



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

“AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL IBARRA, 2021”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería

**AUTORA:** Sara de los Ángeles Cuaical Benavides

**DIRECTOR:** Dra. C. Adela Janet Vaca Auz

IBARRA-ECUADOR

2021

## CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

### CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado titulada “AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL IBARRA, 2021” de autoría de Sara de los Ángeles Cuaical Benavides, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 15 días del mes de julio. de 2021.

**Lo certifico:**

(Firma).....

Dra. C. Adela Janet Vaca A.

C.C: 100158284-8

**DIRECTORA**



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

## AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

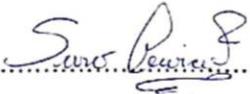
DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	040138657-8		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Cuaical Benavides Sara de los Ángeles		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Calle Bolívar- Guayllabamba		
<b>EMAIL:</b>	sdcuaicalb@utn.edu.ec		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	062977-932	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0968156922
DATOS DE LA OBRA			
<b>TÍTULO:</b>	“Afrontamiento y adaptación en pacientes con insuficiencia renal atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl Ibarra, 2021”		
<b>AUTOR (ES):</b>	Cuaical Benavides Sara de los Ángeles		
<b>FECHA:</b>	2021-07-15		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>		
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciatura en Enfermería		
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	Dra. C. Adela Janet Vaca Auz		

## 2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 27 días del mes de julio de 2021.

### LA AUTORA

(Firma)..........  
Sara de los Ángeles Cuaical Benavides  
C.C.: 040138657-8

# REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

**Guía:** FCCS-UTN

**Fecha:** Ibarra, 28 de julio del 2021

SARA DE LOS ÁNGELES CUAICAL BENAVIDES, "AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL IBARRA, 2021" TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 28 de julio del 2021

**DIRECTORA:** Dra. C. Adela Janet Vaca Auz

El principal objetivo de la presente investigación fue, Determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación en los pacientes con insuficiencia renal atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl Ibarra, 2021. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar socio demográficamente la población en estudio. Identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación en los cinco factores de la teoría de enfermería del Callista Roy. Identificar los principales diagnósticos de enfermería en relación con los problemas priorizados. Elaborar una guía de cuidados de enfermería en función de los hallazgos encontrados.

**Fecha:** Ibarra, 28 de julio. del 2021.



.....  
Dra. C. Adela Janet Vaca Auz

**Directora**



.....  
Sara de los Ángeles Cuacal Benavides

**Autora**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento en primer lugar a Dios por darme la fuerza y valor para poder culminar con éxito una de las metas en mi vida.

A mi familia y en especial a mi hijo Anthony Marcillo que es la razón principal para seguir adelante que con su comprensión supo llevar la situación de la mejor manera.

Agradezco a todos los docentes que me acompañaron en toda la formación académica de la carrera de Enfermería quienes estuvieron presentes con sus enseñanzas y buenos deseos de superación y en especial a la tutora de tesis, la Dra. Janeth Vaca. Muchas gracias por su colaboración.

Al personal de salud del Hospital San Vicente de Paúl por estar siempre pendiente en todo el proceso investigativo, de igual manera a los pacientes que formaron parte de esta investigación y colaboraron en la recolección de los datos.

Finalmente, a mis amigas y amigos, compañeros y conocidos que me apoyaron día a día con sus consejos y experiencias.

*Sara de los Ángeles Cuaical Benavides*

## **DEDICATORIA**

El presente proyecto de tesis está dedicado a Dios por guiar cada uno de mis pasos y darme fuerza para levantarme en cada caída y poder llegar al final de la carrera. A mi padre que, aunque ya no esté en este mundo fue el mejor ejemplo a seguir. A mi hijo Anthony Marcillo quien con su inocencia y a pesar de la distancia supo apoyarme y darme ánimos en todo momento.

*Sara de los Ángeles Cuaical Benavides*

## ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
DEDICATORIA .....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
RESUMEN.....	xii
TEMA .....	xiv
CAPÍTULO I.....	15
1. Problema de la investigación.....	15
1.1. Planteamiento del problema .....	15
1.2. Formulación del problema.....	16
1.3. Justificación .....	17
1.4. Objetivos.....	19
1.5. Preguntas de investigación .....	20
CAPÍTULO II .....	21
2. Marco Teórico .....	21
2.1. Marco Referencial .....	21
2.2. Marco Contextual .....	24
2.3. Marco Conceptual.....	27

2.4. Marco Legal y Ético .....	41
CAPÍTULO III .....	49
3. Metodología de la investigación.....	49
3.1. Diseño de la investigación .....	49
3.2. Tipo de investigación.....	49
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	50
3.4. Población .....	50
3.5. Operacionalización de variables .....	52
3.6. Métodos y técnicas de recolección de información.....	54
3.7. Análisis de datos .....	56
CAPÍTULO IV .....	57
4. Resultados de la investigación.....	57
4.1. Análisis e interpretación de resultados .....	57
CAPÍTULO V .....	70
5. Conclusiones y recomendaciones.....	70
5.1. Conclusiones.....	70
5.2. Recomendaciones .....	71
BIBLIOGRAFÍA .....	72
ANEXOS .....	77
Anexo 1. Test de afrontamiento y adaptación .....	77
Anexo 2. Consentimiento informado .....	82
Anexo 3. Evidencias fotográficas.....	83
Anexo 4. Guía (Portada).....	84
Anexo 5. Análisis de Urkund .....	85
Anexo 6. Aprobación del Abstract .....	86

