3.7
Mediana capacidad	107	44.5
Alta capacidad	94	39.3
Muy alta capacidad	30	12.5
Factor 3. Procesos de alerta		
Baja capacidad	1	.4
Mediana capacidad	59	24.5
Alta capacidad	132	55.1
Muy alta capacidad	48	20
Factor 4. Procesamiento sistemático		
Baja capacidad	3	1.2
Mediana capacidad	30	12.5
Alta capacidad	94	39.3
Muy alta capacidad	113	47
Factor 5. Conocer y relacionar		
Baja capacidad	-	-
Mediana capacidad	12	5
Alta capacidad	107	44.5
Muy alta capacidad	121	50.5

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje*n*=240

3.5 Confiabilidad de los instrumentos

Para analizar la confiabilidad de los instrumentos se realizó alfa de Cronbach obteniendo $\alpha = .692$ para el Perceived Stress Scale (PSS) y $\alpha = .762$ para el Coping Adaptation Crossing Scale (CAPS).

3.6 Prueba de Normalidad

Para el análisis estadístico de las variables de interés, los puntajes totales se transformaron a índices de 0 a 100. La distribución de los índices se sometió a la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov- Smirnov, permitiendo determinar la distribución de las variables de interés como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5

Prueba de Kolmogorov- Smirnov

Índice de Variable	$\bar{X} \pm DE$	Mín.	Máx.	K-S	<i>p</i>
Perceived Stress Scale (PSS)	42.49 $\pm$ 13.34	7	84	.049	.200
Coping Adaptation Prossing Scale (CAPS)	65.09 $\pm$ 9.43	36	87	.069	.008

Nota: $p > .05$ normal *n=240*

Para alcanzar el propósito del estudio y probar las hipótesis planteadas, se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas de acuerdo a los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, cubriendo los supuestos de cada estadístico. En la primera hipótesis se contrastó los niveles de estrés y afrontamiento de acuerdo al sexo, utilizando *t* de Student y *U* de Mann Whitney. La segunda hipótesis que contrastó el nivel de estrés y afrontamiento de acuerdo al tiempo en meses y años se utilizó ANOVA de una vía y Kruskal-Wallis, los resultados se muestran en las tablas siguientes:

3.7 Prueba de hipótesis

Prueba de Hipótesis 1 (Para estrés).

Tabla 6

Descripción de estrés por sexo

Sexo	<i>f</i>	$\bar{X} \pm DE$
Hombre	145	39.95 $\pm$ 13.43
Mujer	95	46.37 $\pm$ 12.28

Nota: $\bar{x}$ = media, DE = desviación estándar *n=240*

Para el análisis descriptivo del estrés con respecto el sexo, se puede observar que la diferencia de medias es 6.42 puntos para hombres con respecto a mujeres con una DE 1.15 en una muestra de 240 sujetos.

Tabla 7

Comparación de estrés por sexo

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba <i>t</i> para la igualdad de medias			
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	95% IC
Se asumen varianzas iguales	.190	.663	-3.74	238	.000	[-9.79, -3.04]

Nota: $p < .05$, IC= intervalo de confianza

De acuerdo con la prueba de Levene se asumen varianzas iguales, ya que existe homocedasticidad de acuerdo al valor de la significancia estadística ($p > .05$). Los resultados indican que con 238 grados de libertad e intervalos de confianza al 95% (cuyos valores no pasan por el cero), el valor es estadísticamente significativo ($p < .05$), por lo tanto se asumen que las medias presentadas de estrés por sexo son diferentes.

Prueba de Hipótesis 1. (Para afrontamiento)

Tabla 8

Descripción de afrontamiento por sexo

Sexo	<i>f</i>	<i>Rango</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Hombre	145	113.37	36	87
Mujer	95	131.39	37	85

Nota: *f*=frecuencia

n=240

Para el análisis descriptivo del afrontamiento con respecto el sexo, se puede observar que la diferencia de rangos es 18.02 puntos para hombres con respecto a mujeres en una muestra de 240 pacientes.

Tabla 9

Comparación de afrontamiento por sexo

<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>p</i>
5853.00	.049

Nota: $p < .05$ $n = 240$

Dado que el valor de p es menor de .05, se asume una diferencia estadísticamente significativa del nivel de afrontamiento de hombres con respecto a las mujeres.

Prueba de Hipótesis 2 (Para estrés).

Tabla 10

Descripción de estrés por tiempo de HD

Periodos	<i>f</i>	$\bar{X} \pm DE$	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
0-12 meses	73	42.15 $\pm$ 14.31	7	77
1-5 años	121	42.47 $\pm$ 11.81	11	71
Mayor de 5 años	46	43.09 $\pm$ 15.63	9	84

Nota: n = número de pacientes $\bar{x}$ = media, DE = desviación estándar. $n = 240$

Para el análisis descriptivo del estrés con respecto al tiempo de tratamiento, se puede observar que no hay diferencia entre las medias.

