



Universidad  
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN  
NEFROLOGÍA**

**Trabajo Académico**

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes con tratamiento  
de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025

**Para optar el Título de  
Especialista en Enfermería en Nefrología**

**Presentado por:**

**Autora:** Rafael Fabian, Xiomi Yurico

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0009-6847-6690>

**Asesor:** Dr. Basurto Santillán, Iván Javier

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-5472-0853>

**Lima – Perú**

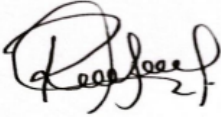
**2025**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA: 08/11/2022</b>

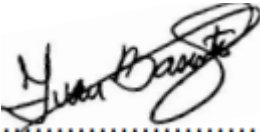
Yo, Xiomí Yurico Rafael Fabián egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académico de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Nefrología**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "Estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025" Asesorado por el docente: Dr. Basurto Santillán, Iván Javier DNI 07345898 ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5472-0853> tiene un índice de similitud de (9) (nueve) % con código OID: 14912:545482551 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....  
 Firma de autor  
 Xiomí Yurico Rafael Fabián  
 DNI:71231402



.....  
 Firma  
 Ivan Javier Basurto Santillán  
 DNI:07345898

Lima, 13 de Enero del 2026

## **DEDICATORIA**

En primera instancia a Dios, por guiarme y darme la fortaleza y el ímpetu para terminar satisfactoriamente esta especialidad; a mi madre, ángel que me acompaña y cuida permanentemente; a mi familia por haber confiado en mí y darme su apoyo incondicional en este proceso.

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a los docentes que me acompañaron, por haber compartido su sabiduría durante el desarrollo de esta especialidad. Al asesor, quien manifestó su profesionalismo, experiencia y aportes para efectuar esta investigación.

**JURADOS:**

Presidente : Mg. Juan Esteban Rojas Trujillo

Secretario : Mg. María Rosario Mocarro Aguilar

Vocal : Dr. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
ÍNDICE .....	vi
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT.....	x
<b>1. EL PROBLEMA .....</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema .....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general .....	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Objetivos de la investigación .....	4
1.3.1. Objetivo general .....	4
1.3.2. Objetivos específicos .....	5
1.4. Justificación de la investigación.....	5
1.4.1. Teórica .....	5
1.4.2. Metodológica .....	6
1.4.3. Práctica .....	6
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	7
1.5.1. Temporal.....	7
1.5.2. Espacial.....	7
1.5.3. Recursos .....	7
<b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
2.1. Antecedentes .....	8

2.2. Bases teóricas .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.3. Formulación De Hipótesis.....	41
2.3.1. Hipótesis general .....	41
2.3.2. Hipótesis específicas.....	41
3. METODOLOGIA.....	42
3.1. Método de investigación .....	42
3.2. Enfoque de la Investigación .....	42
3.3. Tipo de Investigación .....	42
3.4. Diseño de la investigación.....	42
3.5. Población, muestra y muestreo.....	43
3.6. Variable y operacionalización de variables.....	44
3.7. Técnica e instrumento de recolección de datos .....	44
3.7.1. Técnica.....	44
3.7.2. Descripción de los instrumentos.....	44
3.7.3. Validación.....	45
3.7.4. Confiabilidad .....	45
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	45
3.9. Aspectos éticos .....	46
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS .....	48
4.1. Cronograma de actividades .....	48
4.2. Presupuesto.....	49
5. REFERENCIAS .....	50
Anexos .....	57
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	58
Anexo 2. Instrumentos .....	38

Anexo 3: Validez del instrumento .....	43
Anexo 4. Consentimiento informado .....	51
Anexo 5: Reporte de similitud de Turnitin .....	53

## RESUMEN

Las enfermedades del riñón provocan cambios significativos en los pacientes, quienes ven afectada su salud no sólo a nivel físico, sino también mental y emocional; ante este panorama, muchas veces no saben cómo asumir estrategias de afrontamiento que les permita sobrellevar su situación y mejorar la calidad de vida, siendo necesaria la guía, orientación y apoyo de los profesionales de enfermería. **OBJETIVO:** Determinar cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025. **MATERIALES Y METODOS:** La ruta metodológica que se empleara, incluye el enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, diseño no experimental, corte transversal y alcance correlacional. Se contará con 80 pacientes nefrológicos como muestra, quienes se someterán a dos cuestionarios, el primero será el Brief COPE-28, con una confiabilidad de 0,90 y el segundo será el WHOQOL-BREF con 0,92; ambos coeficientes obtenidos mediante el Alfa de Cronbach.

**Palabras clave:** estrategias de afrontamiento, hemodiálisis, enfermería, nefrología

## ABSTRACT

Kidney diseases cause significant changes in patients, affecting their health not only physically but also mentally and emotionally. Given this situation, they often do not know how to adopt coping strategies that allow them to cope with their situation and improve their quality of life, requiring the guidance, orientation, and support of nursing professionals. **OBJECTIVE:** To determine the relationship between coping strategies and the quality of life of hemodialysis patients in a hospital in Huancayo, 2025. **MATERIALS AND METHODS:** The methodological approach employed includes a quantitative, applied, non-experimental, cross-sectional, and correlational design. The sample will consist of 80 nephrology patients who will complete two questionnaires: the Brief COPE-28, with a reliability of 0.90, and the second, the WHOQOL-BREF, with a reliability of 0.92; both coefficients were obtained using Cronbach's alpha. **Keywords:** coping strategies, hemodialysis, nursing, nephrology

**Keywords:** coping strategies, hemodialysis, nursing, nephrology

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

La incidencia de Enfermedades Renales Crónicas (ERC) en el mundo ha aumentado entre 30 y 40% en las últimas décadas (1). Asimismo, al 2025 se contabilizan alrededor de 850 millones de seres humanos afectados por alguna ERC, mientras que al 2030 se proyecta un incremento de 16,7% de casos (2). Esta realidad exige la aplicación de terapias de reemplazo renal para asumir su nueva realidad y la esperanza de supervivencia, siendo la hemodiálisis la modalidad de tratamiento más utilizada con una incidencia de 89% (3). A pesar de que este tratamiento permite disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad, también tiene como consecuencias una serie de cambios fisiológicos, físicos, emocionales y en la interacción con el entorno social y familiar del paciente, por lo cual se hace necesario asumir estrategias de afrontamiento para mejorar su calidad de vida (4).

Sin embargo, se ha encontrado que las estrategias de afrontamiento que asume el paciente no contribuyen a mejorar su calidad de vida, lo cual se pudo evidenciar en Irán el año 2023, ya que la evitación y la autculpa se encontraron entre las más utilizadas por los pacientes en hemodiálisis con un 68% de incidencia; este panorama, sumado a la falta de atención compasiva, tuvo como consecuencia sentimientos de frustración, falta de adherencia al tratamiento, estrés, falta de esperanza, quejas y afectación en la calidad de vida del paciente (5).

Por otra parte, se encuentra el desconocimiento de la efectividad de las estrategias de afrontamiento de acuerdo al tipo de estrategias; así, en Indonesia, el año 2022, se halló que si bien es cierto existe una asociación directa entre estrategias para afrontar las ERC y la calidad de vida; en el caso de las estrategias centradas en el problema contribuyeron en 46,6% a mejorar la calidad de vida, mientras que las estrategias centradas en las emociones contribuyeron en un 103,70%; la principal causa de este desconocimiento es la falta de orientación al respecto, papel que debe ser asumido por los enfermeros del servicio de nefrología (6).

En América Latina, la prevalencia de ERC alcanza un estimado de 10,5% y en la mayor parte de países de esta región la posibilidad de acceder a alguna terapia sustitutiva renal es muy limitada, a pesar de su alta incidencia, siendo la hemodiálisis la modalidad que predomina con una tasa de 66%; se resalta con especial énfasis los casos de Nicaragua, El Salvador y México, ya que estos países tienen los porcentajes más alto de muerte atribuibles a ERC en el mundo con 11,9%, 10,2% y 9,8% respectivamente (7). Por su parte, en Brasil, se encontró que las ERC afecta al menos a 2 millones de habitantes y el 70% de ellos no tienen acceso a diagnóstico o atención especializada (8).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento que asumen los pacientes renales, el 2022, en Ecuador, se demostró que 26% de personas tienen un manejo inadecuado y en el caso de aquellos que se atienden en el turno noche en el centro de hemodiálisis la cifra sube a 69%; estos porcentajes reflejan las deficiencias que aún subsisten en temas de orientación a los pacientes, con lo cual se pierde el acceso a mejores condiciones de vida (9). Respecto a la calidad de vida, en una investigación efectuada en Colombia con paciente en hemodiálisis se halló que el 53% de participantes consideró que hace menos cosas de las que les hubiera gustado; el 36,6% manifestó que les cuesta hacer actividades moderadas, el 40,9% siente que el problema emocional es una de las causas que no les impulsa a hacer más cosas, el 19,5%

expresó que siempre siente desánimo o tristeza y el 29,3% sintió que se les dificulta las actividades sociales y en conjunto el 57,3% valoro su estado de salud como bueno (10).

En el Perú, tal como se señala en un estudio realizado por EsSalud a nivel nacional, son escasas las investigaciones respecto a pacientes con ERC y esto es preocupante dado que la enfermedad va en aumento; en 2024 se encontró que 190 028 afiliados a la referida institución presentaron diagnóstico reconocido de ERC, 45 473 no tenían diagnóstico en historia clínica (11). Otra problemática es la falta de acceso a servicios de hemodiálisis, ya que hasta el 2022 1,382,534 pacientes que reciben este servicio, el 28% acude a las instalaciones de EsSalud, mientras que el 72% lo hace mediante servicios de tercerización que esta entidad realiza (12). A esta realidad, se suman las diversas casuísticas de cada paciente y la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas; al respecto, el 2024, en Huánuco, se evidenció que entre las causas de abandono o falta de acceso al tratamiento se encuentra el tipo de familia para afrontar la enfermedad y esto a su vez se asocia a la calidad de vida, ya que se dificulta el uso de estrategias de afrontamiento efectivas que permitan superar el impacto inicial de la enfermedad (13).

Situación similar existe en el nosocomio de Huancayo donde se hará la indagación, ya que no se cuenta con datos precisos y actualizados respecto a la situación de los pacientes en hemodiálisis, debido a las escasas investigaciones que existen en el ámbito peruano sobre esta materia; a ello se suman la escasez de profesionales enfermeros especializados en nefrología y los insuficientes datos que les permita tomar acciones para orientar y guiar a las personas en hemodiálisis acerca de estrategias de afrontamiento para contrarrestar los efectos de la enfermedad y de todo lo que implica para su calidad de vida.

De continuar así, el deterioro de los pacientes será mayor, debido a la falta de adherencia al tratamiento, a las inadecuadas estrategias de afrontamiento que asumen y al escaso apoyo para llevar su tratamiento. Este panorama podría decantar en complicaciones

diversas, no sólo por la condición física del paciente sino también por todo lo que implica a nivel psicológico y emocional.

Desde esa perspectiva, el estudio que se propone será de gran valía para reunir información valiosa y necesaria para elaborar planes de mejora que optimicen el trabajo enfermero en el entorno nefrológico, con lo cual se favorecerá el uso de estrategias de afrontamiento que ayudarán a conseguir mejoras en las condiciones de vida de las personas que reciben este tratamiento.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento en su dimensión afrontamiento activo y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis?

¿Cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento en su dimensión afrontamiento pasivo y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Establecer cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento en su dimensión afrontamiento activo y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

Establecer cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento en su dimensión afrontamiento pasivo y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

## **1.4. Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Teórica**

Un elemento esencial dentro de todo trabajo de investigación radica en las teorías que lo sustentan; en ese sentido, este estudio se justifica por la necesidad de contar con estudios teórica y científicamente fundamentados, de forma que los resultados que se obtengan puedan ser debidamente contrastados para corroborar los fundamentos teóricos dentro del ámbito de estudio. En ese sentido, se acogerá el modelo de adaptación de Callista Roy, denominado Roy Adaptation Model (RAM), en el que se resalta que las respuestas adaptativas del ser humano favorecen sus metas de supervivencia, reproducción, crecimiento y dominio, las cuales pueden darse de forma activa o pasiva y, en esa medida, permitirán la adaptación a variaciones físicas y psicológicas en función a la realidad que se vive o a estímulos particulares y también el modelo teórico metaparadigmático del autocuidado de Dorothea Orem. Con toda esta base, se podrá contribuir a enriquecer la literatura acerca del fenómeno abordado y arribar a generalizaciones inherentes a los estudios cuantitativos. Finalmente, ayudará a cerrar vacíos del conocimiento, en especial en el contexto peruano dada la escasez de datos referidos a esta problemática.

### **1.4.2. Metodológica**

El camino que se recorrerá para elaborar la investigación encuentra sustento en la visión positivista y enfoque cuantitativo, con lo cual se podrán obtener datos necesarios para precisar de forma objetiva la problemática; en este contexto, se resalta la valía de los instrumentos que se emplearán para recolectar la información ya que se encuentran validados, lo que da mayor confiabilidad al proceso. No se puede dejar de lado su importancia a nivel referencial, más aún por la necesidad de estudios que aborden las variables estrategias de afrontamiento y calidad de vida, dentro del entorno nefrológico y, específicamente con pacientes que reciben hemodiálisis.

### **1.4.3. Práctica**

El estudio está orientado a proporcionar evidencia científica, confiable y actual a las autoridades del hospital de Huancayo, para que el área de calidad pueda contribuir de manera efectiva en tomar iniciativas en beneficio del paciente con tratamiento de hemodiálisis. De esta forma, se podrán optimizar las actividades y acciones que realizan los enfermeros del servicio de nefrología para brindar asistencia, atención y orientación a los pacientes que reciben este tipo de terapia sustitutiva, de forma que ellos puedan conocer las diversas estrategias de afrontamiento que pueden asumir para contrarrestar los efectos de la enfermedad y la dificultad del proceso, comprendiendo que si bien es cierto sus hábitos y costumbres deben variar, esto no significa que no tengan alternativas para obtener calidad de vida. Asimismo, los enfermeros pueden contar con insumos para considerar en programas de educación clínica, integración de herramientas de apoyo digitales u optimizar la comunicación interdisciplinaria.