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Categorización de medición del proceso de afrontamiento y adaptación a nivel global y por factores.....	55
<b>Tabla 2.</b> Datos sociodemográficos de la población de estudio. ....	57
<b>Tabla 3.</b> Pacientes de consulta y en tratamiento de hemodiálisis. ....	58
<b>Tabla 4.</b> Capacidad de afrontamiento y adaptación global .....	59
<b>Tabla 5.</b> Factor recursivo y centrado .....	60
<b>Tabla 6.</b> Factor reacciones físicas y enfocadas .....	60
<b>Tabla 7.</b> Factor proceso alerta .....	61
<b>Tabla 8.</b> Factor procesamiento. sistematico .....	61
<b>Tabla 9.</b> Factor Conocer y relacionar. ....	62
<b>Tabla 10.</b> Categorización y afrontamiento global de acuerdo a los cinco factores....	63
<b>Tabla 11.</b> Presencia de comorbilidad. ....	64
<b>Tabla 12.</b> Principales diagnósticos enfermero .....	65

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Hospital San Vicente de Paúl .....	25
<b>Figura 2.</b> Modos de adaptación y mecanismos de afrontamiento de Callista Roy ...	35

“AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL IBARRA, 2021”

**Autora:** Sara de los Ángeles Cuaical Benavides

**Email:** sdcuaicalb@utn.edu.ec

## RESUMEN

La insuficiencia renal es una de las enfermedades que constituye un problema de salud pública, los casos de esta patología incrementan cada año los indicadores de morbi-mortalidad en todo el mundo. **Objetivo.** Determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación en los pacientes con insuficiencia renal atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl Ibarra, 2021. **Metodología.** Estudio con enfoque cuantitativo, no experimental con alcance descriptivo- transversal. Se incluyeron en la muestra a 40 sujetos con diagnóstico de insuficiencia renal del servicio de diálisis. Previo consentimiento informado de los pacientes se les aplicó la escala de medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) diseñado por Callista Roy. **Resultados.** Los pacientes con enfermedad renal tuvieron una mediana y alta capacidad de afrontamiento y adaptación, observándose que los pacientes que acudieron a consultas periódicas utilizan de mejor manera las estrategias que aquellos que reciben tratamiento de hemodiálisis debido a que estos últimos presentan complicaciones desarrolladas en la enfermedad. El factor dos fue el que obtuvo mayor puntuación demostrando que los pacientes renales tienen reacciones físicas y emocionales en la fase de entrada para el manejo de su enfermedad. **Conclusiones.** El profesional de enfermería constituye un pilar fundamental en la atención en el cuidado de pacientes renales ya que representa el primer contacto, por lo que debe contar con bases científicas, trato humanizado y de esta manera poder responder a las necesidades emocionales y físicas de cada paciente.

**Palabras claves:** Afrontamiento, capacidad de adaptación, insuficiencia renal

"COATING AND ADAPTATION IN PATIENTS WITH KIDNEY FAILURE TREATED AT THE SAN VICENTE DE PAUL IBARRA HOSPITAL, 2021"

**Author:** Sara de los Ángeles Cuaical Benavides

**Email:** sdquaicalb@utn.edu.ec

**ABSTRACT**

Renal failure is one of the diseases that constitutes a public health problem, the cases of this pathology increase every year the morbidity and mortality indicators throughout the world. Objective. To determine the ability to cope and adapt in patients with kidney failure treated at the San Vicente de Paul Ibarra Hospital, 2021. Methodology. Study with a quantitative, non-experimental approach with a descriptive-transversal scope. Forty subjects with a diagnosis of kidney failure from the dialysis service were included in the sample. With prior informed consent of the patients, the Coping and Adaptation Process (CAPS) measurement scale designed by Callista Roy was applied. Results. Patients with kidney disease had a medium and high capacity for coping and adaptation, observing that patients who attended periodic consultations use the strategies better than those who receive hemodialysis treatment because the latter have complications developed in the disease. Factor two was the one that obtained the highest score, showing that kidney patients have physical and emotional reactions in the entry phase for the management of their disease. Conclusions. The nursing professional constitutes a fundamental pillar in the attention in the care of kidney patients since it represents the first contact, so it must have scientific bases, humanized treatment and in this way be able to respond to the emotional and fiscal needs of each patient.

**Key words:** Coping, adaptability, kidney failure

## **TEMA**

“AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL IBARRA, 2021

# CAPÍTULO I

## 1. Problema de la investigación

### 1.1. Planteamiento del problema

La insuficiencia renal es una de las enfermedades que forma parte de los problemas de salud pública en todo el mundo amenazando el desarrollo social, familiar, económico, la salud y vida de millones de personas (1). Su diagnóstico inicial conlleva a un impacto estresante afectando el estado emocional tanto de los pacientes como de los familiares. Hoy en día uno de los tratamientos médicos más utilizados es la hemodiálisis que constituye una terapia de reemplazo renal cuya finalidad es filtrar el exceso de líquidos y sustancias tóxicas del organismo del paciente (2).

Al realizar una revisión sistemática de artículos en países desarrollados se encontró una prevalencia media del 7.2% de afectación de esta enfermedad en personas mayores de 30 años. Asimismo, datos del estudio EPIRCE, realizado en España concluye que la afectación de la misma llega al 10% de población adulta y siendo aproximadamente el 20% personas mayores de 60 años sin definir que los más jóvenes estén exentos a desarrollarla (3). Por otra parte, la aparición de esta enfermedad supone una amenaza para el bienestar físico y psicológico, incluso para la propia vida del paciente cuando su desarrollo y consecuencias se complican.

En América Latina se estima, que la insuficiencia renal tiene un aumento del 10% anual aproximadamente. Un estudio realizado en la atención primaria, mostró, además, una prevalencia ascendente de la enfermedad (35-40%) en pacientes con hipertensión arterial o diabetes mellitus, como causas principales deterioro renal (3).