Tabla 11

Prueba de Homogeneidad de Varianzas

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
2.346	2	237	.098

Nota: $p > .05$ **Tabla 12**

ANOVA

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	<i>F</i>	Sig.
Entre grupos	25.146	2	12.573	.070	.932
Dentro de grupos	42503.540	237	179.340		

Nota: $p < .05$

Se asumen varianzas iguales ya que existen homocedasticidad de acuerdo al valor de la significancia estadística ($p = .98$). Los resultados muestran que el valor estadístico no es significativo ($p > .05$), por lo cual no se asumen diferencias entre las medias representadas en el estrés por tiempo de tratamiento.

Tabla 13

Prueba post hoc

Tiempo con el Tratamiento en meses /años		Sig.
Mayor de 5 años	0-12 meses	.926
	1 -5 años	.962

Nota: $p > .05$

En la prueba de Tukey se puede observar que el tiempo de tratamiento en 5 años o más con respecto a 0-12 meses y 1-5 años no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo de tratamiento con respecto al estrés.

Tabla 14

Subconjuntos homogéneos

Tiempo de tratamiento	<i>f</i>	Subconjunto para <i>alfa=0.05</i>
		1
Mayor de 5 años	73	42.15
1-5 años	121	42.57
0-12 meses	46	43.09
Sig.		.911

Nota: f =frecuencia

La prueba de subconjuntos homogéneos muestra, que los tres grupos se agruparon en un solo conjunto, dado que no existe diferencias estadísticamente significativas del estrés con respecto al tiempo de HD.

Prueba de hipótesis 2 (Para afrontamiento).

Tabla 15

Prueba de Kruskal-Wallis

Tiempo con el tratamiento	<i>f</i>	<i>Rango</i>	<i>Sig.</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
0 a 12 meses	73	115.19	.734	36	87
1 año a 5 meses	121	123.06		37	84
Mayor de 5 años	46	122.20		39	81
<i>Nota: p>.05</i>					<i>n=240</i>

Los resultados muestran que el valor estadístico no es significativo ($p = .734$), por lo cual no se asumen diferencias en el afrontamiento con respecto al tiempo de tratamiento.

Capítulo IV

Discusión

El propósito de la investigación buscó determinar los niveles de estrés y de estrategias de afrontamiento en pacientes con hemodiálisis contrastando sexo y tiempo de tratamiento. A continuación, se discutirán los resultados.

Las características sociodemográficas que presentaron los pacientes con tratamiento en HD fueron en mayor porcentaje del sexo masculino, predominando adultos jóvenes y adultos maduros; esto coincide con lo reportado por García et al., (2016), Gorji et al, (2014), Gurkan et al, (2015), Soponaru et al, (2016), Romero et al., (2013) y Ruiz de Alegría et al., (2013); quienes mencionaron que sus poblaciones estaban compuestas por adultos jóvenes y en su mayoría hombres. Esta relación puede tener explicación en las altas tasas de insuficiencia renal en hombres, el trabajo que desempeñaron en algún momento de su vida, así como la población en la que se tomó la muestra, datos soportados por el INEGI (2016).

Con respecto a la escolaridad, el mayor porcentaje que se obtuvo fue en un rango de primaria a preparatoria, esto concuerda con Dehkordi y Shahgholian (2013), Cavalcante et al., (2013), Jahromi et al., (2016), Poorgholami et al., (2016); dado que los autores muestran características similares, lo cual indica que la mayoría de los pacientes con tratamiento de HD son personas de escasos recursos, pudiendo ser una razón del por qué el nivel de escolaridad bajo. Sin embargo, esto difiere con lo mencionado por García et al., (2016), quienes mencionaron que la escolaridad de los pacientes en HD era de nivel universitario, esto puede deberse al lugar donde se tomó la muestra y los pacientes que se incluyeron en el estudio.

El estado civil más representativo fue casado y la mayoría no trabajaba, esto concuerda con Ahmad y Nazly (2015), Kılıç y Alpar (2016), García et al., (2016); Parvan et al., (2015), Soponaru et al, (2016); pero difiere con lo mencionado por Cavalcante et al., (2013), Tu et al.,

(2014); dado que las características mencionadas en el estudio, los pacientes trabajan e incluso los jubilados siguen laborando en otros proyectos.

Con respecto al tiempo de tratamiento en HD tuvieron un promedio tres horas por sesión, la mayoría tenían uno a más años de tratamiento en HD, estos hallazgos concuerdan con la mayoría de investigaciones, por ejemplo Kılıç y Alpar (2016), Cavalcante et al., (2013), Poorgholami et al., (2016), Tu et al., (2014); quienes mostraban que las características sociodemográficas de sus poblaciones eran similares en tiempo de sesión y los años que pasan en tratamiento, dado que el diagnóstico así como la clasificación de la IRC se presiden por las guías de práctica clínica Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI, 2015); Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO 2017), a nivel mundial.