## **1.5. Delimitaciones de la investigación**

### **1.5.1. Temporal**

La investigación será ejecutada entre junio y octubre, 2025

### **1.5.2. Espacial**

Se ejecutará en el servicio de nefrología de una institución prestadora de salud de Huancayo, departamento de Junín.

### **1.5.3. Recursos**

La elaboración del proyecto exige el uso de una multiplicidad de materiales, recursos y servicios que se detallan en el presupuesto. Todos estos gastos se autofinanciarán con recursos propios.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes**

#### **A nivel internacional**

Bonilla et al. (14), en 2025, Ecuador, precisaron el propósito de “Investigar la influencia de la estrategia de afrontamiento religioso y la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis”. El estudio fue cuantitativo, correlacional. Participaron 58 pacientes que respondieron al Kidney Disease Quality of Life – KDQOL-36, SF-12 y la Escala Abreviada Brief-RCOPE. Se halló que el uso de estrategias de afrontamiento positivo obtuvo un puntaje de 31,20, el cual fue mayor que el obtenido en las estrategias de afrontamiento negativo que sólo obtuvo 11,50 puntos. En cuanto al afrontamiento religioso positivo se encontró una media de 31,21 puntos, mientras que el negativo obtuvo una media de 11,5 puntos. También se obtuvo un  $p > 0,05$  entre estrategias de afrontamiento religioso negativo y calidad de vida, mientras que las positivas y calidad de vida tuvo un  $p < 0,05$ . Con esta base se ultimó que no existe relación entre variables.

Arief et al. (15), en el año 2022, en Indonesia, tuvieron como finalidad “Identificar la relación entre los mecanismos de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis”. Se utilizó un diseño descriptivo-analítico con enfoque transversal, empleando los cuestionarios Brief Cope para medir el afrontamiento y WHOQOL-BRIEF para la calidad de vida, con una muestra por conveniencia de 62 pacientes de dos hospitales rurales en Indonesia. Los resultados mostraron un  $R^2 = 0.162$ . En cuanto a los dominios de calidad de vida, el físico promedió 45.27, el psicológico 53.40, el social 61.61 y el ambiental 54.98. El estudio concluyó que mejores mecanismos de afrontamiento contribuyen a una mejor calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis.

Pasha y Halim (16) en el año 2021, Indonesia, precisaron como fin de “Investigar la correlación entre la personalidad, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica”. El marco metodológico fue correlacional y participaron 40 individuos. Se aplicó un Inventario de personalidad y el KDQOL-36, encontrando un  $p=0,000$ , concluyendo que la relación es positiva.

Erbay et al. (17), el 2021, en Turquía, precisaron el propósito de “Investigar las estrategias, los niveles de depresión, características sociodemográficas en pacientes turcos con hemodiálisis y la calidad de vida”. El estudio fue transversal. Participaron 292 pacientes. Se emplearon como instrumentos el COPE, QOL, el Inventario de Depresión de Beck y un formulario sociodemográfico. Se demostró que la depresión estaba en nivel leve con puntajes entre 10 y 16; así también, se encontró un  $p<0,05$  con lo cual se desprende que la relación entre variables es significativa.

Lim y Hee (18), el 2022, en Corea, tuvieron como objetivo “Identificar los factores que afectan la calidad de vida en pacientes que reciben hemodiálisis”. El estudio fue transversal y participaron 143 pacientes, quienes respondieron a un cuestionario. Los resultados mostraron que la condición de vida se vio perjudicado por factores como la depresión ( $p < 0,001$ ); frecuencia del procedimiento ( $p = 0,008$ ); ingreso mensual ( $p = 0,007$ ), autocuidado ( $p = 0,004$ ) y estrés ( $p = 0,010$ ), mientras que la calidad de vida tuvo nivel regular en el 51,3%. Se concluyó que es necesario encontrar estrategias para mejorar la autoeficacia de los pacientes y reducir la depresión y el estrés.

### **A nivel nacional**

Machado y Machaca (19), el 2024, en Chíncha, plasmaron el propósito de “Establecer una relación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica”. El estudio siguió el enfoque cuantitativo y nivel correlacional, contando con la participación de 70 individuos. Se aplicaron dos cuestionarios para medir las variables. Se evidenció que 67% tenían una calidad de vida regular y el 33% mala; en cuanto a las estrategias de afrontamiento el 80% evidenció un índice regular y el 20% estrategias de afrontamiento en nivel malo. El  $Rho = ,560$  y el  $p = ,000$ , hicieron concluir que hay relación significativa.

Tineo (20), el 2023, en Trujillo, tuvo como objetivo “Determinar la relación entre nivel de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados”. El estudio fue no experimental, correlacional, no experimental. Participaron 30 individuos. Se emplearon dos cuestionarios. Se halló que la calidad de vida tiene un índice promedio para el 100% de

pacientes y las estrategias de afrontamiento el mismo nivel para el 90%. Así también se halló un  $p=0.578$ , demostrando que no hay correlación entre variables.

Seminario (21), el 2020, en Lima, consideró como objetivo “Establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica”. El estudio a investigar fue básica, descriptiva y correlacional. Intervinieron 118 integrantes. Los instrumentos fueron el Brief COPE 28 y el WHOQOL-BREF. Los resultados arrojaron un  $Rho = 0,799$  y un  $p=0,000$ , lo que permitió establecer que la relación es positiva alta.

Núñez (22), el 2024, en Lima, plasmó el propósito de “Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”. La indagación fue prospectiva. Se incluyó a 110 pacientes, quienes dieron respuesta a un cuestionario integrado. Se evidenció un nivel deficiente en el componente síntomas y problemas de la calidad de vida en el 87,3% de participantes y 45,5% tuvo calidad de vida regular y 24,5% deficiente; el  $Rho$  fue de ,698 y el  $p=,000$ , concluyendo que la relación es moderada entre variables.

Sanchez y Otiniano (23), el 2022, en Pimentel, tuvieron como fin “Estrategia de adaptación para mejorar la calidad de los estilos de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en la Clínica Nefrolife Chiclayo 2020”. Se siguió el enfoque cuantitativo, prospectivo. La muestra fue de 54 pacientes, quienes respondieron a dos cuestionarios, el primero para valorar las estrategias de adaptación y el segundo para la calidad de los estilos de vida. Se halló que las estrategias de adaptación estuvieron en nivel bajo para el 44,44% y en calidad de estilos de vida se halló predominancia de los no saludables en el 51,90%. Se pudo establecer que las

estrategias de adaptación estuvieron en un nivel bajo y la calidad de estilos de vida en nivel no saludable.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Estrategias de afrontamiento**

#### **2.2.1.1. Definiciones y aspectos asociados**

Dentro del contexto de pacientes con enfermedad renal crónica y, específicamente aquellos que requieren de hemodiálisis, las estrategias de afrontamiento se definen como los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales que se asumen para gestionar demandas internas o externas que se consideran exigentes para la persona o que exceden sus recursos (24). Estos mecanismos psicológicos representan un conjunto complejo de respuestas adaptativas que los individuos desarrollan cuando enfrentan situaciones adversas relacionadas con su condición de salud. Las estrategias incluyen tanto acciones conscientes como procesos automáticos que buscan reducir el impacto emocional negativo derivado del diagnóstico y del tratamiento continuo que deben recibir. La conceptualización contemporánea reconoce que el afrontamiento no constituye un rasgo estable de personalidad sino más bien un proceso dinámico que fluctúa según las demandas situacionales específicas y los recursos disponibles en cada momento.

La comprensión de estas estrategias ha evolucionado considerablemente en las últimas décadas, reconociéndose ahora que no existe un único patrón de afrontamiento universalmente efectivo para todos los pacientes. Cada persona desarrolla mecanismos particulares influenciados por su historia personal, sus creencias culturales, su red de apoyo social y sus experiencias previas con situaciones estresantes. En el caso específico de los pacientes renales crónicos, el afrontamiento adquiere una relevancia especial debido a la naturaleza permanente y progresiva de la enfermedad, que requiere ajustes continuos en múltiples dimensiones de la vida cotidiana. La investigación contemporánea sugiere que la flexibilidad en el uso de

diferentes estrategias según las demandas cambiantes del curso de la enfermedad predice mejor adaptación que la adherencia rígida a un único estilo de afrontamiento.

Los factores que determinan la elección de estrategias particulares son multifacéticos e incluyen variables demográficas como edad y género, características de personalidad, creencias sobre salud y enfermedad, experiencias previas con el sistema médico, disponibilidad de recursos sociales y económicos, y el grado de apoyo familiar percibido. Los pacientes más jóvenes pueden experimentar mayor frustración por las restricciones en actividades valoradas mientras que los pacientes mayores pueden enfrentar desafíos relacionados con comorbilidades múltiples y declive funcional acumulativo. El género también influye en los patrones de afrontamiento observados, con estudios sugiriendo que las mujeres tienden a utilizar más frecuentemente estrategias centradas en emociones y búsqueda de apoyo social mientras que los hombres pueden mostrar mayor preferencia por afrontamiento centrado en el problema.

En el caso de pacientes en hemodiálisis la situación resulta sumamente preocupante dada la complejidad del tratamiento que reciben y la variedad de problemas biopsicosociales que afrontan, además de las diferentes casuísticas de hipotensión, calambres musculares, complicaciones cardiovasculares graves entre otras que pueden derivar en hospitalización (25). Estas complicaciones médicas generan un círculo de ansiedad y preocupación constante en los pacientes, quienes deben permanecer alertas ante cualquier síntoma que pudiera indicar un deterioro en su condición. La recurrencia de estos eventos adversos contribuye a desarrollar un estado de hipervigilancia que afecta significativamente la calidad del descanso y el bienestar emocional. La impredecibilidad de cuándo ocurrirán estas complicaciones añade una carga psicológica adicional que requiere estrategias de afrontamiento particularmente robustas para mantener funcionalidad psicológica adecuada.

El proceso de hemodiálisis demanda no solamente una adaptación física, sino también psicológica y social de magnitudes considerables. Los pacientes deben reorganizar

completamente sus rutinas diarias alrededor de las sesiones de diálisis, lo que implica modificar horarios laborales, reducir actividades recreativas y, en muchos casos, redefinir roles familiares tradicionales. Esta reorganización vital genera tensiones en las relaciones interpersonales y puede producir sentimientos de culpa, frustración e inutilidad que requieren ser procesados mediante estrategias de afrontamiento apropiadas para evitar el deterioro de la salud mental. La necesidad de coordinar múltiples aspectos de la vida alrededor del cronograma rígido de las sesiones dialíticas elimina gran parte de la espontaneidad y flexibilidad que caracteriza la existencia saludable.

La adaptación psicológica al diagnóstico de enfermedad renal crónica requiriendo hemodiálisis típicamente progresa a través de varias etapas que pueden incluir shock inicial, negación defensiva, ira dirigida hacia diversos blancos, negociación con la realidad médica, depresión reactiva y eventual aceptación adaptativa. Sin embargo, este proceso no sigue necesariamente una secuencia lineal predecible y los pacientes pueden experimentar retrocesos a etapas previas especialmente cuando enfrentan complicaciones inesperadas o reciben información pronóstica desalentadora. Las intervenciones de apoyo psicológico deben reconocer esta naturaleza no lineal del proceso de adaptación y proporcionar soporte flexible que se ajuste a las necesidades emocionales cambiantes del paciente a lo largo de su trayectoria con la enfermedad.

Esta situación se debe a que las enfermedades renales crónicas resultan en un declive muy rápido si no se toman en cuenta las medidas adecuadas para asumirlas, tratarlas y sobrellevar todo lo que ello implica y, a pesar de la terapia renal de reemplazo, las complicaciones son un potencial riesgo mortal (26). La progresión de la enfermedad puede variar significativamente entre pacientes dependiendo de factores como la adherencia al tratamiento, el control de enfermedades concomitantes como diabetes e hipertensión, y la capacidad del organismo para tolerar el procedimiento dialítico. Esta variabilidad individual en la evolución de la condición añade incertidumbre al pronóstico y dificulta la planificación a largo plazo, aspectos que

impactan directamente las estrategias de afrontamiento que los pacientes desarrollan para manejar la ansiedad asociada con un futuro incierto.

El carácter potencialmente letal de las complicaciones renales crónicas genera una carga psicológica considerable que los pacientes deben manejar diariamente. La conciencia de estar enfrentando una condición que amenaza la vida produce respuestas emocionales intensas que van desde la negación inicial hasta la eventual aceptación, pasando por periodos de ira, negociación y depresión. Este proceso no sigue necesariamente una secuencia lineal y los pacientes pueden experimentar retrocesos emocionales especialmente cuando enfrentan complicaciones inesperadas o cuando reciben noticias desalentadoras sobre su evolución clínica. La amenaza existencial inherente a la condición puede precipitar reflexiones profundas sobre el significado de la vida, prioridades personales y legado, proceso que algunos pacientes encuentran perturbador mientras otros lo experimentan como oportunidad de crecimiento espiritual.

La confrontación diaria con la mortalidad también puede generar ansiedad anticipatoria sobre el proceso de morir, especialmente entre pacientes que han presenciado el deterioro y fallecimiento de compañeros de diálisis. Esta exposición repetida a la pérdida de otros pacientes con quienes se han desarrollado vínculos durante las sesiones compartidas puede ser particularmente traumática y requiere procesamiento emocional adecuado. Los profesionales de la salud mental deben estar preparados para abordar temas relacionados con muerte y duelo con sensibilidad cultural y respeto por las creencias espirituales individuales de cada paciente, reconociendo que las necesidades en este dominio varían enormemente entre individuos de diferentes tradiciones religiosas y filosóficas.

Es preciso señalar que la hemodiálisis es un proceso centrado en la extracción de líquidos extracorporales sanguíneos para luego ser filtrados por un dializador, con lo cual se sustituyen las funciones que realiza el riñón para eliminar los líquidos, las toxinas, el exceso de sal y los

desechos que pueden perjudicar la salud de la persona (27). Este procedimiento técnicamente complejo requiere la conexión del paciente a una máquina durante varias horas, generalmente tres veces por semana, creando una dependencia tecnológica que puede resultar emocionalmente desafiante para muchas personas. La necesidad de confiar la propia supervivencia a un dispositivo mecánico operado por técnicos representa una pérdida de autonomía fundamental que algunos pacientes encuentran profundamente perturbadora.