Aunque en otro sentido, es necesario destacar, que la mayor parte de las enfermedades y particularmente la insuficiencia renal produce grandes cambios en la vida del paciente, y su familia, así como grandes retos de adaptación (4), los cuales puede estar modulados, por las características personales y ambientales. En este sentido, Roy desde la teoría de enfermería, sostiene que el afrontamiento se constituye un proceso

facilitador de las respuestas adaptativas ante las situaciones cambiantes del entorno.  
(5)

Por otra parte, autores reconocidos ponen en evidencia, que los pacientes que tienen formas activas de afrontamiento, son más exitosos al manejar los sucesos que ocurren en su vida. En cambio, aquellos que tienen limitados mecanismos de afrontamiento o presentan conductas de evasión y negación presentan un mayor deterioro en su salud y bienestar (6) (7). Es decir, existe una mayor manifestación de conductas defensivas, miedo, negación, ansiedad y rechazo al tratamiento, por mencionar algunos ejemplos.

En el Ecuador, según datos obtenidos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), se establece que cerca de 11.460 personas padecen de enfermedades renales considerando que Guayas y Pichincha son las provincias con mayor concentración en cuanto a pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis cubriendo el 25% del total de aquellos que padecen la enfermedad (8). El serio impacto social, económico, emocional que provoca esta enfermedad su comportamiento crónico o permanente, su potencial letal y dado que requiere una alta complejidad técnica en su manejo, ha llevado al país a desarrollar distintas estrategias para mejorar la calidad de vida de estos pacientes (9).

En este marco de análisis, se propone realizar una investigación que contribuya a identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes con insuficiencia renal que asistieron al servicio de diálisis del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra ,2021, así como determinar los diagnósticos de enfermería más comunes relacionados con sus procesos de adaptación y afrontamiento, de forma que posibiliten a que el personal de enfermería pueda promover un cambio positivo y significativo en el proceso de cuidado asistencial y de autocuidado del paciente.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cómo se manifiesta la capacidad de afrontamiento y adaptación en los pacientes con insuficiencia renal atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl Ibarra, 2021?

### **1.3. Justificación**

La atención del paciente con insuficiencia renal, es considerada una acción prioritaria de los servicios de salud, por el gran impacto que produce en la vida del paciente, la familia y el sistema de salud. En este contexto, el personal de enfermería es pieza clave para garantizar un cuidado holístico e integral.

Como se pudo apreciar en los estudios analizados anteriormente, cada vez se vuelve más importante que el personal de enfermería comprenda los procesos de afrontamiento y adaptación de los pacientes, pues del desarrollo de estas capacidades dependerá en gran medida su bienestar, tanto orgánico como emocional. Asimismo, permitirá que el personal de enfermería proyecte de manera más sistémica y adecuada intervenciones que reduzcan el impacto de esta enfermedad.

Con estos antecedentes, se establece la necesidad de determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación en los pacientes con insuficiencia renal atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl Ibarra, 2021, a fin de contar con un diagnóstico actualizado que permita la implementación de estrategias de afrontamiento para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Asimismo, la profundización de la investigación en la teoría de enfermería de Callista Roy, contribuirá a comprender de mejor forma el corpus teórico implícito para un mejor direccionamiento de la investigación disciplinar. En cuanto a su valor práctico está definido por su contribución a lograr la adherencia terapéutica.

En este sentido, los beneficiarios directos de esta investigación serán los pacientes, familiares y profesionales de salud ya que ayudará a identificar cuál es la capacidad de afrontamiento y adaptación más utilizada para poder afrontar la enfermedad. Los beneficiarios indirectos serán: La Universidad Técnica del Norte ente de referencia para futuras investigaciones y el propio investigador para la obtención de su título de tercer nivel.

La elaboración de esta investigación fue factible, porque la investigadora contribuyó con los recursos económicos, humanos, técnicos y tecnológicos para su desarrollo, así como la bibliografía necesaria para fundamentar científicamente. Además, se contó con la colaboración de las enfermeras del servicio de diálisis, con los pacientes quienes se encuentran en tratamiento con hemodiálisis y aquellos que acuden a consulta en etapas tempranas. La investigación se enmarca en la línea de investigación de salud y bienestar.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación en los pacientes con insuficiencia renal atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl Ibarra, 2021.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar sociodemográficamente la población en estudio.
- Identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación en los cinco factores de la teoría de enfermería de Callista Roy.
- Identificar los principales diagnósticos de enfermería en relación con los problemas priorizados.
- Elaborar una guía para fomentar el proceso de cuidado de enfermería en función de los hallazgos encontrados.

### **1.5. Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- ¿Cuáles es la capacidad de afrontamiento y adaptación en los cinco factores de la teoría de enfermería del Callista Roy?
- ¿Cuáles son los principales diagnósticos de enfermería en relación con los problemas priorizados?
- ¿Cómo fundamentar en lo teórico y metodológico, una guía con orientaciones sobre el proceso del cuidado de enfermería en función de los hallazgos encontrados?

## **CAPÍTULO II**

### **2. Marco Teórico**

#### **2.1. Marco Referencial**

##### **2.1.1. Estrategias de afrontamiento de pacientes en espera de trasplante renal. González y otros, 2018.**

Este estudio tuvo como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento desarrolladas por los pacientes que se encuentran en la lista de espera para el trasplante renal. Fue un estudio de tipo descriptivo y transversal con 22 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 20 y los 59 años en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital General Docente “Abel Santamaría Cuadrado” en Pinar del Río en el período comprendido entre mayo y octubre de 2016. Se utilizó el cuestionario de “Modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman” para explorar las estrategias de afrontamiento, y una, entrevista semiestructurada. Obteniendo como resultados que las estrategias de afrontamiento más desarrollada por los pacientes fue la planificación. La confrontación y evitación predominó en las mujeres, mientras en los hombres la planificación; las personas de 20 a 39 años desarrollaron la planificación y las personas de 40 a 59 años la aceptación de la realidad y la evitación; prevaleció la confrontación, junto con la planificación en las personas casadas. En el primer periodo de espera del trasplante renal sobresalieron la planificación y la confrontación, mientras que el escape o la evitación en el período de seis años o más. Con lo que se llegó a la conclusión que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, en particular la planificación, predominó en pacientes que esperan trasplante renal (1). Es decir, que las estrategias de afrontamiento asumidas por cada individuo pueden facilitar u obstaculizar el manejo de la situación.