De acuerdo a los datos descriptivos de las variables de interés se encontró una alta capacidad de afrontamiento y adaptación global; los cinco factores del CAPS que soportaron esta alta capacidad fueron: factor 1, 3, 4, 5; esto concuerda con Romero et al., (2013), quienes mencionan que existe una alta capacidad en los pacientes en HD mostrando tendencias a usar estrategias de afrontamiento en los tres dominios: mental, cognitivo y emocional. Esto puede deberse a que la mayoría de los pacientes al ser diagnosticados con IRC comienza una serie de ideas positivas y negativas donde de acuerdo a Roy (2008), se activan procesos cognitivos que intervendrán en la regularización y adaptación al ingresar a la terapia de HD, facilitando los ajustes psicológicos y uno de ellos son las emociones.

Así mismo, menciona Dehkordi y Shahgholian (2013), Gurkan et al, (2015), Ruiz de Alegría et al., (2013), Soponaru et al, (2016); que la mayoría de los pacientes utilizan estrategias tanto psicológicas como sociales y menos estrategias enfocadas al problema. Esto es similar a los resultados obtenidos, dado que los pacientes determinan el tipo de afrontamiento de acuerdo a los recursos que disponen (creencias existenciales, conductas), por

ello les resulta más fácil enfocarse en procesos dirigidos a la emoción que pueden cambiar el significado de una situación estresante sin distorsionar su realidad, modificando la forma de vivir sin cambiarla objetivamente, esto concuerda con lo mencionado por Lazarus y Folkman, 1966.

En cuanto al nivel de estrés en los pacientes fue medio, esto es diferente a lo que menciona Cavalcante et al. (2013), quienes encontraron que en la mayoría de los pacientes mostraron signos de estrés en fase de agotamiento; de igual manera Gorji et al, (2014), Jahromi et al., (2016), Kılıç y Alpar (2016), Poorgholami et al., (2016); mostraron que antes de llevar a cabo intervenciones en los pacientes con tratamiento de HD presentaban signos de estrés. Posiblemente estas diferencias en el nivel de estrés con los hallazgos encontrados se deben a la falta de conocimiento que tengan los pacientes sobre el tema y no distingan cuándo están en un momento de estrés a otras emociones, dado que se puede pensar en angustia, ansiedad, nervios e irritabilidad.

Con respecto a la prueba de hipótesis uno que consideró la comparación del nivel de estrés y nivel de afrontamiento en hombres y mujeres mostraron congruencia con el postulado de Roy, dado el entorno en el que se rodea el paciente en HD genera estímulos (focales y contextuales), propiciados por conductas, sentimientos, emociones, influyendo más en el sexo femenino, esto puede deberse a que la mayoría de ellas desempeñan diversos roles con múltiples responsabilidades. Estos hallazgos son congruentes con lo mencionado por Ahmad y Nazly (2015), Kılıç y Alpar (2016); quienes encontraron que las mujeres presentan un nivel de estrés más elevado que los hombres.

Sin embargo, difiere con Dehkordi y Shahgholian (2013), Gurkan et al, (2015), Soponaru et al, (2016), Tu et al., (2014); estos autores mencionan que no hay diferencia entre mujeres y hombres de acuerdo al afrontamiento, esto se debe a como lo menciona Roy (2008), cada

persona va a estar influida por una cultura específica generando estrategias de afrontamiento de acuerdo a su entorno.

Ambas variables tienen comparación estadísticamente significativa para esta muestra, por lo que la hipótesis uno es aprobada. Sin embargo, se considera que el resultado no refleja una realidad contundente dado que no se encuentran suficientes investigaciones que puedan sustentar la utilización de ambos instrumentos en pacientes con tratamiento de HD y en población mexicana.

En cuanto al planteamiento de la hipótesis dos, la cual sustentó que a mayor tiempo de tratamiento en HD menor es el nivel de estrés y mayor afrontamiento, de acuerdo al estadístico obtenido, ninguno de los tres periodos comparados mostró un cambio en las dos variables, por lo cual no se puede asegurar que a mayor tiempo de tratamiento menos nivel de estrés y mayor nivel de estrategias de afrontamiento, por lo que el postulado de Roy no es aprobado. Esto concuerda con Ahmad et al., (2015); Gorji et al, (2014); Tu et al., (2014), quienes mencionan que, a mayor tiempo en años de tratamiento de HD, no hay cambios en los niveles de estrés y la utilización de estrategias de afrontamiento se mantienen iguales. Esto puede deberse a que los pacientes al ingresar en tratamiento de HD, tienen diversos síntomas y malestares generales, conforme pasa el tiempo reaccionan satisfactoriamente sintiéndose mejor, comenzando a evadir responsabilidades sin cuidarse esto hace que se disminuya el estrés con estrategias de afrontamiento sin cambio alguno. Por lo cual estos hallazgos llevan determinar que se rechaza la hipótesis dos.