El proceso dialítico implica múltiples consideraciones técnicas que los pacientes gradualmente aprenden a reconocer y monitorear. Deben familiarizarse con conceptos como el acceso vascular, el flujo sanguíneo, la ultrafiltración y el equilibrio electrolítico, transformándose en participantes activos de su propio cuidado médico. Esta necesidad de adquirir conocimientos médicos especializados puede resultar abrumadora inicialmente, aunque también puede empoderar a los pacientes al proporcionarles herramientas para comprender mejor su condición y comunicarse más efectivamente con el equipo de salud. La curva de aprendizaje varía considerablemente entre pacientes según su nivel educativo previo, alfabetización en salud y motivación para involucrarse activamente en su tratamiento.

Así también, se busca mantener el equilibrio de algunas sustancias del cuerpo y reducir el impacto de los síntomas que se producen por el inadecuado funcionamiento de los riñones. La eliminación de toxinas urémicas mediante la diálisis previene la acumulación de productos de desecho metabólico que causarían síntomas graves como náuseas, vómitos, confusión mental, prurito intenso y eventualmente convulsiones o coma. La efectividad del tratamiento dialítico determina directamente la calidad de vida del paciente, siendo fundamental alcanzar una dosis de diálisis adecuada que se mide mediante parámetros específicos como el  $Kt/V$ . Los pacientes que reciben diálisis inadecuada experimentan mayor carga sintomática, peor calidad de vida y mayor riesgo de complicaciones y mortalidad.

El monitoreo regular de parámetros bioquímicos incluyendo niveles séricos de creatinina, urea, potasio, fósforo, calcio y hemoglobina proporciona información esencial sobre la adecuación de la dosis dialítica y el estado nutricional del paciente. Los pacientes deben aprender a interpretar estos valores en el contexto de sus síntomas subjetivos, desarrollando habilidades de automonitoreo que les permitan identificar tendencias preocupantes que requieren comunicación con el equipo médico. Esta alfabetización en datos de laboratorio representa un componente importante del autocuidado informado que puede mejorar los resultados clínicos mediante detección temprana de desviaciones que requieren ajuste terapéutico.

Así también, es necesario tener en cuenta que debido a la naturaleza de la enfermedad y de este tipo de tratamiento los pacientes se encuentran inmunocomprometidos, realidad que explica la relevancia de los cuidados antes, durante y después de la terapia (28). El estado de inmunosupresión relativa que caracteriza a estos pacientes los hace particularmente vulnerables a infecciones oportunistas, siendo las infecciones del acceso vascular una de las complicaciones más frecuentes y potencialmente graves que pueden enfrentar. Esta vulnerabilidad inmunológica requiere medidas estrictas de asepsia y antisepsia durante todos los procedimientos relacionados con la diálisis, así como vigilancia constante de signos y síntomas de infección que requieren tratamiento antibiótico inmediato.

Sin embargo, esto también implica una serie de cambios en la forma de vida, se presentan limitaciones en la actividad que se realiza, nuevos hábitos alimenticios y todo ello produce diversas emociones que es necesario autogestionar para evitar caer en angustia, ansiedad o depresión. Los pacientes deben aprender a convivir con restricciones dietéticas significativas, limitando la ingesta de potasio, fósforo, sodio y líquidos, lo que transforma actos cotidianos como comer y beber en decisiones meditadas que requieren constante autocontrol y planificación. Estas restricciones afectan la dimensión social de la alimentación, limitando la

participación en eventos sociales donde la comida cumple roles ceremoniales importantes y potencialmente generando sentimientos de exclusión o diferencia.

Las limitaciones físicas impuestas por la enfermedad y el tratamiento dialítico reducen significativamente la capacidad de los pacientes para realizar actividades laborales, recreativas y domésticas que previamente formaban parte integral de su identidad y sentido de propósito. La fatiga crónica, la debilidad muscular y las restricciones de tiempo asociadas a las sesiones de diálisis obligan a muchos pacientes a abandonar empleos, reducir su participación en actividades comunitarias y depender de otros para tareas que antes realizaban de manera autónoma, generando sentimientos de pérdida de autonomía y autoestima. La reducción forzada en roles productivos puede precipitar crisis de identidad especialmente entre individuos cuyo sentido de valía personal estaba fuertemente ligado a sus contribuciones laborales o comunitarias.

La necesidad de reestructurar completamente la vida alrededor del régimen dialítico requiere flexibilidad cognitiva considerable y capacidad de reencuadrar expectativas vitales de maneras que preserven el sentido de significado y propósito. Algunos pacientes logran esta reestructuración exitosamente identificando nuevas formas de contribuir a su familia y comunidad que sean compatibles con sus limitaciones físicas y temporales, mientras otros luchan persistentemente con sentimientos de inutilidad y pérdida de identidad. El apoyo psicológico dirigido a facilitar este proceso de redefinición de roles y prioridades puede ser crucial para promover adaptación saludable y prevenir deterioro en salud mental.

En este contexto, las estrategias de afrontamiento juegan un rol preponderante, pero esto también va a depender mucho del impacto de la enfermedad en el paciente, de sus creencias, percepciones y actitudes (29). La forma en que cada individuo interpreta su enfermedad, le atribuye significado y la integra en su narrativa personal determina en gran medida las estrategias de afrontamiento que desarrollará. Algunos pacientes pueden percibir la enfermedad

como un desafío a superar mediante esfuerzo y determinación, mientras otros la viven como una pérdida irreparable o incluso como un castigo divino por transgresiones reales o imaginarias. Estas interpretaciones cognitivas de la enfermedad influyen poderosamente en las respuestas emocionales y conductuales que los pacientes exhiben.

En ese sentido el afrontamiento se constituye en una etapa de cambio constante ya que puede variar en función a las demandas que siente o experimenta el paciente en un determinado momento, lo que también estará influenciado a su contexto sociocultural y al apoyo que recibe de la familia. Las estrategias efectivas en las primeras etapas del tratamiento pueden volverse insuficientes a medida que la enfermedad progresa o surgen nuevas complicaciones, requiriendo una flexibilidad cognitiva y emocional para adaptar los mecanismos de afrontamiento a las circunstancias cambiantes de la condición médica. Esta naturaleza dinámica del afrontamiento subraya la importancia de evaluaciones psicológicas periódicas que permitan identificar cuando los pacientes requieren apoyo adicional para desarrollar nuevas estrategias adaptativas.

El apoyo familiar constituye un factor protector fundamental en el proceso de afrontamiento de la enfermedad renal crónica. Las familias que logran reorganizarse funcionalmente para brindar soporte emocional, instrumental e informacional facilitan significativamente la adaptación del paciente a las demandas del tratamiento. Sin embargo, la carga que implica cuidar de un familiar en diálisis también puede generar tensiones intrafamiliares, especialmente cuando los recursos económicos son limitados o cuando el cuidador principal experimenta agotamiento físico y emocional, situación que requiere intervenciones de apoyo dirigidas no solo al paciente sino también a los cuidadores que enfrentan sus propios desafíos adaptativos.

La comunicación familiar sobre la enfermedad y sus implicaciones varía considerablemente entre culturas y familias individuales, oscilando entre patrones de apertura completa donde todos los aspectos de la condición se discuten explícitamente hasta patrones de protección

mutua donde información preocupante se oculta para evitar causar angustia. Ninguno de estos extremos resulta generalmente óptimo, siendo preferible un equilibrio donde la información esencial se comparte honestamente mientras se mantiene esperanza realista y se preserva dignidad. Los profesionales de la salud pueden facilitar el desarrollo de patrones comunicacionales familiares saludables modelando comunicación abierta y compasiva durante las interacciones clínicas.

Es preciso señalar que las estrategias de afrontamiento van a tener diferentes efectos en el paciente; así, las estrategias de afrontamiento activas contribuyen a incrementar la posibilidad de tener un mejor estado de vida (30). Estas estrategias incluyen la búsqueda activa de información sobre la enfermedad y su tratamiento, la participación proactiva en la toma de decisiones médicas, el establecimiento de metas realistas de salud y la implementación de cambios conductuales positivos como el ejercicio adaptado y la adherencia estricta al régimen terapéutico. Los pacientes que adoptan posturas activas tienden a experimentar mayor sensación de control sobre su situación, lo que se asocia con mejor ajuste psicológico y calidad de vida.

Acerca de las pasivas tienen un efecto contrario, ya que generan una disminución de la calidad de vida. La evitación, la negación persistente y la dependencia excesiva de otros para el manejo de la enfermedad se asocian con peores resultados en términos de adherencia terapéutica, estado emocional y evolución clínica. Los pacientes que adoptan predominantemente estrategias pasivas tienden a experimentar mayor depresión, ansiedad y desesperanza, lo que a su vez puede comprometer su sistema inmunológico y su capacidad para tolerar el tratamiento dialítico. El círculo vicioso entre afrontamiento pasivo, deterioro emocional y peores resultados médicos subraya la importancia de intervenciones tempranas.

Si bien es cierto, este campo aún no ha sido profundizado de forma suficiente, se encuentran al menos ocho categorías: planificación, confrontación, autocontrol, aceptación de las

responsabilidades, distanciamiento y escape-evitación. La planificación implica el desarrollo de estrategias específicas para manejar la situación estresante, incluyendo la anticipación de problemas potenciales y la preparación de respuestas apropiadas. La confrontación se refiere a esfuerzos activos para cambiar la situación o expresar emociones difíciles de manera constructiva. Estas categorías no son mutuamente excluyentes y los individuos típicamente emplean combinaciones de múltiples estrategias simultáneamente.

La elección de las estrategias dependerá de las circunstancias de los pacientes y puede ir variando con el tiempo. El autocontrol involucra esfuerzos por regular las propias emociones y comportamientos frente al estrés, mientras que la aceptación de responsabilidades implica reconocer el papel personal en la situación y tomar acciones para mejorarla. El distanciamiento se caracteriza por intentos de desvincularse emocionalmente del problema, creando separación psicológica que puede ser adaptativa en ciertas circunstancias pero problemática si se mantiene rígidamente. El escape-evitación incluye esfuerzos conductuales o cognitivos para huir o evitar el problema, estrategia que puede proporcionar alivio temporal pero generalmente resulta contraproducente a largo plazo.

Así también, se hace la distinción entre dos tipos de afrontamiento, aquellos que se enfocan en la resolución del problema y aportar recursos que permitan afrontar las condiciones adversas. El afrontamiento centrado en el problema involucra acciones directas dirigidas a modificar la fuente de estrés, como aprender técnicas de autocuidado del acceso vascular, ajustar horarios para optimizar el descanso entre sesiones de diálisis o buscar alternativas de transporte más eficientes para acudir a las sesiones. Este tipo de afrontamiento resulta particularmente efectivo cuando el estresor es potencialmente modificable mediante acción directa.

La segunda es el afrontamiento centrado en emociones que buscan regular el malestar emocional que se asocia a la situación de estrés. Este tipo de afrontamiento incluye técnicas como la reevaluación cognitiva de la situación, la búsqueda de soporte emocional en familiares

o grupos de apoyo, la práctica de técnicas de relajación o mindfulness, y el uso de estrategias de distracción constructivas como hobbies o actividades recreativas adaptadas a las limitaciones físicas del paciente. El afrontamiento centrado en emociones es particularmente útil cuando la fuente de estrés no es directamente modificable, como en el caso de las limitaciones permanentes impuestas por la enfermedad renal crónica.

### **2.2.1.2. Dimensiones de la variable estrategias de afrontamiento**

#### **Dimensión 1: afrontamiento activo**

Consiste en asumir actitudes que les permita aceptar la nueva realidad y adaptarse, buscando la autogestión y la autodeterminación, apoyo social, buscando tener un mejor estado de ánimo en aras de mantener un equilibrio que contribuya a mejorar su calidad de vida (31). Este tipo de afrontamiento se caracteriza por una postura proactiva del paciente frente a su enfermedad, involucrándose activamente en todas las decisiones relacionadas con su tratamiento y adoptando un rol de colaboración con el equipo médico. Los pacientes con afrontamiento activo tienden a formular preguntas pertinentes, buscar segundas opiniones cuando corresponde y participar en organizaciones de pacientes donde pueden intercambiar experiencias y estrategias de manejo.

Los pacientes que desarrollan estrategias de afrontamiento activo suelen mostrar mayor curiosidad por comprender los aspectos técnicos y fisiológicos de su condición, haciendo preguntas pertinentes al personal de salud y buscando fuentes confiables de información complementaria. Esta búsqueda activa de conocimiento les proporciona una sensación de control sobre una situación que de otro modo podría percibirse como completamente determinada por factores externos, contribuyendo a reducir la ansiedad asociada con la incertidumbre médica. La educación del paciente emerge como intervención crucial que no

solo proporciona información objetiva sino que también empodera al paciente al hacerlo participe informado de decisiones terapéuticas.

La autogestión implica que los pacientes asumen responsabilidad directa en el monitoreo de su condición, registrando sistemáticamente síntomas, peso corporal, presión arterial y otros indicadores relevantes que permiten detectar tempranamente desviaciones que requieren atención médica. Esta práctica de automonitoreo estructurado no solo mejora los resultados clínicos al facilitar ajustes oportunos en el tratamiento, sino que también empodera al paciente al hacerlo participe activo de su proceso terapéutico. El uso de diarios de salud, aplicaciones móviles de seguimiento o registros estructurados facilita esta práctica sistemática de automonitoreo.

La autodeterminación en este contexto se refiere a la capacidad del paciente para establecer metas personales significativas adaptadas a sus nuevas circunstancias de vida, manteniendo un sentido de agencia y propósito a pesar de las limitaciones impuestas por la enfermedad. Estas metas pueden incluir objetivos educativos, laborales adaptados, proyectos creativos o contribuciones a la comunidad que permitan al paciente mantener una identidad más allá de su condición de enfermo renal, preservando así su autoestima y sentido de valía personal. La capacidad de establecer y trabajar hacia metas valoradas proporciona estructura y significado a la vida diaria.

La búsqueda de apoyo social constituye otro componente fundamental del afrontamiento activo, manifestándose en la participación en grupos de apoyo de pacientes renales, el fortalecimiento de vínculos con familiares y amigos comprensivos, y el desarrollo de nuevas relaciones con personas que atraviesan situaciones similares. Estos vínculos proporcionan no solo soporte emocional sino también intercambio de información práctica sobre estrategias efectivas para manejar síntomas, adherirse al tratamiento y navegar el sistema de salud. La

validación que proporciona conectar con otros que genuinamente comprenden los desafíos específicos de vivir con enfermedad renal crónica puede ser profundamente terapéutica.