### **2.1.2 Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Vallejos y otros, 2018.**

La depresión que aparece en las distintas etapas de progresión de la enfermedad renal es de alta prevalencia sobre todo en pacientes renales crónicos en tratamientos de hemodiálisis; su sintomatología psicosomática y emocional, afecta el proceso y manejo de la enfermedad renal y tratamiento, las consecuencias emocionales e interaccionales en la vida del paciente repercuten significativamente en su adherencia y calidad de vida. La presente investigación tuvo como objetivo describir los niveles de depresión en una población de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, con el fin de evaluar si existen diferencias significativas de acuerdo a factores sociodemográficos y tiempo de hemodiálisis. El estudio fue descriptivo-comparativo, el instrumento aplicado fue el inventario de depresión de Beck. La muestra estuvo formada por 503 pacientes de la ciudad de Lima y del interior del país. Los resultados muestran que el nivel de depresión predominante es el leve (48.9%), que a mayor rango de edad y menor grado de instrucción la tendencia a presentar depresión es mayor; de acuerdo al sexo los pacientes con mayor tendencia a la depresión son los varones e igualmente los viudos y divorciados; de acuerdo al tiempo de diálisis la tendencia a aumentar la depresión es conforme aumenta el tiempo de diálisis. Se concluyó que los niveles de depresión tienden a presentarse de forma significativa de acuerdo a los factores sociodemográficos (10).

### **2.1.3 Afrontamiento en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica. Rodríguez y otros, 2020.**

La Insuficiencia Renal Crónica como enfermedad crónico-degenerativa, implica condiciones de dependencia, fragilidad y necesidad de cuidados de larga duración; el cuidador primario asume una difícil y estresante tarea, al encargarse del cuidado, asistencia y apoyo diario de la persona enferma; se coloca en una situación de vulnerabilidad y estrés que, de no afrontarse adecuadamente, genera problemas físicos, emocionales y sociofamiliares. El objetivo de investigación fue indagar sobre los modos de afrontamiento y diferencias de género en cuidadores primarios informales,

de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, atendidos en un hospital público en Ciudad de México. Se aplicó el Inventario modos de afrontamiento (WOCQ) de Lazarus y Folkman a 26 cuidadores (21 mujeres y 5 hombres) de entre 15 y 80 años, la mayoría familiares del paciente; todos participantes voluntarios. Se utilizó el SPSS versión 22, para efectuar el análisis estadístico: el análisis de frecuencias arrojó que los modos de afrontamiento predominantes fueron autocontrol y planificación; en tanto que la prueba para muestras independientes considerando el género del cuidador, reveló diferencias estadísticamente significativas en distanciamiento y aceptación de responsabilidad. Conocer los modos de afrontamiento en esta población puede permitir la futura intervención psicológica adecuada (11).

#### **2.1.4 Prevalencia de los mecanismos de adaptación del paciente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis. García y otros, 2016.**

La enfermedad renal crónica es resultante de diversas enfermedades crónicas degenerativas. El paciente con dicha enfermedad y sometido a hemodiálisis sufre muchos cambios en su estilo de vida. Es por ello, importante evaluar la prevalencia de los mecanismos de adaptación en el paciente en los aspectos psicológico, afectivo y social. En este sentido, el objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia de los mecanismos adaptativos en el área de lo psicológico, afectivo y social que utiliza el paciente con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis. Fue un estudio descriptivo de tipo cuantitativo, se utilizó el cuestionario “Mecanismos de adaptación de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis”. Se realizó en el año 2010; y presentó un coeficiente del Alfa de Cronbach de 7.0, los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. El estudio arrojó una prevalencia en los mecanismos afectivos, con un 71.4% en la adaptación comprometida; los mecanismos sociales sobresalen con un 61.9% en la adaptación compensatoria; no evidenciando porcentajes favorables en los mecanismos psicológicos. Como conclusión se determinó que la mayoría de las personas con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis, utilizan diferentes mecanismos de adaptación a su

proceso lo cual depende completamente del ambiente en el que se desarrollan y el acompañamiento familiar que reciben (12).

## **2.2. Marco Contextual**

### **2.2.1. Reseña histórica del Hospital San Vicente de Paúl**

En el devenir histórico del Hospital San Vicente de Paúl, se encuentra un conjunto de antecedentes, que dan cuenta de su importancia en la salud de la población imbabureña. Así, en la madrugada del 16 de agosto del año 1868, Ibarra fue destruida por un gran terremoto que acabo con la mayor parte de esta, ante la actitud y la valentía del Doctor Gabriel García Moreno esta fue reconstruida, cuyos habitantes volvieron a sus hogares desde los llanos del sector de la Esperanza el 28 de abril de 1872 (13). El hospital de la ciudad de Ibarra fue reconstruido con los planos del hermano Benito Aulín de las escuelas cristianas designándose con el nombre de Hospital San Vicente de Paúl estructura que se encuentra hasta la actualidad, este hospital es considerado como uno de los mejores de América (13). En el año 1979 entre legisladores y autoridades sanitarias se empieza a realizar conversatorios del nuevo edificio del hospital y se delibera la entrega de la construcción y equipamiento a una firma Italiana, los terrenos son expropiados a la señora Rosa Gómez de la Torres y se coloca la primera piedra el 23 de enero de 1981, después de 10 años de intenso trabajo, es inaugurado con la presidencia del Doctor Rodrigo Borja designando como director del Hospital el Doctor José Albuja (13).

### **2.2.2 Ubicación geográfica**

El Hospital San Vicente de Paúl está ubicada en la provincia de Imbabura al norte del país, cantón Ibarra entre las calles Luis Vargas Torres 11-56 y Gonzalo Gómez Jurado.