4.1 Limitaciones

Algunas de las limitaciones para la elaboración de este estudio fueron los horarios del tratamiento, sobre todo en el primer bloque que corresponde a las 6:00 am. Dado que los pacientes al conectarlos se dormían o respondiendo el cuestionario se comenzaba a dormir por lo que con mucho esfuerzo terminaban de contestar.

El censo no se encontraba actualizado, dado que muchos de los pacientes que se encontraban en él, no estaban en los horarios descritos, se habían dado de baja y había varias defunciones, por lo que se tuvo que buscar, si la información era correcta prolongando el tiempo de recolección. Además, los pacientes no entendían los instrumentos, teniendo que explicar varias veces, a su vez creían que las preguntas se repetían por lo que no se esforzaban en razonarlas.

La muestra fue pequeña y transversal, sin embargo, es representativa dado que se obtuvo a través de una formula, con un censo establecido lo que garantiza la objetividad de los resultados en esta población.

4.2 Conclusiones

Se concluye la existencia de una alta capacidad global de afrontamiento y un nivel medio de estrés en los pacientes con tratamiento de HD. Además, los resultados mostraron que existe diferencias estadísticamente significativas en los niveles de estrés y afrontamiento comparando el grupo de mujeres versus hombres. Por lo que el hallazgo encontrado contribuye al postulado cultural de Roy.

Sin embargo, no se encontraron cambios estadísticamente significativos en los puntajes de estrés y afrontamiento, al separar la muestra por tiempo de tratamiento en los tres grupos, por consiguiente, no contribuye al postulado científico de Roy, dado que la hipótesis se

rechazó, requiriendo de mayor argumentación para poder identificar si estos resultados pueden ser similares con estudios longitudinales, un tamaño de muestra más grande y homogéneo.

4.3 Recomendaciones

Para futuras investigaciones se sugiere realizar estudios longitudinales, con poblaciones más homogéneas respecto al sexo y nivel de educación. Efectuar la recolección de los datos al momento de ingresar el paciente por primera vez a su tratamiento de HD, de esa forma se podría observar el cambio en los niveles de estrés y afrontamiento más significativos. Llevar a cabo estudios experimentales donde las enfermeras puedan ejecutar intervenciones que reduzcan los niveles de estrés y mejoren sus estrategias de afrontamiento.

Los hallazgos encontrados contribuyen al cuerpo de conocimiento para la enfermería. Pero es necesario más investigaciones experimentales donde se pueda observar intervenciones de enfermería más efectivas. En el cual la realización de estas permitirá que la enfermera pueda involucrar no solo variables psicológicas si no también fisiológicas y clínicas para ofrecer conocimientos que permitan unificar la práctica.

Referencias

- Ahmad, M. M., Al Nazly, E. K. (2015). Hemodialysis: Stressors and coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 20(4), 477-487.
- Artan, A. S., Kircelli, F., Ok, E., Yilmaz, M., Asci, G., Dogan, C., ... Sever, M. S. (2016). Dialyzing women and men: does it matter? An observational study. *Clinical kidney journal*, 9(3), 486-493.
- Ávila, M. N., Conchillos, G., Rojas, I. C., Ordoñez, A. E., Ramírez, H. J. (2013). Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. *Medicina interna de México*, 473-478.
- Bruce, M. A., Griffith, D. M., Thorpe, R. J. (2015). Stress and the kidney. *Advances in chronic kidney disease*, 22(1), 46-53.
- Buades, N., Van-der, C. J., Alonso, M. R., Rodríguez, J., Pons, N. (2015). Variables emocionales y calidad de vida en pacientes en tratamiento de hemodiálisis. *Revista de psicología de la salud*, 3(1), 95-125.
- Campo-Arias, A., Bustos-Leiton, G. J., Romero-Chaparro, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*, 9(3), 271-280.
- Cavalcante, E. S., Silva, R. A., Mendonça, A. E., Costa, M. M., Miranda, F. A. (2013). Evaluation of the stress level of chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis treatment. *Journal of Nursing UFPE*, 7(5), 1264-1270.
- Chayput, P., Roy, C. (2007). Psychometric Testing of the Thai Version of Coping and Adaption Processing Scale-Short form (TCAPS-SF). *Thai Journal of Nursing Council*, 22 (3), 29-39