El mantenimiento de un estado de ánimo positivo mediante afrontamiento activo no implica negar las dificultades reales de la situación, sino más bien desarrollar una perspectiva equilibrada que reconozca tanto los desafíos como las oportunidades de crecimiento personal que pueden surgir de la experiencia de la enfermedad. Los pacientes con afrontamiento activo tienden a practicar el optimismo realista, manteniendo esperanza en su capacidad de adaptación mientras permanecen conscientes de las limitaciones objetivas de su condición. Esta postura requiere sofisticación cognitiva para sostener simultáneamente conciencia de amenazas reales junto con expectativas positivas sobre la capacidad personal de manejarlas.

La resiliencia psicológica emerge como característica central del afrontamiento activo exitoso, reflejando la capacidad de recuperarse de adversidades, adaptarse a circunstancias cambiantes y crecer a partir de experiencias desafiantes. Los pacientes resilientes no experimentan necesariamente menos sufrimiento que otros, pero poseen habilidades para procesarlo constructivamente y encontrar significado incluso en experiencias dolorosas. El desarrollo de resiliencia puede facilitarse mediante intervenciones específicas que fortalezcan recursos psicológicos como autoeficacia, sentido de coherencia, flexibilidad cognitiva y conexiones sociales significativas.

La práctica regular de técnicas de autocuidado emocional como la meditación, el mindfulness, la escritura expresiva o actividades creativas proporciona herramientas adicionales para manejar el estrés asociado con la enfermedad crónica. Estas prácticas contemplativas facilitan el desarrollo de conciencia sobre los propios estados internos, permiten crear espacio psicológico entre estímulos estresantes y respuestas automáticas, y cultivan actitudes de aceptación y autocompasión que contrarrestan tendencias autocríticas destructivas. La

integración de estas prácticas en rutinas diarias puede mejorar significativamente el bienestar psicológico.

### **Dimensión 2: afrontamiento pasivo**

Son aquellas que implican evitación, inacción, dependencia y procrastinación, lo que lleva a posponer actividades que permitan resolver el problema o espera que se resuelvan por sí solas o con la intervención de otra persona (32). Este patrón de afrontamiento se caracteriza por una actitud predominantemente reactiva más que proactiva frente a los desafíos de la enfermedad, manifestándose en la delegación excesiva de responsabilidades de autocuidado en el personal médico o en familiares. Los pacientes con afrontamiento predominantemente pasivo tienden a asumir posiciones de víctimas impotentes ante su condición, percibiendo que carecen de recursos o capacidad para influir positivamente en su evolución.

Todo lo que se asocia con conductas desadaptativas y un alto malestar psicológico. La evitación persistente de información sobre la enfermedad, aunque pueda proporcionar alivio temporal de la ansiedad, a largo plazo aumenta la vulnerabilidad del paciente al limitar su capacidad para anticipar y prepararse para complicaciones predecibles. Esta falta de preparación psicológica puede resultar en reacciones de crisis cuando eventualmente surgen problemas que podrían haberse manejado más efectivamente con anticipación. La evitación cognitiva también puede manifestarse en negación de la severidad de la condición o minimización de la importancia de la adherencia terapéutica.

La inacción frente a síntomas preocupantes o cambios en la condición de salud representa otra manifestación común del afrontamiento pasivo, donde los pacientes minimizan o ignoran señales de alarma con la esperanza de que se resuelvan espontáneamente. Este comportamiento dilatorio puede conducir a complicaciones evitables que requieren intervenciones médicas más agresivas que las que hubieran sido necesarias con una atención temprana, perpetuando así un

ciclo de deterioro en la salud y aumento del estrés. La procrastinación en buscar atención médica frecuentemente refleja mecanismos de negación defensiva o temor a recibir noticias adversas sobre la progresión de la enfermedad.

La dependencia excesiva en otros para aspectos del cuidado que el paciente podría razonablemente manejar de forma independiente erosiona gradualmente la autoeficacia y puede generar tensiones en las relaciones con los cuidadores. Cuando los familiares asumen responsabilidades que corresponden al paciente, se puede crear un patrón de infantilización que socava la autonomía y dignidad del enfermo, además de generar resentimiento en quienes asumen roles de cuidado sin límites claros. Este patrón disfuncional requiere intervención familiar que establezca expectativas apropiadas sobre lo que el paciente puede y debe hacer por sí mismo.

La procrastinación en la implementación de cambios de estilo de vida recomendados por el equipo médico, como ajustes dietéticos o incorporación de actividad física adaptada, refleja dificultades en la aceptación de la enfermedad y sus implicaciones a largo plazo. Los pacientes pueden posponer indefinidamente estos cambios, esperando circunstancias más favorables o sintiendo que las modificaciones requeridas son demasiado onerosas para integrarlas en su vida cotidiana, lo que perpetúa patrones de conducta incompatibles con el manejo óptimo de su condición. La ambivalencia sobre cambiar comportamientos habituales requiere técnicas motivacionales específicas.

El afrontamiento pasivo se asocia frecuentemente con sentimientos de desesperanza aprendida, donde experiencias previas de intentos fallidos de control sobre la enfermedad llevan al paciente a concluir erróneamente que ningún esfuerzo personal marcará diferencia en su evolución. Esta percepción distorsionada de incontrolabilidad total puede ser particularmente perjudicial en el contexto de la enfermedad renal crónica, donde la adherencia al tratamiento y el autocuidado consciente tienen impactos documentados significativos en la calidad de vida y

supervivencia. La reestructuración cognitiva de estas creencias disfuncionales constituye objetivo terapéutico prioritario.

Las manifestaciones conductuales del afrontamiento pasivo pueden incluir aislamiento social progresivo, abandono de actividades previamente valoradas, descuido de la apariencia personal y deterioro en patrones de sueño e higiene. Estos cambios frecuentemente señalan depresión clínica subyacente que requiere evaluación y tratamiento especializado. La identificación temprana de estos patrones por parte del equipo de salud permite intervenciones preventivas antes de que el deterioro psicológico se vuelva severo e intratable. Los screening regulares de síntomas depresivos deberían ser práctica estándar en unidades de diálisis.

El uso de sustancias como mecanismo de evitación representa una forma particularmente problemática de afrontamiento pasivo, donde pacientes recurren a alcohol u otras drogas para anestesiar emociones difíciles o escapar temporalmente de la realidad de su condición. Esta estrategia no solo es inefectiva a largo plazo sino que puede comprometer directamente la salud física mediante interacciones medicamentosas peligrosas o exacerbación de la disfunción renal. La identificación de abuso de sustancias requiere sensibilidad clínica y disponibilidad de servicios especializados de adicciones adaptados a las necesidades de pacientes con enfermedad médica crónica.

### **2.2.1.3. Teoría de la variable estrategias de afrontamiento**

Se ha considerado pertinente incluir a Callista Roy y su modelo de adaptación, que se enfatiza en la disposición que tienen los seres humanos para acoplarse a determinadas circunstancias, proyectando sus acciones al proceso de salud que atraviesan, buscando establecer mecanismos que les permita adaptarse a la situación que le afecta (33). Este modelo teórico conceptualiza a la persona como un sistema adaptativo holístico que responde continuamente a estímulos ambientales mediante procesos de afrontamiento innatos y adquiridos. Roy propone que las

personas poseen capacidades inherentes para adaptarse creativamente a circunstancias cambiantes cuando reciben el apoyo apropiado.

En este contexto, asume mecanismos para explorar lo que sucede para crear un entorno que contribuya a mejorar su calidad de vida. Roy identifica cuatro modos adaptativos principales a través de los cuales las personas responden a estímulos: el modo fisiológico, relacionado con las necesidades físicas básicas; el modo de autoconcepto, que involucra aspectos psicológicos y espirituales de la identidad; el modo de función de rol, concerniente a los roles que la persona desempeña en la sociedad; y el modo de interdependencia, centrado en las relaciones con otros significativos.

También es importante destacar que este conjunto de acciones involucra la participación de la familia, personas cercanas y de los propios enfermeros, siendo estos últimos los encargados de brindar a la persona sometida a hemodiálisis un seguimiento y monitorización de los procedimientos que deben seguirse. Los enfermeros, en el marco del modelo de Roy, actúan como facilitadores de la adaptación, manipulando los estímulos del entorno para promover respuestas adaptativas positivas y minimizar respuestas inefectivas que podrían comprometer la salud. Este rol requiere habilidades de evaluación sofisticadas para identificar respuestas adaptativas e inefectivas.

Dando soporte para que todo pueda ser comprendido con claridad, de despejen dudas y se reduzca el temor ante lo desconocido. El modelo de adaptación proporciona un marco conceptual que permite a los profesionales de enfermería evaluar sistemáticamente el nivel de adaptación del paciente en cada uno de los cuatro modos, identificando comportamientos adaptativos efectivos que deben reforzarse e intervenir sobre respuestas inefectivas mediante la modificación de estímulos focales, contextuales o residuales. Esta evaluación multidimensional asegura que se atiendan todas las áreas de necesidad.

La aplicación del modelo de Roy en el contexto de pacientes en hemodiálisis resulta particularmente relevante dado que estos individuos enfrentan múltiples estímulos desafiantes simultáneamente: estímulos fisiológicos relacionados con la uremia y el procedimiento dialítico, estímulos que afectan su autoconcepto al cambiar su percepción de sí mismos como personas saludables, estímulos que alteran sus roles familiares y laborales, y estímulos que impactan sus relaciones de interdependencia al requerir mayor apoyo de otros. La evaluación comprensiva de todos estos modos proporciona base para intervenciones holísticas.

El modelo enfatiza que la adaptación no es un estado estático sino un proceso dinámico continuo, reconociendo que las demandas sobre el paciente varían a lo largo de su trayectoria con la enfermedad y que las estrategias de afrontamiento deben ajustarse correspondientemente. Esta perspectiva dinámica es crucial en el manejo de condiciones crónicas donde las necesidades del paciente evolucionan constantemente, requiriendo flexibilidad tanto del paciente como del sistema de apoyo. Las evaluaciones periódicas de necesidades adaptativas emergentes permiten ajustes oportunos.

Roy distingue entre estímulos focales, contextuales y residuales que influyen en las respuestas adaptativas. Los estímulos focales son aquellos que confrontan inmediatamente a la persona, como el procedimiento dialítico actual. Los estímulos contextuales son otros factores presentes que influyen en cómo se maneja el estímulo focal, como el dolor crónico o la fatiga. Los estímulos residuales son creencias, actitudes o experiencias pasadas que pueden estar afectando la situación pero cuya influencia no es claramente evidente. La identificación de todos estos niveles de estímulos informa intervenciones comprensivas.

El concepto de zona de adaptación es central al modelo de Roy, refiriéndose al rango de estímulos que la persona puede manejar mediante mecanismos de afrontamiento ordinarios sin experimentar estrés excesivo. Cuando los estímulos exceden esta zona, la persona requiere asistencia para desarrollar nuevos mecanismos de afrontamiento o para modificar los estímulos

mismos. El objetivo de enfermería es ayudar a expandir la zona de adaptación del paciente mediante fortalecimiento de capacidades de afrontamiento y modificación apropiada del ambiente.

## **2.2.2. Calidad de vida**

### **2.2.2.1. Definiciones y aspectos asociados**

La calidad de vida se puede definir como la manera en que una persona percibe su situación integral, en su ámbito de desenvolvimiento y el sistema valorativo que surge de su propio contexto, en relación con las expectativas que tiene, objetivos, preocupaciones y estándares (34). Esta definición subraya la naturaleza fundamentalmente subjetiva del constructo, reconociendo que dos personas en circunstancias objetivamente similares pueden reportar niveles dramáticamente diferentes de calidad de vida basados en sus marcos de referencia personales. La percepción subjetiva incorpora juicios valorativos sobre múltiples dominios vitales ponderados según la importancia que cada persona atribuye a diferentes aspectos de su experiencia.

La conceptualización de calidad de vida ha evolucionado desde enfoques unidimensionales centrados exclusivamente en indicadores físicos de salud hacia perspectivas multidimensionales que reconocen la interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales en la determinación del bienestar percibido. Esta evolución conceptual refleja un reconocimiento creciente en el campo de la salud de que el objetivo del cuidado médico debe trascender la mera prolongación de la supervivencia para enfocarse en mantener o mejorar la calidad de los años vividos. El paradigma contemporáneo enfatiza resultados centrados en el paciente.

La enfermedad renal crónica tiene efectos significativos en la calidad de vida, especialmente por ser de naturaleza discapacitante y progresiva, lo que conlleva consecuencias

multifuncionales asociadas al funcionamiento mental, físico, social y emocional (35). El deterioro gradual pero implacable de la función renal impone limitaciones crecientes en la capacidad del paciente para participar en actividades previamente valoradas, creando un proceso de duelo anticipatorio por pérdidas que aún no se han materializado completamente pero que se vislumbran en el horizonte. La naturaleza progresiva genera ansiedad sobre el futuro.

Lo que lleva a una comparación subjetiva entre las expectativas del paciente y la realidad para su tratamiento y adaptación a la enfermedad. Esta discrepancia entre el yo ideal y el yo real genera disonancia cognitiva que los pacientes deben procesar continuamente, ajustando sus expectativas para reducir el malestar psicológico o alternadamente trabajando para acercar su realidad actual a sus aspiraciones mediante esfuerzos adaptativos sostenidos. El proceso de ajuste de expectativas puede ser doloroso pero resulta necesario para la adaptación psicológica saludable.

Para lograr una mejor calidad de vida son diversos los factores que se encuentran inmersos, entre ellos, el malestar propio de los síntomas de la enfermedad, hábitos alimenticios, variación en el peso, insuficiente apoyo de la familia o social, el nivel educativo (36). El malestar sintomático asociado con la uremia incluye manifestaciones como fatiga profunda, prurito intratable, náuseas, pérdida de apetito y trastornos del sueño que afectan directamente la capacidad del paciente para funcionar en actividades cotidianas. Cada uno de estos síntomas impacta dominios específicos de la calidad de vida.