Figura 1. Hospital San Vicente de Paúl

Fuente: Coordinación Zonal 1- Salud

### **2.2.3 Docencia e investigación**

El Hospital San Vicente de Paúl es una unidad docente-asistencial, que contribuye en la formación académica de los futuros profesionales en salud provenientes de Facultades de Ciencias Médicas de las diferentes Universidades y Escuelas Politécnicas (14).

#### **Objetivos del hospital**

- Mantener convenios con las diferentes Universidades y Fundaciones
- Colaborar en la elaboración de revistas científicas
- Coordinar la actividad docente con la organización de eventos científicos
- Organizar jornadas médicas anuales
- Crear áreas de capacitación para profesionales y estudiantes
- Apoyar en la creación de la biblioteca virtual
- Selección de estudiantes aspirantes al Internado Rotativo y externos voluntarios
- Canalizar recursos que permitan ampliar los objetivos de esta coordinación
- Coordinar con los médicos residentes y posgradistas en la formación de equipos de trabajo y/o guardias

- Promoción de la educación en salud a usuarios externos.

#### **2.2.4 Misión del Hospital San Vicente de Paúl.**

*“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social” (14).*

#### **2.2.5 Visión del Hospital San Vicente de Paúl.**

*“Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente” (14).*

#### **2.2.6 Servicios que Ofrece el Hospital San Vicente de Paúl**

El Hospital San Vicente de Paúl es una unidad de segundo nivel de atención en salud la cual forma parte de la red pública de salud del distrito 10D01 de la provincia de Imbabura. Actualmente presta los servicios de Emergencia, Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía general, Traumatología, Diálisis entre otras.

El servicio de diálisis del hospital San Vicente de Paúl brinda atención a todos los pacientes que atraviesan la enfermedad de insuficiencia renal en sus diferentes etapas tanto para el control en las consultas y aquellos que necesitan de tratamiento sustitutivo renal es decir con hemodiálisis y diálisis peritoneal, además cuenta con servicio de nutrición y psicología. El área física está conformada por la sala de hemodiálisis que cuenta con 10 máquinas modernas que son conectadas a los pacientes los cuales acuden de 3 a 4 días a la semana, una sala de diálisis peritoneal, bodega de insumos y

materiales, vestidores, baños y por supuesto el equipo médico conformado entre enfermeras y médicos especialistas en el área para de esta manera brindar una atención de calidad al paciente que presente problemas nefrológicos.

## **2.3. Marco Conceptual**

### **2.3.1. El sistema urinario. Generalidades**

El sistema urinario constituye un conjunto de órganos que trabajan juntos para dar origen a la producción de la orina y la excreción de la misma, este consta de un par de riñones situados a cada lado de la columna vertebral a nivel peritoneal, su peso oscila entre 125 a 170 g, miden de 9 a 12 cm de largo aproximadamente. Los riñones están cubiertos de una capsula resistente fibrosa, cada riñón es irrigado por un sistema vascular (15). La unidad funcional de los riñones son las nefronas, de las cuales hay aproximadamente un millón por cada riñón, su número se establece durante el desarrollo prenatal (16).

En cuanto a la fisiología del sistema urinario, la formación de la orina atraviesa por tres pasos fundamentales como es la filtración glomerular, la reabsorción tubular y la secreción tubular, la mayor parte de sustancias excretadas pasan por las dos primeras.

**La filtración glomerular:** Esta etapa constituye el inicio para la formación de la orina y consiste en el paso de parte del plasma sanguíneo que circula por los capilares glomerulares hacia la capsula de Bowman. A las células sanguíneas como los hematíes, leucocitos, plaquetas, proteínas les es difícil atravesar esta membrana. Para que haya filtración glomerular debe existir una gran presión sanguínea en los capilares estos se alcanza si la presión arterial es igual o superior a 60 mmHg ya que cifras menores impiden el paso del agua y solutos del plasma hacia el espacio de Bowman (16).

**La reabsorción tubular:** En esta fase existe el retorno de la mayor parte del filtrado al torrente sanguíneo, en el organismo sustancias indispensables como el agua, la glucosa, los aminoácidos, vitaminas, parte de la urea, los iones Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup>, Cl<sup>-</sup>,

$\text{HCO}_3^-$ ,  $\text{HPO}_4^{2-}$  (fosfato) salen de los túbulos de las nefronas e ingresan en los capilares peritubulares, atravesando así las paredes de las dos estructuras. El continuo funcionamiento de la reabsorción tubular se da por las bombas de sodio/potasio ( $\text{ATPasa de Na}^+/\text{K}^+$ ) (16).

**Secreción tubular:** Esta última fase es la transferencia de materiales desde los capilares peritubulares y de las células de los túbulos renales hasta el líquido tubular, con la finalidad de regular las sustancias en el torrente sanguíneo y de eliminar desechos del organismo. Entre las sustancias secretadas están  $\text{H}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{NH}_4^+$  (iones amonio), creatinina y ciertos fármacos (16).

### 2.3.2 Función renal

Los riñones son dos órganos encargados de cumplir funciones importantes en el organismo entre ellas están:

- Regular el volumen de líquido corporal
- Equilibrar las concentraciones ácidas y alcalinas del plasma sanguíneo.
- Eliminación de sustancias nitrogenadas a través de la orina.
- Producción de eritropoyetina, vitamina D, y renina.

En una función renal adecuada los riñones tienen la capacidad de filtrar la sangre, cuando estos están sanos tienen 100% de su función y se la puede calcular con una muestra de sangre. Pero si en los resultados esta función es menor a 25% se presentan problemas graves y si esta disminuye aún más se opta por terapias de reemplazo renal como la diálisis peritoneal y hemodiálisis o un trasplante de riñón para de esta manera poder mantener al paciente con vida (17).