- Cobo, G., Hecking, M., Port, F. K., Exner, I., Lindholm, B., Stenvinkel, P.,...Carrero, J. J. (2016). Sex and gender differences in chronic kidney disease: progression to end-stage renal disease and haemodialysis. *Clinical science*,130(14), 1147-1163.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Dehkordi, L. M., Shahgholian, N. (2013). An investigation of coping styles of hemodialysis patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 18(1), 42.
- Everly Jr, G. S., Lating, J. M. (2013). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Springer Science & Business Media.
- Echeburúa, E. (2016). Estrés y recursos de afrontamiento en la sociedad contemporánea. *Avances en Salud Mental Relacional*,15(1).
- García, D.J., Ochoa, C. Ma., Martínez, E.N., González, B., Sánchez, M., Martínez, M. (2016). Prevalencia de los Mecanismos de Adaptación del paciente con Enfermedad Renal bajo tratamiento de Hemodiálisis. *Rev. Cuidarte.*, 7(1) ,1144-51
- García-Llana, H., Remor, E., Peso, G. D., Selgas, R. (2014). El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura. *Nefrología (Madrid)*, 34(5), 637-657.
- Gonzales, M.T., Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from México. *The Spanish Journal of Psychology* 10(1), 199-206.
- Gorji, M. H., Davanloo, A. A., Heidarigorji, A. M. (2014). The efficacy of relaxation training on stress, anxiety, and pain perception in hemodialysis patients. *Indian journal of nephrology*, 24(6), 356.

- Guevara, M.C., Cárdenas, V.M., Hernández, P.L. (2017). Protocolos de investigación de enfermería. México: El manual moderno.
- Gurkan, A., r Pakyuz, S. Ç., Demir, T. (2015). Stress coping strategies in hemodialysis and kidney transplant patients. *In Transplantation proceedings*, 47(5), 1392-1397
- Gutiérrez, C. (2009). Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Investigaciones*, 12, 201-213
- Gutiérrez, C., Veloza, M. D., Moreno, M. E., Durán de Villalobos, M. M., López, C., Crespo, O. (2007). Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento: Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación. *Aquichan*, 7(1), 54-63
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2015). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2016). Principales causas de mortalidad. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107>
- Jadhav, S. T., Lee, P. (2014). Understanding the experience of stress on initiation of haemodialysis: A phenomenological study. *International Journal of Nursing*, 3(1).
- Jahromi, M. K., Javadpour, S., Taheri, L., Poorgholami, F. (2016). Effect of Nurse-Led Telephone Follow ups (Tele-Nursing) on Depression, Anxiety and Stress in Hemodialysis Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(3), 168.

- Kılıç, H. F., Alpar, S. E. (2016). The effect of group training implemented on hemodialysis patients for their stress management, psychosocial adjustment and self-care strength. *Journal of Human Sciences*, 13(1), 754-767.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes. (2017). KDIGO guidelines. Recuperado de <http://kdigo.org/guidelines/>
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Lozano, A.I., Del Carmen, P. (2014). 30 años en hemodiálisis. Afrontamiento de la enfermedad renal crónica. *Paraninfo Digital.*, 8(20),66-72.
- Lazcano-Ortiz, M., Salazar-González, B. C., Gómez-Meza, M. V. (2008). Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*, 8(1), 116-125.
- Mimura, C., Griffiths, P. (2008). A Japanese version of the Perceived Stress Scale: cross-cultural translation and equivalence assessment. *BMC psychiatry*, 8(1), 1.
- Moksnes, U. K., Espnes, G. A. (2015). Stress: Concepts, Models, and Measures. In *Handbook of Psychocardiology* (pp. 143-162). Springer Singapore.
- Muder A., Vivien, D. (2014). The validation of the coping and adaptation processing scale based on the Roy adaptation model. *Journal of nursing measurement*, 2(3), 368.
- Montilla, C. M., Duschek, S. Del Paso, G. A. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología*,36(3), 275-282.
- Muder A. (2014). The validation of the coping and adaptation processing scale based on the Roy adaptation model. *Journal of nursing measurement*, 22(3), 368.

- National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 update. *Am J Kidney Dis.* 2015;66(5):884-930. Recuperado de [http://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(15\)01019-7/fulltext](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(15)01019-7/fulltext)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Diabetes. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). 17 de mayo 2016. Día Mundial de la Hipertensión. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12023%3A17-may-2016-world-hypertension-day&catid=7261%3Aevents-1&Itemid=41080&lang=es
- Park, J. I., Baek, H., Jung, H. H. (2016). Prevalence of Chronic Kidney Disease in Korea: the Korean National Health and Nutritional Examination Survey 2011–2013. *Journal of Korean medical science*, 31(6), 915-923.
- Parvan, K., Ahangar, R., Hosseini, F. A., Abdollahzadeh, F., Ghojazadeh, M., Jasemi, M. (2015). Coping methods to stress among patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 26(2), 255.
- Poorgholami, F., Koshkaki, A. R., Jahromi, M. K., Parniyan, R. (2016). A study of the influence of group-based learning of stress management on psychology symptoms levels of hemodialysis patients. *Global journal of health science*, 8(11), 62.