Entre otros directamente asociados con la propia enfermedad; clínicamente, estos son potencialmente modificables. Las intervenciones dirigidas a optimizar la dosis de diálisis, corregir la anemia mediante agentes estimulantes de la eritropoyesis, controlar el hiperparatiroidismo secundario y manejar el desequilibrio electrolítico pueden mejorar sustancialmente los síntomas urémicos y, consecuentemente, la calidad de vida percibida por

el paciente. La optimización de estos parámetros clínicos representa una vía concreta mediante la cual los profesionales de salud pueden impactar positivamente la experiencia subjetiva del paciente.

No hay que olvidar que la hemodiálisis es un tratamiento muy complicado, no sólo por los procedimientos sino también porque requiere el traslado frecuente para realizar el procedimiento, al menos dos o tres veces por semana (37). Este requisito de movilización recurrente impone cargas significativas especialmente para pacientes con limitaciones funcionales, aquellos que residen en áreas rurales con acceso limitado a centros de diálisis, o personas de recursos económicos escasos que deben costear transporte. Las barreras de acceso geográfico y económico al tratamiento contribuyen significativamente a disparidades en resultados.

Con lo cual no sólo se altera la rutina diaria de las actividades del paciente, sino un gran desgaste físico y emocional. El tiempo dedicado no solo incluye las horas en la máquina de diálisis sino también el desplazamiento hacia y desde el centro, el tiempo de espera antes del procedimiento, y el periodo de recuperación posterior durante el cual muchos pacientes experimentan fatiga extrema que puede extenderse varias horas, efectivamente consumiendo la mayor parte del día. Esta carga temporal masiva limita severamente la participación en empleo remunerado y actividades recreativas.

Además de ello, se pierde autonomía, se altera la vida íntima de la persona, la dinámica con la familia, la interacción social y una gran presión a nivel financiero. La pérdida de autonomía se manifiesta en la dependencia del paciente de tecnología médica para sobrevivir, una realidad existencial que puede generar ansiedad significativa. La necesidad de coordinar horarios alrededor de las sesiones de diálisis limita la espontaneidad y reduce la capacidad de participar en eventos sociales imprevistos o viajes, aislando progresivamente al paciente de su red social previa.

Todo ello hace que los pacientes se sientan abrumados, ansiosos e incluso depresivos, con lo cual se sigue complicando su calidad de vida. La prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos en población en diálisis excede significativamente la observada en población general, reflejando no solo la carga de la enfermedad física sino también las múltiples pérdidas psicosociales que acompañan la condición. Estos trastornos del ánimo, a su vez, pueden comprometer la adherencia al tratamiento, crear círculos viciosos de deterioro en funcionamiento y calidad de vida.

Esta percepción de la calidad de vida relacionada con su salud va a ser determinante en las decisiones de los pacientes para continuar su tratamiento y la adherencia a la hemodiálisis (38). Los pacientes que perciben que su calidad de vida es intolerable pueden considerar suspender el tratamiento dialítico, una decisión que invariablemente conduce a la muerte en días o semanas. Esta realidad subraya la importancia crítica de intervenciones dirigidas a optimizar la calidad de vida como estrategia no solo para mejorar bienestar sino también para sostener adherencia terapéutica que preserva la vida.

Aspectos relevantes si se considera que las personas que tienen enfermedad renal crónica tienden a mostrar una baja en su calidad de vida, a medida que disminuye su función renal. El declive progresivo en la tasa de filtración glomerular se correlaciona directamente con el aumento en la carga sintomática, las restricciones dietéticas más severas, mayor riesgo de complicaciones y eventualmente la necesidad de iniciar terapia de reemplazo renal. El inicio de diálisis representa un punto de inflexión crítico en la trayectoria de la enfermedad.

#### **2.2.2.2. Dimensiones de la variable calidad de vida**

##### **Dimensión 1: física**

Algunos aspectos relevantes radican en la alimentación que debe considerar proteínas y energías, para lo cual se necesita contar con asesoría nutricional personalizada, seguimiento,

educación sobre temas nutricionales por parte de los enfermeros, motivación y seguimiento (39). El manejo nutricional en pacientes en hemodiálisis representa un desafío complejo dado que deben equilibrar necesidades aparentemente contradictorias: mantener ingesta proteica adecuada para prevenir malnutrición mientras limitan productos finales del metabolismo proteico que se acumulan cuando la función renal está comprometida. Esta paradoja nutricional requiere planificación dietética meticulosa.

De forma que se asegure la continuidad. La adherencia a restricciones dietéticas estrictas a largo plazo resulta particularmente desafiante dado que implica abstenerse permanentemente de alimentos culturalmente significativos y socialmente ubicuos. Los pacientes deben desarrollar habilidades para leer etiquetas nutricionales, calcular contenidos de potasio y fósforo en preparaciones caseras, y resistir tentaciones constantes en contextos sociales donde la comida cumple roles ceremoniales importantes. La restricción de líquidos añade otra capa de dificultad.

La dimensión física de la calidad de vida también se relaciona íntimamente con la capacidad funcional del paciente para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. La fatiga crónica, la debilidad muscular progresiva secundaria a atrofia por desuso y alteraciones metabólicas, y las complicaciones musculoesqueléticas como la osteodistrofia renal pueden limitar severamente la movilidad y la independencia funcional, requiriendo adaptaciones en el hogar y potencialmente asistencia para actividades previamente rutinarias. El declive funcional impacta profundamente la autoestima y autonomía.

El mantenimiento de la actividad física adaptada emerge como intervención crucial para preservar capacidad funcional, densidad ósea, fuerza muscular y bienestar cardiovascular en pacientes dializados. Programas de ejercicio intradialítico, realizados durante las sesiones de diálisis, han demostrado beneficios significativos en términos de capacidad aeróbica, fuerza muscular y calidad de vida sin incrementar riesgos, aunque su implementación requiere

recursos adicionales y compromiso tanto del paciente como del centro de diálisis. Los beneficios cardiovasculares del ejercicio regular son sustanciales.

El control del dolor constituye otro aspecto fundamental de la dimensión física de la calidad de vida, particularmente considerando que muchos pacientes experimentan dolor crónico relacionado con neuropatía urémica, calambres musculares durante la diálisis, dolor óseo secundario a hiperparatiroidismo, o dolor en el sitio del acceso vascular. El manejo efectivo del dolor en esta población requiere consideración cuidadosa de las limitaciones en el uso de analgésicos comunes dado el metabolismo alterado y riesgo de acumulación tóxica de metabolitos.

## **Dimensión 2: psicológica**

La hemodiálisis es un tratamiento que puede generar emociones diversas en los pacientes; la mayor parte de ellos son negativos y perjudiciales para la salud mental de los pacientes, ya que derivan en problemas psicológicos (40). La incertidumbre inherente a vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal genera ansiedad anticipatoria sobre el futuro, preocupaciones sobre la posibilidad de complicaciones agudas y temor a la muerte. Los pacientes pueden experimentar rumiación persistente sobre peores escenarios posibles que interfiere con funcionamiento diario.

Lo que lleva a una peor calidad de vida, riesgo de hospitalización e incluso de fallecimiento; por ello es necesario, asumir diversas estrategias de afrontamiento positivas y el apoyo de la familia. La depresión clínica afecta aproximadamente a un tercio de los pacientes en hemodiálisis, manifestándose en síntomas como anhedonia, desesperanza, trastornos del sueño, cambios en el apetito y pensamientos suicidas que requieren evaluación y tratamiento especializado. El screening sistemático de depresión debería implementarse rutinariamente.

La dimensión psicológica de la calidad de vida también abarca aspectos relacionados con la autoestima y el autoconcepto, frecuentemente afectados negativamente por cambios en la apariencia física secundarios a la enfermedad y su tratamiento. La presencia visible de catéteres o fistulas, cambios en el color de la piel, pérdida de cabello, alteraciones del peso corporal y otros cambios físicos pueden impactar la imagen corporal y la autoestima, particularmente en pacientes más jóvenes para quienes la apariencia física tiene mayor relevancia psicológica.

El sentido de coherencia y la capacidad de encontrar significado en la experiencia de la enfermedad representan factores protectores importantes para la salud mental de los pacientes. Aquellos que logran integrar la experiencia de la enfermedad en una narrativa personal coherente, identificando aspectos de crecimiento personal o encontrando propósito en su sufrimiento, tienden a reportar mejor ajuste psicológico y calidad de vida a pesar de la severidad objetiva de su condición. Las intervenciones existenciales pueden facilitar este proceso de construcción de significado.

Las intervenciones psicológicas específicamente diseñadas para población renal, incluyendo terapia cognitivo-conductual adaptada, intervenciones basadas en mindfulness y grupos psicoeducativos, han demostrado eficacia en reducir síntomas depresivos y ansiosos, mejorar adherencia al tratamiento y optimizar calidad de vida. Sin embargo, el acceso a servicios de salud mental especializados frecuentemente es limitado en centros de diálisis, representando una brecha significativa en la atención integral que debería cerrarse mediante integración de profesionales de salud mental.

### **Dimensión 3: social**

El aspecto social es un aspecto muy complicado para pacientes con enfermedad renal crónica, ya que el régimen de la hemodiálisis demanda mucho tiempo, la fatiga, las complicaciones del catéter o del acceso vascular y los cambios que se suscitan en la forma de vida pueden disminuir

la interacción social (41). El aislamiento social progresivo que muchos pacientes experimentan contribuye significativamente al deterioro de la calidad de vida y puede exacerbar síntomas depresivos, creando círculos viciosos donde el aislamiento perpetúa deterioro psicológico.

Con los grupos en los que se interrelacionaba. La reducción en la participación en actividades comunitarias, religiosas, recreativas o políticas que previamente proporcionaban sentido de pertenencia e identidad puede resultar en sentimientos de alienación y marginalización. Los pacientes frecuentemente reportan sentirse incomprendidos por personas fuera del círculo de otros pacientes renales, creando barreras para mantener amistades preexistentes y dificultando el desarrollo de nuevas relaciones significativas fuera del contexto médico.

Las relaciones familiares experimentan transformaciones significativas cuando un miembro desarrolla enfermedad renal crónica requiriendo hemodiálisis. Los roles familiares tradicionales pueden invertirse cuando el paciente previamente proveedor económico debe depender de otros miembros, generando tensiones relacionadas con poder, dependencia y contribución al bienestar familiar. La comunicación abierta sobre estas dinámicas cambiantes y la renegociación explícita de roles y responsabilidades puede facilitar adaptación familiar más saludable que preserve la cohesión y funcionalidad del sistema familiar.

La dimensión laboral constituye otro aspecto crucial de la calidad de vida social, dado que muchos pacientes en edad laboral deben reducir horas de trabajo, cambiar a empleos menos demandantes o retirarse prematuramente debido a limitaciones físicas y restricciones de tiempo impuestas por la diálisis. La pérdida de rol laboral afecta no solo la estabilidad económica sino también el sentido de identidad, propósito y autoestima, especialmente en culturas donde el trabajo constituye fuente primaria de valor personal.

El desarrollo de redes de apoyo específicas para pacientes renales, ya sea mediante grupos presenciales en centros de diálisis o comunidades virtuales, puede proporcionar validación

emocional, intercambio de información práctica y sentido de normalización que contrarresta el aislamiento. Estas conexiones con pares que comparten experiencias similares frecuentemente son valoradas como particularmente significativas dado el nivel de comprensión mutua que facilitan sin necesidad de explicaciones extensas sobre los desafíos particulares de vivir con enfermedad renal crónica.

#### **Dimensión 4: ambiente**

Se encuentra ligado al entorno en el cual se realiza la hemodiálisis, las medidas de seguridad que se asumen, incluso durante la fase de traslado del paciente para su sesión (41). El ambiente físico del centro de diálisis influye significativamente en la experiencia del paciente durante las horas que debe permanecer conectado a la máquina. Factores como la iluminación adecuada, temperatura confortable, nivel de ruido controlado, privacidad apropiada y comodidad de las sillas de diálisis impactan directamente el bienestar durante las sesiones.

Los enfermeros deben cumplir con todos los protocolos que corresponden para evitar que cualquier microorganismo o patógeno pueda perjudicar al paciente. Las prácticas rigurosas de control de infecciones son imperativas considerando la vulnerabilidad inmunológica de los pacientes y el riesgo elevado de bacteriemia asociada al acceso vascular. El cumplimiento estricto de protocolos de asepsia durante la conexión y desconexión, así como la vigilancia continua del sitio del acceso, previenen complicaciones infecciosas que pueden ser fatales.

La dimensión ambiental también abarca aspectos relacionados con la accesibilidad geográfica del centro de diálisis, particularmente relevante para pacientes que residen en áreas rurales o comunidades con infraestructura de transporte limitada. Las distancias extensas que algunos pacientes deben recorrer tres veces por semana representan cargas físicas, temporales y económicas sustanciales que impactan negativamente la calidad de vida y pueden comprometer la adherencia al tratamiento cuando las barreras de acceso se vuelven insuperables.

La calidad de las interacciones con el personal de salud constituye otro componente ambiental crítico de la experiencia de diálisis. Los pacientes que perciben que los enfermeros y médicos son competentes técnicamente, empáticos, respetuosos y comunicativos reportan mayor satisfacción con el tratamiento y mejor calidad de vida. La continuidad en el personal asignado facilita el desarrollo de relaciones terapéuticas significativas basadas en confianza mutua y conocimiento profundo de las necesidades individuales.

Las políticas institucionales que promueven la participación del paciente en decisiones relacionadas con su cuidado, que respetan preferencias individuales dentro de parámetros clínicamente seguros, y que facilitan flexibilidad razonable en horarios de tratamiento contribuyen a crear un ambiente terapéutico que honra la autonomía del paciente y reconoce su humanidad más allá de su condición de enfermo renal. El enfoque centrado en la persona debe permear todos los aspectos.

### **2.2.2.3. Teoría de la variable calidad de vida**

Se tomará como sustento el modelo teórico metaparadigmático del autocuidado de Dorothea Orem, quien considera tres teorías interrelacionadas el autocuidado, el déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería (42). Esta estructura conceptual proporciona un marco comprensivo para entender las necesidades de autocuidado de los pacientes en hemodiálisis y las formas en que el personal de enfermería puede facilitar el desarrollo de capacidades de autocuidado. El modelo reconoce que todos los seres humanos tienen necesidades de autocuidado.