La deficiencia de las funciones renales sea por deterioro o destrucción irreversibles de las nefronas se denomina insuficiencia renal que se termina con la acumulación de productos nitrogenados como la urea, creatinina y otros productos de excreción en la sangre originando con esto trastornos metabólicos y alteraciones óseo minerales (18).

### **2.3.3 Enfermedades renales**

Las enfermedades renales también llamadas nefropatías constituyen un daño al correcto funcionamiento del sistema renal, estas generalmente atacan a la unidad funcional que son las nefronas. Estas patologías de acuerdo con la velocidad del deterioro de las nefronas y la disminución del filtrado glomerular se las clasifican en dos categorías: la lesión renal aguda (IRA) y la lesión renal crónica (IRC).

### **2.3.4 Insuficiencia renal aguda (IRA)**

A esta patología se la define como un síndrome caracterizado por una disminución repentina de la función renal que puede ser en horas o días producida por la incapacidad del riñón para poder excretar productos de desecho y mantener la homeostasis de líquidos y electrolitos. Esta alteración se origina posterior a una lesión renal en los túbulos, vasos, intersticio y glomérulos (19).

Dentro de las manifestaciones clínicas primarias de esta, se presenta la acumulación de productos nitrogenados, (urea y creatinina) y el desequilibrio hidroelectrolítico y ácido-base. Por otro lado, “también existe alteraciones del flujo urinario con un valor menor a 400 ml en 24 horas a la que se le denominase insuficiencia renal aguda clásica oligúrica o anúrica, cuando es mayor a 400 ml en 24 horas, se le llama no oligúrica, no clásica o de gasto alto, y los volúmenes pueden ser de hasta más de 2,000 ml en 24 horas. Los pacientes con IRA no oligúrica tienen un mejor pronóstico que aquellos con IRA oligúrica” (19).

### **2.3.5 Insuficiencia renal crónica (IRC)**

“La insuficiencia renal crónica se la define como una pérdida progresiva permanente e irreversible de las funciones del riñón que se presenta a lo largo de un tiempo inclusive años la cual se diagnostica con un filtrado glomerular  $<60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ , como complicación los riñones pierden la capacidad del filtrado de líquidos, desechos y conservación de los electrolitos en sangre” (20).

### 2.3.6. Etiología

Según estudios la diabetes mellitus constituye una de las principales causas de esta patología con un 33% del total de pacientes sometidos a diálisis, seguida está la hipertensión arterial, glomerulonefritis crónica, hepatitis B entre otras, mientras que en un 20% se desconoce la etiología de esta enfermedad (20).

### 2.3.7 Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica

Un indicador para el correcto funcionamiento de los riñones es la tasa de filtración glomerular (TFG) que puede estar disminuida por tres razones una de ellas es la pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, otra es la disminución de la tasa de filtración glomerular de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función (2).

La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que empiezan a trabajar al máximo para adaptarse al aumento de las necesidades de filtración de solutos y poder mantener la tasa de filtración glomerular (2).

Este proceso de hiperfiltración adaptativa es producido por moléculas vasoactivas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo. En las etapas iniciales esta compensación mantiene una tasa de filtración glomerular aumentada; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma (2).

La evolución de esta clase de insuficiencia renal se da en diferentes estadios en los que se va incrementando las manifestaciones clínicas en función renal medida por el filtrado glomerular estimado (FG).

- **Grado uno:** Filtrado glomerular de  $\geq 90$  en donde hay daño renal normal.
- **Grado dos:** Filtrado glomerular de 60-89 donde se evidencia daño renal con un ligero descenso.

- **Grado tres:** Filtrado glomerular de 45-69 descenso ligero moderado.
- **Grado cuatro:** Filtrado glomerular de 15-29 con preanálisis.
- **Grado cinco:** Filtrado glomerular de <15 ya existe fallo renal donde y se realiza diálisis.

### 2.3.8 Manifestaciones sistémicas

- **Cardiovasculares:** La alteración más sobresaliente es la hipertensión arterial como consecuencia de retención de sodio y agua.
- **Óseas:** Se origina por una menor producción de vitamina D activa por parte del riñón y por lo tanto una menor absorción de Ca a nivel del intestino, lo cual disminuye la concentración de Ca sérico y obliga a una reabsorción ósea con el fin de mantener niveles de Ca normales (18).
- **Hematopoyéticas:** Se manifiesta con la anemia como consecuencia de la disminución en la síntesis de eritropoyetina.
- **Hematológicas:** Existe una alteración en la hemostasia y coagulación causada por la acumulación sérica de compuestos nitrogenados y acidificación del pH, alteran la adhesión y agregación de las plaquetas.
- **Inmunológicas:** Una acumulación de urea, anula la respuesta de linfocitos y altera la función de los granulocitos junto con reducción de la inmunidad celular.
- **Dermatológicas:** Se presenta una coloración pálida de mucosas y piel como consecuencia de la anemia.
- **Las manifestaciones bucales son inespecíficas:** Se destaca la xerostomía causada por la restricción de líquidos, efectos secundarios de la farmacoterapia antihipertensivo y respiración bucal secundaria a problemas de perfusión pulmonar (18).

### 2.3.9 Tratamiento

En cuanto al tratamiento general de esta enfermedad se encuentra el cambio estricto de la dieta nutricional del paciente, al restringir en gran parte la ingesta de líquidos,

sodio y potasio y control en la ingesta proteica excesiva. Las enfermedades sistémicas acompañantes como diabetes, hipertensión, entre otras deberán ser controladas. La hemodiálisis se debe realizar cada dos o tres días por un tiempo aproximado de tres a cuatro horas por sesión a través de una maquina dializadora con un filtro artificial conectada al paciente cuyo objetivo es reemplazar la función excretora del riñón (18).