- Romero, E., Martínez, B. F., Estrada, M. E., Guarín Peláez, Pérez, J. (2013). A. Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis. Cartagena 2010. *Avances en Enfermería*, 31(1). Doi: 32-41 23460261 01214500.
- Roy, C., Bakan, G., Li, Z., Nguyen, T. H. (2016). Coping measurement: Creating short form of Coping and Adaptation Processing Scale using item response theory and patients dealing with chronic and acute health conditions. *Applied Nursing Research*, 32, 73-79.
- Roy, C. (2008). *The Roy Adaptation Model* (3a ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Ruiz de Alegría-Fernández de Retana, B., Basabe-Barañano, N., Saracho-Rotaesche, R. (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Nefrología (Madrid)*, 33(3), 342-354.
- Salgado, M., Mo, J., Monterrosa, Á. (2013). Escalas para estudiar percepción de estrés psicológico en el climaterio. *Revista Ciencias Biomédicas*, 4(2).
- Salen Baqutayan, S. M. (2015). Stress and Coping Mechanisms: A Historical Overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 479-488.
- Sarmiento, P., Botero, J., Carvajal, G. (2013). Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión modificada en español. *Index de Enfermería*, 22(4), 233-236.
- Secretaría de Salud. (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis. Recuperada de [http:// www. dof. gob.mx /normas-Oficiales/4093/Salud/Salud.htm](http://www.dof.gob.mx/normas-Oficiales/4093/Salud/Salud.htm)
- Secretaría de salud. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de Investigación para la salud. recuperado de: <https://www.gob.mx/cofemer/prensa/reglamento-de-la-ley-general-de-salud-en-materia-de-investigacion-para-la-salud>

Sistema de datos de Enfermedad Renal de los Estados Unidos. (2014). Chapter 10:

International Comparisons Recuperado de: URL: http://www.usrds.org/2014/download/V2_Ch_10_International_14.pdf

Soponaru, C., Bojian, A., Lorga, M. (2016). Stress, coping mechanisms and quality of life in hemodialysis patients. *Archives of Medical Science-Civilization Diseases*, 2016(1), 16-23.

Tu, H. Y., Shao, J. H., Wu, F. J., Chen, S. H., Chuang, Y. H. (2014). Stressors and coping strategies of 20–45-year-old hemodialysis patients. *Collegian*, 21(3), 185-192.

Universidad Nacional Autónoma de México (2014). Estudio de insuficiencia renal crónica y atención mediante tratamiento de sustitución. Recuperado de: <http://invdes.com.mx/salud-mobil/4211-en-mexico-9-5-millones-de-personas-tienen-insuficiencia-renal>

APÉNDICES



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería.
Investigación y Estudios de Posgrado
Maestría en Enfermería
Cédula de Datos Socio demográficos
(Apéndice A)



No. Folio del participante: _____ Fecha de Aplicación: _____

Instrucciones: La información que se proporcione en el siguiente cuestionario será completamente confidencial y anónima por lo cual se solicita su colaboración para contestar las preguntas que se presentan a continuación.

1.- Datos de identificación Personal

Edad: _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Trabajas actualmente: _____ Ocupación: _____

Grado de Escolaridad: Primaria: _____ Secundaria: _____ Bachillerato _____ Licenciatura: _____
 Algún otro grado académico: _____

Estado civil: Soltero: _____ Casado: _____ Divorciado: _____ Separado _____

Unión libre: _____ Viudo: _____

Tienes hijos: Si _____ No _____ Cuantos hijos tienes: _____

Con quien vives: _____ Qué rol familiar cumples: _____

2.- Antecedentes Familiares

A) Hipertensión arterial

a) Padre b) Madre c) padre y Madre d) Hermanos e) Abuelos f) Ninguno

B) Diabetes

a) Padre b) Madre c) padre y Madre d) Hermanos e) Abuelos f) Ninguno

C) Cardiopatías

a) Padre b) Madre c) padre y Madre d) Hermanos e) Abuelos f) Ninguno

D) Insuficiencia Renal

a) Padre b) Madre c) padre y Madre d) Hermanos e) Abuelos f) Ninguno

E) Obesidad

a) Padre b) Madre c) padre y Madre d) Hermanos e) Abuelos f) Ninguno

o alguna otra enfermedad: _____

3.-Antecedentes de tratamiento.