En los cuales se conjuga la labor enfermera para ayudar a la persona a cuidar de sí mismo y afrontar las consecuencias de la enfermedad para mejorar su condición y tener una mejor calidad de vida. La teoría del autocuidado de Orem define este concepto como las acciones deliberadas que las personas realizan en su propio beneficio para mantener la vida, la salud y

el bienestar. Estas acciones son aprendidas y se realizan consciente e intencionalmente en respuesta a necesidades percibidas.

Desde esta perspectiva, el rol de enfermería es muy importante para orientar a los pacientes y ayudarlos a asumir el tratamiento y las consecuencias que se derivan del proceso, guiándolos sobre las estrategias más idóneas para ir superando los desafíos que se presentan. Orem identifica tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, compartidos por todos los seres humanos; de desarrollo, relacionados con etapas específicas del ciclo vital; y de desviación de la salud, específicos para personas con condiciones médicas.

La teoría del déficit de autocuidado explica cuándo y por qué las personas requieren asistencia de enfermería, postulando que surge una necesidad de intervención profesional cuando las demandas de autocuidado terapéutico exceden la capacidad de agencia de autocuidado del individuo. En el contexto de pacientes en hemodiálisis, este déficit puede manifestarse en múltiples dimensiones debido a la complejidad técnica del manejo de la enfermedad, las restricciones impuestas y el impacto psicológico.

La teoría de los sistemas de enfermería describe cómo los profesionales de enfermería pueden compensar o superar el déficit de autocuidado mediante tres tipos de sistemas: totalmente compensatorio, cuando el paciente es completamente dependiente; parcialmente compensatorio, cuando existe capacidad limitada de autocuidado; y de apoyo-educación, cuando el paciente puede y debe aprender a realizar autocuidado con orientación profesional. En hemodiálisis, la mayoría de intervenciones corresponden al sistema parcialmente compensatorio o de apoyo-educación.

La aplicación del modelo de Orem en el contexto de calidad de vida de pacientes en hemodiálisis enfatiza el empoderamiento del paciente para desarrollar capacidades de autocuidado que optimicen su bienestar físico, psicológico y social dentro de las limitaciones

impuestas por la enfermedad. Este enfoque reconoce al paciente como agente activo de su propio cuidado, capaz de tomar decisiones informadas y asumir responsabilidad apropiada por aspectos modificables de su condición.

El modelo también subraya la importancia de evaluar sistemáticamente los factores condicionantes básicos que influyen en la capacidad de autocuidado del paciente, incluyendo edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de atención de salud, factores familiares, patrones de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de recursos. Esta evaluación holística informa el diseño de intervenciones individualizadas que consideran las circunstancias únicas de cada paciente.

## **2.3. Formulación De Hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

**Hi:** Existe relación estadísticamente significativa entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025.

**H0:** No Existe relación estadísticamente significativa entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

**H1:** Existe relación estadísticamente significativa entre estrategias de afrontamiento en su dimensión afrontamiento activo y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

**H2:** Existe relación estadísticamente significativa entre estrategias de afrontamiento en su dimensión afrontamiento pasivo y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Método de investigación

Se empleará el método hipotético deductivo, porque se tomará como base los sustentos teóricos existentes acerca de las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, para contextualizarlas al entorno de pacientes nefrológicos, específicamente con pacientes en terapia sustitutiva renal de hemodiálisis (43).

#### 3.2. Enfoque de la Investigación

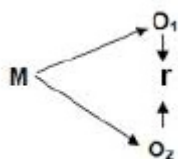
Se seguirá los lineamientos definidos para estudios cuantitativos, de manera que se incluyan análisis estadísticos que permitan cuantificar, medir y contrastar las variables, a fin de darles el marco necesario para su posterior generalización (44).

#### 3.3. Tipo de Investigación

Será un estudio aplicado, dado que los hallazgos serán insumo sustancial para realizar propuesta de soluciones al fenómeno de investigación, permitiendo que los pacientes en hemodiálisis tengan una mejor oportunidad para asumir estrategias de afrontamiento adecuadas a su realidad y optimizar su calidad de vida (45).

#### 3.4. Diseño de la investigación

Será no experimental, considerando que no habrá cambios en la naturaleza del estudio y de corte transeccional, dado que toda la información será recogida en un único momento. El nivel será descriptivo porque se estudiarán niveles y frecuencias y correlacional porque habrá contrastación de hipótesis, de manera que se identifique las probables relaciones (46).



M: pacientes en terapia de hemodiálisis

O1: Calidad de Vida

O2: Estrategia de afrontamiento

R: posibles relaciones

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **Población**

Serán 80 pacientes que se atienden en un servicio de nefrología de un hospital de Huancayo.

#### **Criterio de inclusión**

Que tengan más de 18 años de edad.

Que quieran ser partícipes y firmen el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

Pacientes que no estén en condiciones físicas, emocionales y psicológicas para aplicar los instrumentos.

Pacientes que ya no asistan a sus terapias de hemodiálisis.

### 3.6. Variable y operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION DE VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ESCALA VALORATIVA
Estrategias de afrontamiento	Esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales que se asumen para gestionar demandas internas o externas que se consideran exigentes para la persona o que exceden sus recursos (24).	Esfuerzos que asumen los pacientes que están en terapia de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, valorando las dimensiones: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo, las cuales se evaluarán con un cuestionario compuesto por 28 ítems.	Afrontamiento activo	Estado emocional Reformulación positiva Aceptación Planificación	Ordinal	Bajo = 28-57 Promedio = 58-89 Alto = 88-112
			Afrontamiento pasivo	Negación Autoculpa Utilización de sustancias Religión Autogestión		
Calidad de vida	Percepción que una persona tiene respecto a su posición en la vida, sus expectativas, objetivos, estándares y preocupaciones (34).	Percepción que tienen los pacientes sometidos a hemodiálisis, considerando las dimensiones física, psicológica y social, las que se evaluarán con un cuestionario integrado por 26 preguntas.	Salud física	Manifestaciones de dolor Funcionalidad Movilización Fatiga Dependencia	Ordinal	Bajo= 26-62 Promedio=63-101 Alto=102-130
			Salud psicológica	Situación emocional Autoestima Espiritualidad		
			Relaciones sociales	Sexualidad Interacción social		
			Ambiente	Seguridad Ámbito Transporte Servicios de salud		

### 3.7. Técnica e instrumento de recolección de datos

#### 3.7.1. Técnica

Se empleará la encuesta, técnica que consiste en recoger información mediante una serie de interrogantes o reactivos, plasmados en un instrumento que, para esta investigación, será el cuestionario, tal como se detalla en el siguiente apartado (47).

#### 3.7.2. Descripción de los instrumentos

El instrumento 1 será el Inventario de Estrategia del Afrontamiento, Brief COPE-28, adaptado por Seminario en 2021 (21). Este cuestionario consta de dos dimensiones: (1)

afrontamiento activo con 14 ítem y (2) afrontamiento pasivo con 14 ítem. La valoración será: Bajo (28-57); Promedio (58-89); Alto (88-112).

El otro instrumento para medir la variable calidad de vida en pacientes que reciben hemodiálisis se hará uso del cuestionario WHOQOL-BREF, en su versión breve y adaptado por Seminario (21). Tiene 4 dimensiones: salud física (8 ítems); salud psicológica (7 ítems); relaciones sociales (3 ítems) y ambiente (8 ítems). La escala valorativa: Bajo (26-62); Promedio (63 – 101); Alto (102 130).

### **3.7.3. Validación**

El instrumento 1 realizado por Seminario (21) pasó por la revisión de jueces expertos alcanzando un puntaje positivo de 94% (21).

El instrumento 2 realizado por Seminario (21) pasó por jueces expertos, quienes brindaron opinión positiva, alcanzado un 95% (21).

### **3.7.4. Confiabilidad**

Para el caso del instrumento 1, el Alfa de Cronbach fue de 0,90. En cuanto al instrumento 2, se consiguió un 0,92 en el Alfa de Cronbach (21).

## **3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Se emplearán los datos en una matriz en Excel, de forma que se puedan organizar los códigos correspondientes para su posterior traslado al SPSS vs. 27, de manera que se realicen las estadísticas descriptivas, orientadas a establecer niveles y frecuencias; así como las estadísticas inferenciales que implican la contratación de hipótesis. No se puede dejar de mencionar la prueba de normalidad que se efectuará para definir la prueba de hipótesis y que

para este caso será la de Kolmogorov Smirnov, dado que se cuenta con una muestra mayor a 50 individuos.

### **3.9. Aspectos éticos**

#### **Principio de autonomía**

Se basará en el respeto a la decisión de los pacientes invitados a aceptar participar o rechazar su incorporación al estudio.

#### **Principio de beneficencia**

Se beneficiará a los pacientes que reciben terapia sustitutiva renal de hemodiálisis, ya que la información les permitirá asumir mejores estrategias para afrontar la nueva forma de vida que deben asumir, evitando situaciones que compliquen su salud mental, psicológica y física.

#### **Principio de no maleficencia**

No existirá ningún riesgo para la salud o bienestar de los participantes; lo que se busca más bien es su beneficio.

#### **Principio de justicia**

Se brindará durante todo el proceso el trato homogéneo para todos los participantes.

## 4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

### 4.1. Cronograma de actividades

Acciones	2025																			
	M1				M2				M3				M4				M5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Precisión de la idea de estudio	■	■	■	■																
2. Elaboración de la introducción			■	■	■															
3. Pesquisa y redacción de antecedentes						■	■													
4. Redacción de la metodología								■	■											
5. Elaboración de los instrumentos									■											
6. Redacción de aspectos administrativos.									■											
7. Recolección de datos										■	■	■	■							
8. Procesamiento de los datos														■	■	■				
7. Presentación del Informe																■	■	■		
8. Sustentación																		■		

Leyenda:



Actividades realizadas



Actividades por realizar

#### 4.2. Presupuesto

<b>TIPOS</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PRECIO TOTAL</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
Asesoría estadística	1200.00	1	1200.00
<b>RECURSOS MATERIALES Y EQUIPOS (BIENES)</b>			
Laptop	2700.00	1	2700.00
Impresora	600.00	1	600.00
<b>SERVICIOS</b>			
Copias	0.10	500	50.00
Espiralado	10.00	3	30.00
<b>GASTOS ADMINISTRATIVOS Y/O IMPREVISTOS</b>			
Transporte	20.00	10	200.00
Refrigerios	12.00	10	120.00
Otros	100.00	1	100.00
<b>TOTAL</b>			5000.00

#### FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACION

Sera autofinanciando

## 5. REFERENCIAS

1. Zhang Y, Winter A, Alejo B, Carioni P, Arkossy O, Anger M et al. Real-world effectiveness of hemodialysis modalities: a retrospective cohort study. *BMC Nephrology*. [Internet] 2025; 26(9). Disponible en: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-024-03934-y>
2. Zhang J, Zhuang P, Xu X, Zou Z, Qing W. Effects of health education based on self-determination theory on hemodialysis knowledge and self-management in maintenance hemodialysis patients. *Sci Rep*. [Internet] 2025; 15(15982). Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-01152-6>
3. Sulkowski L, Matyja A, Matyja M. Social Support and Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Comparative Study with Healthy Controls. *Med*. [Internet] 2024; 60 (11): 1732. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina60111732>
4. Fuentes N, Díaz J. Significado de la hemodiálisis para la persona con enfermedad renal crónica. *Enferm Nefrol*. [Internet] 2023; 26(1):41-47. Disponible en: <https://doi.org/10.37551/S2254-28842023005>
5. Nikpey S, Ghafourifard M, Ghahramanian A. The association of compassionate care and coping with disease among patients undergoing hemodialysis. *Renal Rep Ther*. [Internet] 2023; 9(43). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41100-023-00499-8>
6. Arief B, Umriana F, Rosydi I. Relationship Between Coping Mechanisms and Quality of Life of Patients with Chronic Kidney Failure Undergoing Hemodialysis in a Hospital in the Rural Area. *Malas J Med Health Scienc*. [Internet]. 2022;18(SUPP2): 83-87. Disponible en: [https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/2022012610084017\\_1164.pdf](https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/2022012610084017_1164.pdf)
7. Obrador G, Álvarez G, Bellorín E, Bonanno C, Clavero R, Correa R. Documento de consenso sobre nuevas terapias para retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica con énfasis en los Isglt-2: implicaciones para Latinoamérica. *Nef Lat*. [Internet] 2024;

- 21(Supl.): 1 – 18. Disponible en:  
[https://www.nefrologialatinoamericana.com/portadas/nefro\\_24\\_21\\_supl-2.pdf](https://www.nefrologialatinoamericana.com/portadas/nefro_24_21_supl-2.pdf)
8. Alves M, Lopes E, Saraiva M, De la Costa M, Ferreira D, Silva V et al. Cuidados de enfermagem para pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: uma revisão integrative. *Rev Cont Cienc Soc.* [Internet] 2024; 17(5):1-17. Disponible en: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.5-170>
  9. Terán J, Romero E. Estilos de afrontamiento en pacientes del área de hemodiálisis del Hospital General Marco Vinicio Iza. *Pol. Con.* [Internet] 2022; 7(5):496 – 509. Disponible en: [10.23857/pc.v7i5.3975](https://doi.org/10.23857/pc.v7i5.3975)
  10. Barrios Z, Del Toro M, Fernández S, Manrique Y. Evaluación de la calidad de vida en tratamiento crónico con hemodiálisis en Colombia. *Enferm Nefrol.* [Internet]. 2022;25(1):66-73. Disponible en: <https://doi.org/10.37551/S2254-28842022008>
  11. Essalud. Prevalancia de enfermedad renal crónica según estadios diagnosticada y no diagnosticada en pacientes ambulatorios de EsSalud, 2019-2023: una estimación basada en registros clínicos electrónicos. [Internet] Lima, 2024 [Consultado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: [https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2024/10/RRI-08-2024-enfer\\_renal.pdf](https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2024/10/RRI-08-2024-enfer_renal.pdf)
  12. Centro Nacional de Salud Renal de EsSalud. Informe del Registro Nacional de Diálisis de EsSalud. Rendes-2022. [Internet] Lima, 2024 [Consultado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: [https://www.essalud.gob.pe/doc-gob/informe\\_del\\_registro\\_nacional\\_de\\_dialisis\\_de\\_essalud\\_Rendes\\_2022.pdf](https://www.essalud.gob.pe/doc-gob/informe_del_registro_nacional_de_dialisis_de_essalud_Rendes_2022.pdf)
  13. Colqui G, Garcilazo J, Maximiliano K, Ruiz M. Factores asociados a la deserción de hemodiálisis en Perú. *Rev Eugenio Espejo.* [Internet] 2024; 18(3):44-59. Disponible en: <https://doi.org/10.37135/ee.04.21.04>

14. Bonilla P, Pérez J, Espinoza D, Lucchetti G, De Diego R. Association between religious/spiritual coping and quality of life among hemodialysis patients in Ecuador. *Front. Public Mental Health*. [Internet] 2025; 13. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1510329>
15. Arief B, Fatma I, Rosydi I. Relationship Between Coping Mechanisms and Quality of Life of Patients with Chronic Kidney Failure Undergoing Hemodialysis in a Hospital in the Rural Area. *Mal J Med Health Sci*. [Internet]. 2022; 18(SUPP2): 83-87. Disponible en: [https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/2022012610084017\\_1164.pdf](https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/2022012610084017_1164.pdf)
16. Pasha E, Halim M. Personality, Coping Strategy, and Quality of Life of Patients with Chronic Kidney Disease. *Ind. J Psychol*. [Internet]. 2021; 48(3). Disponible en: <https://doi.org/10.22146/jpsi.37875>
17. Erbay E, Arslan K, Hatipoglu E, Yildirim T. The Quality of Life, Depression Levels and Coping Styles of Patients on Kidney Transplant Waiting List. *Soc Work Pub Health*. [Internet]. 2021; 36(4): 432-447. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1903645>
18. Lim K, Hee J. Factors Affecting Quality of Life in Patients Receiving Hemodialysis. *Iranian J Public Health*. [Internet]. 2022; 51(2):353-363. Disponible en: <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i2.8688>
19. Machado A, Machaca N. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en el Hospital Honorio Delgado Arequipa 2024. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chinchipe: Universidad Autónoma de Ica, 2024. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/3002>
20. Tineo O. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes hemodializados en la Clínica Centro del Riñón del Norte, Chiclayo – 2023. [Tesis para optar el Título de

Segunda Especialidad en Nefrología] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, 2023.

Disponible en:

[https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/11365/REP\\_FLOR.TINEO\\_CALIDAD.DE.VIDA.Y.ESTRATEGIAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/11365/REP_FLOR.TINEO_CALIDAD.DE.VIDA.Y.ESTRATEGIAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

21. Seminario K. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de una clínica particular del distrito de Ate, periodo 2020. [Tesis de titulación]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2020. Disponible en: <https://repositorio.uigy.edu.pe/item/0edbe4c1-5d2b-4743-b900-f1f9739415a5>
22. Nuñez R. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Militar Central, 2023. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, 2024. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/6a810c47-a388-4a54-bc25-a1814de1fbf6/content>
23. Sanchez J, Otiniano M. Estrategia de adaptación para mejor los estilos de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en la Clínica Nefrolife Chiclayo 2020. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán, 2022. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10214>
24. Novick T, Custer J, Zonderman A, Evans M, Hladek M, Kuczarski M et al. Coping Behaviors and Incident Kidney Disease. *Kidn.* [Internet] 2023; 4(8):1072-1079. Disponible en: <https://doi.org/10.34067/KID.0000000000000179>
25. Elias M, Van Damme W, Ku G, Kadammanavar M, Wouters E. Lived experiences of people with chronic kidney disease on maintenance dialysis: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Nephrology.* [Internet] 2025; 26(22). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12882-025-03952-4>

26. Jiang S, Zhou Y, Zhang N, Zhang S, Xie Y, Qiu Q. Prevalence and risk factors of pre-frailty and frailty in hemodialysis patients in central China. *Scient Reports*. [Internet] 2024; 14(30660). Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-79855-5>
27. Cruz K, Lucas C. Estratégias de enfrentamento da pessoa com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Health Resid J*. [Internet] 2022;3(15): 50–69. Disponible en: <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.412>
28. Fuertes J, Friedman O, Moore M, Rubinstein S. CKD Patients' Emotional Well-Being: An Examination of Their Psychological Stressors and Support Factors *Kidney Dial*. [Internet] 2025;5(2):26. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/kidneydial5020026>
29. Joseph A. Understanding Coping Strategies and Quality of Life in Young Adults with Chronic Kidney Disease. *Int J Ind Psychol*. [Internet] 2024; 12(4):319-334. Disponible en: [10.25215/1204.032](https://doi.org/10.25215/1204.032)
30. Choco K, Lozano J, Mayorga N, Bermeo P. Impacto de los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad renal crónica. Un enfoque multidisciplinario entre nefrología y psiquiatría. *Recim*. [Internet]. 2024; (1):577-588. Disponible en: [10.26820/recimundo/8](https://doi.org/10.26820/recimundo/8).
31. Cameranesi M, Mollard R, Harasemiw O, Curtis S, Iman Y, Buenafe J et al. Lived Experiences of Older Adults with Advanced CKD and Their Caregivers. *Kidn*. [Internet]. 2025;6(5):754-762. Disponible en: <https://doi.org/10.34067/KID.0000000723>
32. Ramathuba D, Rafundisani T, Sonto M. Assessing the Effects of Cancer Diagnosis and Coping Strategies on Patients in Vhembe District Hospitals, Limpopo Province. *Nurs. Rep*. [Internet] 2025;15(7):222. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nursrep15070222>
33. Chávez S, Pérez A, Salvatierra L. Calidad de vida en paciente con hemodiálisis en la teoría de Callista Roy. *Pol. Con*. [Internet]. 2023; 8(3):2698-2710. Disponible en: [10.23857/pc.v8i3](https://doi.org/10.23857/pc.v8i3)

34. Dim E, Dim E, Atare F, Akpan G, Ahalu d, Oforjigha C. Coping Strategies and Psychosocial Well-Being in Subjects with Musculoskeletal Impairment: A Review Article. *Clin Search*. [Internet]. 2023; 2(6). Disponible en: [10.31579/2834-5134/038](https://doi.org/10.31579/2834-5134/038)
35. Samaranayaka A. Health-related quality of life and its predictors among chronic kidney disease patients: A hospital-based cross-sectional study. *PLoS One*. [Internet]. 2025;20(2):e0319100. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319100>
36. Fraser S, Phillips T. Quality of life in people with chronic kidney disease: focusing on modifiable risk factors. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. [Internet]. 2024;33(6):573-582. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/mnh.0000000000001013>
37. Elsherbiny M, Almuhanha S, Alathel R, Alzahrani Y, Alshathri F, Hussamuldin A et al. Quality of Life and Complications Among Hemodialysis Patients. *Cureus*. [Internet]. 2024;16(10):e71086. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.71086>
38. Kandasamy G, Subramani T, Almanasef M, Orayj K, Eman S, Alshhrani A et al. Determinants of Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. [Internet]. 2025; 13(10):1167. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare13101167>
39. Ekbote A, Ghosh S, Sharma V, Sankara S, Shah K, Rajesh V et al. Nutrition Profile and Quality of Life of Adult Chronic Kidney Disease Patients on Maintenance Hemodialysis in India: An Exploratory Study. *Indian J Nephrol*. [Internet]. 2024;34(5):493-500. Disponible en: [https://doi.org/10.25259/ijn\\_562\\_23](https://doi.org/10.25259/ijn_562_23)
40. Sulkowski L, Matyja A, Matyja M. Social Support and Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Comparative Study with Healthy Controls. *Med*. [Internet]. 2024; 60(11): 1732. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina60111732>

41. Sluiter A, Van Zwieten A, Shen J, Manera K. Measuring Social Functioning in Chronic Kidney Disease. *Semin Nephrol.* [Internet]. 2024;44(3-4):151547. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2024.151547>
42. Tanaka M. Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nurs Forum.* [Internet]. 2022;57(3):480-485. <https://doi.org/10.1111/nuf.126960>
43. Hernández R, Mendoza C. *Metodología de la Investigación.* 1ra. ed. México: McGraw Hill. 2018. 753 p.
44. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. *Metodología de la investigación. Cuantitativa – Cualitativa y Redacción de la Tesis.* 5ta. ed. Lima: Ediciones de la U, 2018. 560 p.
45. Arispe C, Yangali J, Guerrero M, Rivera O, Acuña L, Arellano C. *La investigación científica. Una aproximación para los estudios de posgrado.* 1ra. ed. Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador; 2020. 131 p.
46. Sánchez H, Reyes C, Mejía K. *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística.* Lima: Universidad Ricardo Palma, 2018. 146 p.
47. Cabezas E., Andrade D., Torres J. *Introducción a la metodología de la investigación científica.* Ecuador: ESPE; 2018. 138 p.

## **Anexos**

### Anexo 1. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes que reciben hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento en su dimensión afrontamiento activo y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025?</p> <p>¿Cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento en su dimensión afrontamiento pasivo y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes que reciben hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Establecer cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento en su dimensión afrontamiento activo y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025.</p> <p>Establecer cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento en su dimensión afrontamiento pasivo y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p><b>Hi:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes que reciben hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación estadísticamente entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes que reciben hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p><b>Hi1:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre estrategias de afrontamiento en su dimensión afrontamiento activo y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025.</p> <p><b>Hi2:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre estrategias de afrontamiento en su dimensión afrontamiento pasivo y calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025.</p>	<p><b>Variable 1: estrategias de afrontamiento</b></p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <p>Afrontamiento activo</p> <p>Afrontamiento pasivo</p> <p><b>Variable 2: calidad de vida</b></p> <p><b>Dimensiones</b></p> <p>Salud física</p> <p>Salud psicológica</p> <p>Relaciones sociales</p> <p>Ambiente</p>	<p><b>Enfoque de Investigación:</b></p> <p>Cuantitativo</p> <p><b>Método y diseño de investigación:</b></p> <p><b>Método:</b> hipotético deductivo</p> <p><b>Tipo:</b> aplicada</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental - transversal</p> <p><b>Nivel:</b> descriptivo - correlacional</p> <p><b>Población/muestra:</b></p> <p>80 pacientes que reciben hemodiálisis en un hospital de Huancayo.</p>

## Anexo 2. Instrumentos

### Cuestionario 1 INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DEL AFRONTAMIENTO

*(Adaptación del Brief COPE-28)*

**Instrucciones:** Estimado participante, a continuación, le presentamos una serie de enunciados que permitirá conocer el modo de afrontamiento que usted tiene frente a la enfermedad que padece. Las formas de enfrentarse a su situación problemática que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Así que se le pide total sinceridad al momento de marcar su respuesta y se le pide tener en cuenta la siguiente escala.

Ítems		1	2	3	4
1	Me ocupo en hacer algo para no estar pensando todo el tiempo en mi enfermedad				
2	Concentro mis esfuerzos en hacer algo que me haga sentir mejor sobre mi actual situación.				
3	Me cuesta aceptar el diagnóstico médico sobre mi salud				
4	En algún momento he optado por consumir bebidas alcohólicas para olvidar mi padecimiento				
5	Busco el cariño de las personas de mi entorno para sentirme mejor				
6	En ocasiones me siento abatido(a) y sin esperanzas de recuperación, por la enfermedad que padezco				
7	Hago lo posible por estar bien y cumplir fielmente mi tratamiento				
8	Me niego a creer lo que me está pasando				
9	Expreso mis sentimientos (dolor, tristeza, rabia, etc.) que me genera esta enfermedad				
10	Busco consejos de otras personas que me ayuden a sentirme mejor				
11	Tomo medicamentos (tranquilizantes) y hierbas que me ayuden a sentirme mejor frente a la enfermedad renal.				
12	Trato de ser optimista pensando que sucederá algún cambio positivo en mi organismo frente a la enfermedad				
13	Me culpo a mí mismo(a) por no haber tenido un mayor cuidado sobre mi salud y haber prevenido esta enfermedad				
14	Pienso sobre las cosas que vendrán a causa de mi enfermedad, para estar preparado				
15	Busco la comprensión de las personas de mi entorno para hacer más llevadero mi existencia				
16	Admito que no puedo con mi dolencia y dejo de luchar para recuperarme				
17	Pienso que existen otras personas que padecen la misma enfermedad y se encuentran peor que yo, lográndome sentir mejor frente a mi situación				
18	Hago bromas sobre lo que me pasa				
19	Me distraigo viendo programas televisivos para no pensar en mi salud				
20	Acepto como una prueba de Dios, lo que me está tocando vivir				
21	Tengo a alguien a quien confiarle lo que siento				
22	Trato de encontrar consuelo en mis creencias religiosas				

23	Busco orientación u información del personal de salud acerca de mi enfermedad y poder solicitar apoyo				
----	---	--	--	--	--

24	Aprendo a vivir con los malestares propios de mi enfermedad				
25	Pienso constantemente en los pasos a seguir para poder recuperarme				
26	Considero que lo que padezco es culpa mía por haber sobre esforzado mis riñones				
27	Rezo, oro y medito para encontrar la paz				
28	Tomo mi difícil situación con sentido del humor frente al resto				

¡Gracias por su participación!

## Cuestionario 2

### 6. CUESTIONARIO WHOQOL-BREF (VERSIÓN CORTA)

**Instrucciones:** Estimado participante, el presente cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas relacionadas. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/ade qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada o parecida a su realidad. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

		Muy mala	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer

ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Modera do	Bastan te	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5

13	¿Cuán disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extrema mente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

		Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos?	1	2	3	4	5

¡Gracias por su participación!