Diagnóstico de ingreso a la hemodiálisis _____

Tiempo con el tratamiento en meses/años: _____ Horas tienes de sesión _____

Acceso con el que cuentas: Fistula _____ Catéter: _____

Es tu primer acceso: Si _____ No: _____ Cuántos has tenido: _____

Has tenido algún trasplante: _____

Qué síntomas presentas más durante la sesión: _____

Posteriormente a la hemodiálisis cómo te sientes:



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería.
Investigación y Estudios de Posgrado
Maestría en Enfermería
Instrumento Perceived Stress Scale
(Apéndice B)



No. Folio del participante: _____ Fecha de Aplicación: _____

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	1	2	3	4	5
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	1	2	3	4	5
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	1	2	3	4	5
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	1	2	3	4	5
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	1	2	3	4	5
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	1	2	3	4	5
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	1	2	3	4	5

8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	1	2	3	4	5
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	1	2	3	4	5
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	1	2	3	4	5
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	1	2	3	4	5
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	1	2	3	4	5
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	1	2	3	4	5
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	1	2	3	4	5



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería.
Investigación y Estudios de Posgrado
Maestría en Enfermería
Instrumento Coping Adaptation Processing Scale



57

(Apéndice C)

No. de Folio: _____ Fecha: _____

Instrucciones: A continuación, usted encontrara una lista de frases que muestran la forma como la persona responde a los problemas o situaciones difíciles. Por favor tache el número que exprese la forma como usted se comportaría. Las opciones de repuesta son: 1: Nunca, 2: Rara vez, 3: Algunas veces, 4: Siempre.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
1. Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez, incluso en una crisis o con un problema.	1	2	3	4
2. Propongo una solución nueva para una situación nueva.	1	2	3	4
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad.	1	2	3	4
4. Reúno la mayor cantidad de información posible para aumentar mis opciones a fin de solucionar el problema.	1	2	3	4
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para completar tareas, actividades o proyectos.	1	2	3	4
6. Trato de recordar las estrategias o soluciones que me han servido en el pasado.	1	2	3	4
7. Trato de hacer que todo funcione en mi favor.	1	2	3	4
8. Solo puedo pensar en lo que me preocupa	1	2	3	4
9. Me siento bien de saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.	1	2	3	4

10. Identifico cómo quiero que resulte la situación, luego miro cómo lo puedo lograr.	1	2	3	4
11. Soy menos efectivo bajo estrés.	1	2	3	4
12. Me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que tenga una buena comprensión de la situación.	1	2	3	4
13. Encuentro el problema o crisis demasiado complejo, con más elementos de los que yo puedo manejar.	1	2	3	4
14. Pienso en todo el problema paso a paso.	1	2	3	4
15. Parece que soy más lenta para actuar sin razón aparente.	1	2	3	4
16. Me empeño en redirigir mis sentimientos para reenfocarlos constructivamente.	1	2	3	4
17. Cuando estoy en una crisis o con un problema me siento alerta y activo durante todo el día.	1	2	3	4
18. Cuando dejo mis sentimientos a un lado soy muy objetivo acerca de lo que sucede	1	2	3	4
19. Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación.	1	2	3	4
20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo.	1	2	3	4
21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones.	1	2	3	4
22. Analizo la situación y la miro como realmente es.	1	2	3	4
23. Cuando se me presenta un problema tiendo a paralizarme y a confundirme por un rato.	1	2	3	4
24. Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema.	1	2	3	4
25. Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos o complicados.	1	2	3	4

26. Trato de obtener más recursos para enfrentar la situación.	1	2	3	4
27. Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de las personas cuando tengo que ir a lugares desconocidos.	1	2	3	4
28. Utilizo el sentido del humor para manejar la situación.	1	2	3	4
29. Con tal de salir del problema o situación estoy dispuesto a cambiar mi vida radicalmente.	1	2	3	4
30. Trato de mantener el equilibrio entre mis actividades y el descanso.	1	2	3	4
31. Soy más efectivo bajo estrés.	1	2	3	4
32. Puedo relatar lo que sucede con mis experiencias pasadas o planes futuros.	1	2	3	4
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga.	1	2	3	4
34. Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones.	1	2	3	4
35. Por alguna razón no saco beneficio de mis experiencias pasadas.	1	2	3	4
36. Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros.	1	2	3	4
37. Miro la situación positivamente como una oportunidad / desafío.	1	2	3	4
38. Me planteo muchas ideas como soluciones posibles a la situación, aunque parezcan difíciles de alcanzar.	1	2	3	4
39. Experimento cambios en la actividad física.	1	2	3	4
40. Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como sucedieron.	1	2	3	4

41. Trato de aclarar las dudas antes de actuar.	1	2	3	4
42. Tiendo a hacer frente a las situaciones desde el principio.	1	2	3	4
43. Esta situación me está enfermando.	1	2	3	4
44. Adopto rápidamente un nuevo recurso cuando este puede resolver mi problema o situación.	1	2	3	4
45. Me rindo fácilmente.	1	2	3	4
46. Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación.	1	2	3	4
47. Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas.	1	2	3	4



Por este medio nos permitimos invitarle a participar en la investigación: **“Percepción del estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con hemodiálisis”**. A continuación, se expone la justificación, objetivo, metodología, riesgos, acuerdos del presente proyecto.