Anexo 3: Validez del instrumento

FICHA DEL INSTRUMENTO

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
<b>AFRONTAMIENTO ACTIVO</b>								
1	Concentro mis esfuerzos en hacer algo que me haga sentir mejor sobre mi actual situación.	✓		✓		✓		
2	Busco el cariño de las personas de mi entorno para sentirme mejor.	✓		✓		✓		
3	Hago lo posible por estar bien y cumplir fielmente mi tratamiento.	✓		✓		✓		
4	Busco consejos de otras personas que me ayuden a sentirme mejor.	✓		✓		✓		
5	Trelo de ser optimista pensando que sucederá algún cambio positivo en mi organismo frente a la enfermedad.	✓		✓		✓		
6	Pienso sobre las cosas que vendrán a causa de mi enfermedad, para estar preparado.	✓		✓		✓		
7	Busco la comprensión de las personas de mi entorno para hacer más llevadero mi existencia.	✓		✓		✓		
8	Pienso que existen otras personas que padecen la misma enfermedad y se encuentran peor que yo, lográndome sentir mejor frente a mi situación.	✓		✓		✓		
9	Hago bromas sobre lo que me pasa.	✓		✓		✓		
10	Acepto como una prueba de Dios, lo que me está tocando vivir.	✓		✓		✓		
11	Busco orientación u información del personal de salud acerca de mi enfermedad y poder solicitar apoyo.	✓		✓		✓		
12	Aprendo a vivir con los miedos propios de mi enfermedad.	✓		✓		✓		
13	Pienso constantemente en los pasos a seguir para poder recuperarme.	✓		✓		✓		
14	Tomo mi difícil situación con sentido del humor frente al resto.	✓		✓		✓		
<b>AFRONTAMIENTO PASIVO</b>								
15	Me ocupo en hacer algo para no estar pensando todo el tiempo en mi enfermedad.	✓		✓		✓		
16	Me cuesta aceptar el diagnóstico médico sobre mi salud.	✓		✓		✓		
17	En algún momento he optado por consumir bebidas alcohólicas para olvidar mi padecimiento.	✓		✓		✓		
18	En ocasiones me siento abatido(a) y sin esperanzas de recuperación, por la enfermedad que padezco.	✓		✓		✓		
19	Me niego a creer lo que me está pasando.	✓		✓		✓		
20	Expreso mis sentimientos (dolor, tristeza, rabia, etc.) que me genera esta enfermedad.	✓		✓		✓		
21	Tomo medicamentos (tranquilizantes) y hierbas que me ayudan a sentirme mejor frente a la enfermedad renal.	✓		✓		✓		
22	Me culpa a mí mismo(a) por no haber tenido un mayor cuidado sobre mi salud y haber prevenido esta enfermedad.	✓		✓		✓		
23	Admito que no puedo con mi dolencia y dejo de luchar para recuperarme.	✓		✓		✓		
24	Me distraigo viendo programas televisivos para no pensar en mi salud.	✓		✓		✓		
25	Tengo a alguien a quien confiarle lo que siento.	✓		✓		✓		
26	Trato de encontrar consuelo en mis creencias religiosas.	✓		✓		✓		
27	Considero que lo que padezco es culpa mía por haber sobre esforzado mis riñones.	✓		✓		✓		
28	Rezo, oro y medito para encontrar la paz.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr Mg: SANDRA VILCHEZ, JUAN DNI: 0815157 J

Lima, 18 de Febrero del 2020.

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

  
 Dr. Juan Sanjovani Viquez  
 Psicólogo  
 C. P. P. 115  
 Firma del Experto Informante.

## FICHA DEL INSTRUMENTO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
<b>AFRONTAMIENTO ACTIVO</b>								
1	Concentro mis esfuerzos en hacer algo que me haga sentir mejor sobre mi actual situación.	✓		✓		✓		
2	Busco el cariño de las personas de mi entorno para sentirme mejor.	✓		✓		✓		
3	Hago lo posible por estar bien y cumplir fielmente mi tratamiento.	✓		✓		✓		
4	Busco consejos de otras personas que me ayuden a sentirme mejor.	✓		✓		✓		
5	Trato de ser optimista pensando que sucederá algún cambio positivo en mi organismo frente a la enfermedad.	✓		✓		✓		
6	Pienso sobre las cosas que vendrán a causa de mi enfermedad, para estar preparado.	✓		✓		✓		
7	Busco la comprensión de las personas de mi entorno para hacer más llevadero mi existencia.	✓		✓		✓		
8	Pienso que existen otras personas que padecen la misma enfermedad y se encuentran peor que yo, lográndome sentir mejor frente a mi situación.	✓		✓		✓		
9	Hago bromas sobre lo que me pasa.	✓		✓		✓		
10	Acepto como una prueba de Dios, lo que me está tocando vivir.	✓		✓		✓		
11	Busco orientación u información del personal de salud acerca de mi enfermedad y poder solicitar apoyo.	✓		✓		✓		
12	Aprendo a vivir con los malestares propios de mi enfermedad.	✓		✓		✓		
13	Pienso constantemente en los pasos a seguir para poder recuperarme.	✓		✓		✓		
14	Tomo mi difícil situación con sentido del humor frente al resto.	✓		✓		✓		
<b>AFRONTAMIENTO PASIVO</b>								
15	Me ocupo en hacer algo para no estar pensando todo el tiempo en mi enfermedad.	✓		✓		✓		
16	Me cuesta aceptar el diagnóstico médico sobre mi salud.	✓		✓		✓		
17	En algún momento he optado por consumir bebidas alcohólicas para olvidar mi padecimiento.	✓		✓		✓		
18	En ocasiones me siento abatido(a) y sin esperanzas de recuperación, por la enfermedad que padezco.	✓		✓		✓		
19	Me niego a creer lo que me está pasando.	✓		✓		✓		
20	Expreso mis sentimientos (dolor, tristeza, rabia, etc.) que me genera esta enfermedad.	✓		✓		✓		
21	Tomo medicamentos (tranquilizantes) y hierbas que me ayuden a sentirme mejor frente a la enfermedad renal.	✓		✓		✓		
22	Me culpo a mí mismo(a) por no haber tenido un mayor cuidado sobre mi salud y haber prevenido esta enfermedad.	✓		✓		✓		
23	Admito que no puedo con mi dolencia y dejo de luchar para recuperarme.	✓		✓		✓		

24	Me distraigo viendo programas televisivos para no pensar en mi salud.	✓		✓		✓		
25	Tengo a alguien a quien confiarle lo que siento.	✓		✓		✓		
26	Trato de encontrar consuelo en mis creencias religiosas.	✓		✓		✓		
27	Considero que lo que padezco es culpa mía por haber sobre esforzado mis riñones.	✓		✓		✓		
28	Rezo, oro y medito para encontrar la paz.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: ..... Camarena Torre Ethel .....    DNI: 06769369 .....

Lima, 15 de Febrero del 2020.

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
SERVICIO DE SALUD MENTAL

DR. ETHEL R. CAMARENA TORRE  
LICENCIADA EN LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

Firma del Experto Informante.

## FICHA DEL INSTRUMENTO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>AFRONTAMIENTO ACTIVO</b>								
1	Concentro mis esfuerzos en hacer algo que me haga sentir mejor sobre mi actual situación.	✓		✓		✓		
2	Busco el cariño de las personas de mi entorno para sentirme mejor.	✓		✓		✓		
3	Hago lo posible por estar bien y cumplir fielmente mi tratamiento.	✓		✓		✓		
4	Busco consejos de otras personas que me ayuden a sentirme mejor.	✓		✓		✓		
5	Trato de ser optimista pensando que sucederá algún cambio positivo en mi organismo frente a la enfermedad.	✓		✓		✓		
6	Pienso sobre las cosas que vendrán a causa de mi enfermedad, para estar preparado.	✓		✓		✓		
7	Busco la comprensión de las personas de mi entorno para hacer más llevadero mi existencia.	✓		✓		✓		
8	Pienso que existen otras personas que padecen la misma enfermedad y se encuentran peor que yo, lográndome sentir mejor frente a mi situación	✓		✓		✓		
9	Hago bromas sobre lo que me pasa.	✓		✓		✓		
10	Acepto como una prueba de Dios, lo que me está tocando vivir.	✓		✓		✓		
11	Busco orientación u información del personal de salud acerca de mi enfermedad y poder solicitar apoyo.	✓		✓		✓		
12	Aprendo a vivir con los malestares propios de mi enfermedad.	✓		✓		✓		
13	Pienso constantemente en los pasos a seguir para poder recuperarme.	✓		✓		✓		
14	Tomo mi difícil situación con sentido del humor frente al resto.	✓		✓		✓		
<b>AFRONTAMIENTO PASIVO</b>								
		Si	No	Si	No	Si	No	
15	Me ocupo en hacer algo para no estar pensando todo el tiempo en mi enfermedad.	✓		✓		✓		
16	Me cuesta aceptar el diagnóstico médico sobre mi salud.	✓		✓		✓		
17	En algún momento he optado por consumir bebidas alcohólicas para olvidar mi padecimiento.	✓		✓		✓		
18	En ocasiones me siento abatido(a) y sin esperanzas de recuperación, por la enfermedad que padezco.	✓		✓		✓		
19	Me niego a creer lo que me está pasando	✓		✓		✓		
20	Expreso mis sentimientos (dolor, tristeza, rabia, etc.) que me genera esta enfermedad.	✓		✓		✓		
21	Tomo medicamentos (tranquilizantes) y hierbas que me ayudan a sentirme mejor frente a la enfermedad renal.	✓		✓		✓		
22	Me culpo a mí mismo(a) por no haber tenido un mayor cuidado sobre mi salud y haber prevenido esta enfermedad.	✓		✓		✓		
23	Admito que no puedo con mi dolencia y dejo de luchar para recuperarme.	✓		✓		✓		
24	Me distraigo viendo programas televisivos para no pensar en mi	✓		✓		✓		

	salud.	✓		✓		✓		
25	Tengo a alguien a quien confiarle lo que siento.	✓		✓		✓		
26	Trato de encontrar consuelo en mis creencias religiosas.	✓		✓		✓		
27	Considero que lo que padezco es culpa mía por haber sobre esforzado mis riñones.	✓		✓		✓		
28	Rezo, oro y medito para encontrar la paz.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable [X]   Aplicable después de corregir [ ]   No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dni Mg. LOREDA MIRANDA HERRERA ANSECI   DNI: 06274169


Lima, 15 de Febrero del 2020.

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

  
Firma del Experto Informante.

Ma. Anselmi Lozada Miranda  
PSICOLOGA - EDUCACION  
C.P.P. 4776

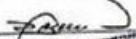
## CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

## 1. INFORMACION GENERAL

Apellidos y Nombre del Experto	Cargo que desempeña	Nombre del Instrumento	Autor del Instrumento
Sandoval Vilchez, Juan	Psicólogo	Inventario de Estimación del Afrontamiento (Adaptación del Brief COPE-28)	Seminario Alegre, Kelly

## 2. CRITERIOS GENERALES A EVALUAR

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado 00 - 25%	Poco adecuado 25- 50%	Adecuado 51- 75%	Muy adecuado 76- 100%
01. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				95%
02. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observadas.				95%
03. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				90%
04. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				95%
05. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.				90%
06. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos.				95%
07. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				95%
08. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				95%

3. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:	94%	
Lima 18 de febrero del 2020	DNI: 08151575	Teléfono: 989452311
Lugar: LIMA	Firma: 	

Dr. Juan Sandoval Vilchez  
Psicólogo  
C. P. N. 1243


## CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

## 1. INFORMACION GENERAL

Apellidos y Nombre del Experto	Cargo que desempeña	Nombre del Instrumento	Autor del Instrumento
Estel Camarero Jorge.	jefe de Psicología	Inventario de Estimación del Afrontamiento (Adaptación del Brief COPE-28)	Seminario Alegre, Kelly

## 2. CRITERIOS GENERALES A EVALUAR

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado 00 - 25%	Poco adecuado 25- 50%	Adecuado 51- 75%	Muy adecuado 76- 100%
01. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				95%
02. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observadas.				95%
03. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				90%
04. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				95%
05. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.				90%
06. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos.				95%
07. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				95%
08. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				95%

3. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:	94%
Lima 18 de Febrero del 2020.	DNI: 06783697 Teléfono: 998444003
Lugar: Ciudad de Jirón	Firma:  <small>ESTEL CAMARERO JORGE  INSTITUTO DE LA UNIDAD DE PSICOLOGÍA  CALLE J. N° 9255</small>


## CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

### 1. INFORMACION GENERAL

Apellidos y Nombre del Experto	Cargo que desempeña	Nombre del Instrumento	Autor del Instrumento
LOZADA MIRANDA MARIA ANSELMI	PSICOLOGA	Inventario de Estimación del Afrontamiento (Adaptación del Brief COPE-28)	Seminario Alegre, Kelly

### 2. CRITERIOS GENERALES A EVALUAR

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado 00 - 25%	Poco adecuado 25- 50%	Adecuado 51- 75%	Muy adecuado 76- 100%
01. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				95 %
02. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observadas.				95 %
03. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				95 %
04. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				95 %
05. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.				98 %
06. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos.				95 %
07. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				95 %
08. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				95 %

<b>3. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:</b>	95 %	
Lima, 15 de Febrero del 2020	DNI: 06274169	Teléfono: 953144190
Lugar: Lima	Firma: 	

Ma. Anselmi Lozada Miranda  
PSICOLOGA - EDUCACIÓN  
C.P. 4776

**Confiabilidad del instrumento****Confiabilidad del instrumento 1**

Alfa de Cronbach	Ítems
0.90	28

## Confiabilidad del instrumento 2

*Confiabilidad del Cuestionario WHOQOL-BREF*

Alfa de Cronbach	Ítems
0.92	26

#### **Anexo 4. Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Investigadora: Rafael Fabian Xiomi

Título: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes que reciben hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2025”

El propósito de este estudio es: determinar cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes que reciben hemodiálisis en un hospital de Huancayo, 2024. Su ejecución ayudará/permitirá que otras personas puedan seguir investigando y realizando más estudios.

Procedimientos: Si usted decide participar en este estudio se le solicitará lo siguiente:

- Leer detenidamente todo el documento y participar voluntariamente - Responder todas las preguntas formuladas en la encuesta
  
- Firmar el consentimiento informado La encuesta puede demorar unos 20 minutos y los resultados se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario. Su participación en el estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Beneficios: Usted se beneficiará con conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del participante: Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio.

CONSENTIMIENTO Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres: DNI:

Investigadora Nombre:

DNI




# 9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 6%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## Fuentes principales

- 6% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 8% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-02	<1%
3	Trabajos entregados	uwiener on 2024-06-27	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-09-19	<1%
5	Internet	repositoriousco.co	<1%
6	Trabajos entregados	School of Business and Management ITB on 2022-01-16	<1%
7	Trabajos entregados	Seccional Cali on 2025-11-22	<1%
8	Trabajos entregados	uwiener on 2024-06-27	<1%
9	Trabajos entregados	Submitted on 1692323216034	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-09-25	<1%
11	Trabajos entregados	uwiener on 2023-10-29	<1%