Objetivo

Describir y comparar el nivel de estrés con el nivel de afrontamiento de acuerdo al sexo y tiempo de tratamiento en los pacientes con Hemodiálisis. El estrés se refiere a la relación particular entre la persona y su medio ambiente percibida por la persona como amenazante o que excede sus recursos y pone en riesgo su bienestar social (Lazarus y Folkman, 1984), surgiendo desde el momento que a la persona la diagnostican IRC al percibir cambiar su vida y la incertidumbre que con lleva a respuestas fisiológicas y psicológicas. Con respecto al afrontamiento se define como esfuerzos comportamentales y cognitivos que realizan las personas para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad (Cayput y Roy, 2007), desarrollándose a través de estrategias como el aprendizaje.

Metodología

Su participación consistirá en contestar 3 cuestionarios: 1) Cuestionario Socio demográfico, 2) Instrumento Perceived Stress Scale y 3) Instrumento Coping Processing Scale. La contestación de los 3 instrumentos se llevará en un tiempo de 20 mnt. aproximadamente, los cuales podrá contestar durante su sesión. Todo el procedimiento se realizará en la clínica de Hemodiálisis HD en la ciudad de Puebla por el personal capacitado de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Costos

Su participación no genera costo y es gratuita.

Beneficios

Su participación ayudará a generar conocimiento relacionado con el nivel de estrés y el nivel de afrontamiento que presentan los pacientes en tratamiento de HD. Esta información servirá para el diseño de futuras intervenciones en poblaciones similares a la suya.

Riesgos e Inquietudes

No existen riesgos relacionados con su participación en el estudio, si usted se siente indispuesto o no desea seguir contestando los cuestionarios, puede dejar de hacerlo en el momento que usted decida.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación

Las únicas personas que conocerán que usted participo en el estudio son los autores de este estudio. Ninguna información sobre usted será dada a conocer o se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis o en un artículo científico, pero únicamente de manera general, no se presentará información personalizada de usted. Recuerde que los cuestionarios que contestara son anónimos y la información es confidencial.

Información

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente podrá hacer las preguntas al Dr. Erick Landeros quien es director de tesis y lo puede encontrar en el edificio de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto participar en este estudio, posterior a haber entendido claramente de que se trata este proyecto con la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas.

Nombre del participante

Firma

Investigador Responsable

Licenciada en Enfermería Zeltzin López Ramírez, alumna del Programa Educativo de Maestría en Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Particular: 2288414379 Cel. 22 81132381 zeltzinlr@outlook.com

Deseamos expresarle nuestro agradecimiento de antemano por el tiempo y entusiasmo que nos dedicó con su participación.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería.
Investigación y Estudios de Posgrado
Maestría en Enfermería
Oficio de Aplicación de Prueba Final
(Apéndice E)



OFICIO No./FE/469/2017

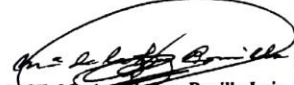
ME. Héctor Octavio Trueba Ramírez
Responsable Sanitario de la Clínica de Hemodiálisis HD

At'n: L.A. Andrea López Sainz de Velasco
Directora Administrativa

Por este conducto le envié un cordial saludo, asimismo le solicito autorización de campo de investigación para la **L.E. Zeltzin López Ramírez**, estudiante del Programa Educativo de Maestría en Enfermería, generación 2015-2017, con matrícula 215450033, para aplicación del proyecto de Tesis: "Percepción del Estrés y Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Tratamiento de Hemodiálisis", con la aplicación de los instrumentos: **a) Perceived Stress Scale, versión 14, b) Coping Adaptation Processing Scale**, en la Clínica de Hemodiálisis HD, a 235 pacientes mayores de 18 años, durante el período comprendido del 20 de febrero al 10 de marzo del año en curso, de lunes a sábado en horario de 6:00 a 20:00 horas,

Sin más por el momento y con la seguridad de contar con su valiosa colaboración en el desarrollo de la Enfermería Universitaria, reciba de antemano mi más sincero agradecimiento.

Atentamente
"Pensar bien, para vivir mejor"
H. Puebla de Z. 15 de febrero de 2017


MCE. María de la Luz Bonilla Luis
Directora



C.c.p. Archivo
 MCE. MFM/DCE. EALO/pcc*

17/02/17
 Recibí


Facultad
 de Enfermería

25 poniente 1304, Col. Volcanes,
 Puebla, Pue. C.P. 72410
 01 (222) 229 55 00 Ext. 5618 y 6501