### **2.3.10 Estrés en pacientes con insuficiencia renal**

La insuficiencia renal conlleva al origen de una serie de trastornos psicológicos junto con otras patologías degenerativas como la ansiedad ante la muerte, la depresión y el estrés permanente ya que los tratamientos son de forma continua por un largo período (21). Las preocupaciones de los pacientes se reflejan más con los problemas actuales de su vida y de sus familiares. En varias investigaciones se determina que, para evitar un posible fracaso del tratamiento con hemodiálisis, los pacientes con estrés y ansiedad ante la muerte necesitan de un tratamiento psicológico previo con la finalidad de afrontar sus estados estresores en las diferentes etapas de la enfermedad (21).

### **2.3.11 Afrontamiento en pacientes con enfermedad renal**

El afrontamiento y las estrategias ante esta patología constituyen los recursos psicológicos que el paciente puede desarrollar para llevar de mejor manera la situación y los estados emocionales que emergen de estas (1). Se reconocen dos formas de afrontamiento una el centrado en el problema mismo cuyos esfuerzos están dirigidos directamente a la fuente de origen del estrés para modificarla o eliminarla y buscar una solución satisfactoria, y por otro lado está el afrontamiento centrado en la emoción en que cada uno comprende diversos modos o estrategias de afrontamiento (1).

### **2.3.12 Conceptualización del afrontamiento y adaptación**

El afrontamiento, según la Real Academia de la Lengua Española se lo define como “hacer cara a un peligro, problema o situación comprometida”, “acción o efecto de afrontar” (22). Desde la perspectiva de enfermería, Roy lo define como un modo innato adquirido después de actuar ante los cambios producidos en el entorno (23).

Es decir, que el afrontamiento implica un conjunto de estrategias que el ser humano utiliza para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los agentes estresores sobre el bienestar psicológico los cuales pueden ser saludables y constructivos o a la vez pueden causar más daño (24).

**La adaptación**, es un término complejo, que se lo define como el proceso y resultado por el que el ser humano piensa y siente, de forma individual o en grupos usando el conocimiento para fomentar la integración humana y ambiental en el cual se enfocan cinco dimensiones: supervivencia, desarrollo, reproducción, dominio o competencia, transformación ambiental y personal. Según Callista Roy las personas son vistas como sistemas adaptativos holísticos que se encuentran en continua interacción con el entorno (24)

### **2.3.13 Metaparadigma de la Teoría de Callista Roy.**

**Salud.** - Es el proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total, es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo. No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor forma brindando una educación tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida. La salud no consiste en liberarse de la muerte, de enfermedades, infelicidad y del estrés; sino que es la capacidad de enfrentarse de la mejor manera posible (25).

**Enfermería:** Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno. Es un sistema de conocimientos teóricos que incluyen un proceso de solución determinado en la valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación acciones relacionadas con el cuidado del individuo real o potencialmente enfermo (25).

**Persona:** Se define a la persona como un ser holístico y adaptable. El ser humano es un ser biopsicosocial en constante interacción con el entorno cambiante el cual usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los

cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia (25).

**Entorno:** son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. El entorno siempre está cambiando y en constante interacción con la persona lo que impulsa a esta a reaccionar para poder adaptarse (25).

#### **2.3.14 Modelo de adaptación de Callista Roy**

La reconocida religiosa y enfermera Callista Roy, nació en 1939 en la ciudad de los Ángeles California, sus estudios de posgrado en enfermería pediátrica los realizó en el año de 1963. Durante su proceso formativo de maestría, junto a Dorothy Johnson desarrolló los principios de un modelo conceptual de enfermería, basado en la experiencia dentro del área de pediatría en el que tuvo en cuenta la capacidad de recuperación y adaptación a cambios físicos y psicológicos por parte de los niños (26).

El modelo desarrollado por Callista Roy se fundamenta en dos pilares teóricos importantes:

**Adaptación** que viene hacer el proceso y el resultado de la capacidad que tiene el ser humano para pensar y sentir como individuo ya sea solo o como miembro de un grupo, es consciente y selecciona la integración del ser humano con su ambiente (26).

**Sistemas humanos** que vienen hacer el conjunto de partes que se encuentra conectado a la función de un todo y que persigue un determinado fin, actuando en virtud de la interdependencia de las partes (26).

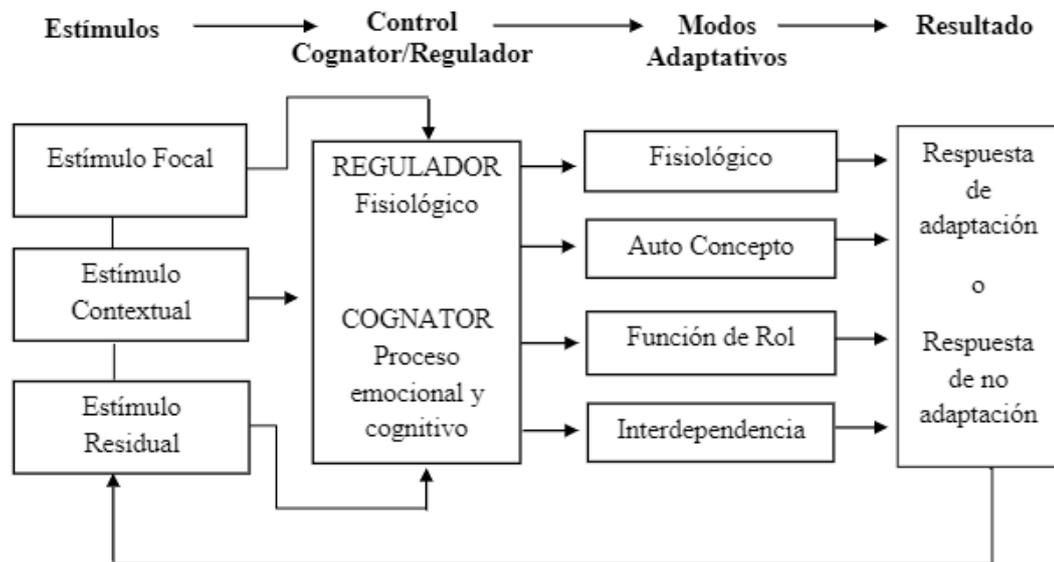


Figura 2. Modos de adaptación y mecanismos de afrontamiento de Callista Roy

Fuente: \*Derechos reservados Keville Frederickson PhD

En el diagrama que precede, se evidencian tanto los modos adaptativos, como los mecanismos de afrontamiento en el marco del modelo de Callista Roy (26). Qué cómo se puede observar, los modos adaptativos, comprenden cuatro componentes:

- El primero que hace referencia a la **Función fisiológica**, se fundamenta en las necesidades básicas y las formas de adaptación del organismo.
- El segundo de **Autoconcepto**, guarda relación con la descripción de creencias y sentimientos acerca de uno mismo.
- El tercero relacionado con la **Función de Rol**, aborda las conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad y depende de cómo el ser humano interactúa con otros en una situación concreta.
- Por último, la **Interdependencia**, se refiere a la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Sigue un equilibrio entre las conductas dependientes e independientes (tener Iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo).

En relación a los mecanismos de afrontamiento, esta teórica distingue dos mecanismos fundamentales:

- a) Mecanismo regulador, que controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.
- b) Un mecanismo cognitivo, encargado de regular el autoconcepto y, la función del rol y la interdependencia.

### **2.3.15 Factores de afrontamiento según Callista Roy.**

El afrontamiento y la adaptación son definiciones muy relevantes para la calidad de vida del ser humano, ya que constituyen fenómenos dinámicos en los que se realizan procesos de integración entre el individuo y el entorno generando estilos y estrategias para afrontar una serie de situaciones. El afrontamiento presenta una serie de conceptualizaciones, debido a su enfoque en varias disciplinas, pero el afrontamiento junto con la adaptación se ha abordado fundamentalmente desde la perspectiva de enfermería a partir del modelo de adaptación de Callista Roy (23).

A través de este modelo teórico Roy busca explicar cómo ocurre este proceso y por qué se produce, por tanto, desarrolla la teoría un proceso de afrontamiento y adaptación, con el propósito de explicar el subsistema cognitivo y de esta manera identificar la capacidad y las estrategias que utiliza el ser humano para controlar y afrontar una situación difícil la cual estaba basado en cinco factores:

- **El factor 1:** recursivo y centrado (10 ítems) este refleja los comportamientos personales y los recursos, se concentra en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información; considerando actitudes con respecto a la solución de problemas como es ser creativo y buscar resultados. Siendo recursivo el “estilo” y “centrado” la estrategia. Este factor agrupa ítems que presentan comportamientos siempre positivos e implica una mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento.
- **El factor 2:** reacciones físicas y enfocadas (14 ítems) resalta las reacciones físicas y la fase de salida durante el manejo de las situaciones. El estilo es

“reacciones físicas” y la estrategia es “enfocado”; a su vez, este factor tiene un puntaje inverso, porque califica negativamente el comportamiento la actitud

- **El factor 3:** proceso de alerta (9 ítems) representa los comportamientos del yo personal y físico y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas, manteniendo la combinación de estilos y estrategias.
- **El factor 4:** procesamiento sistemático (6 ítems) describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente; los factores 3 y 4 son estrategias de afrontamiento concretas: proceso de alerta y procesamiento.
- **El factor 5:** conocer y relacionar (8 ítems) establece las estrategias que utiliza la persona para utilizarse a sí misma y a otros, utilizando la memoria y la imaginación (23).

### 2.3.16 Diagnósticos de enfermería

En la profesión de enfermería es indispensable la utilización de un lenguaje estandarizado y científico que permita el desarrollo del pensamiento crítico para facilitar una comunicación garantizando en los cuidados enfermeros con calidad y eficacia. “Es por ello que se creó las taxonomías NANDA ((Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) y NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería); su uso permite la regularización de la práctica enfermera en base a las necesidades del paciente, familia o comunidad” (27).

El diagnóstico enfermero se lo define como el juicio clínico sobre las respuestas humanas a las condiciones de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. (27).En este se describen tres tipos:

- **Diagnóstico real** que se refiere a la respuesta o situación actual ante la presencia de un problema de salud.

- **Diagnóstico de riesgo o potencial** que se refiere a la situación o problemas que pueden presentarse a futuro, un juicio clínico de la susceptibilidad de un individuo, familia o comunidad.
- **Diagnóstico de promoción de la salud** (bienestar) que representa el juicio clínico sobre la motivación y deseo de aumentar el bienestar del individuo, familia o comunidad (27).

El diagnóstico enfermero se realiza utilizando el formato PES que significa:

**Problema** (alteración, afectación, déficit, dificultad)

**Etiología**, son los factores relacionados que influyen o determinan la enfermedad.

**Signos y síntomas**, son las manifestaciones de la enfermedad.

El problema se une a la etiología mediante la frase relacionado con (r/c) que, a su vez, se une a los signos y síntomas mediante la frase manifestado por (m/p).

El plan de cuidados de enfermería con la interacción de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados y permite manejar un lenguaje estandarizado (28).

**La NANDA** proporciona una clasificación diagnóstica como una guía al lenguaje de enfermería.

**La taxonomía NOC** conceptualiza, denomina, valida y clasifica los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería.

**La taxonomía NIC**, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería para llevar a la persona al resultado esperado basada en el conocimiento y juicio clínico desde la práctica general hasta las áreas de especialidades, estas incluyen tratamiento y prevención de enfermedades y aspectos fisiológico y psicosociales, así como fomentan la salud tanto para los individuos, familia y comunidad (28).

### **2.3.17 Principales diagnósticos enfermeros relaciones con el afrontamiento y adaptación según la taxonomía NANDA.**

Entre los diagnósticos enfermero que plantea la taxonomía NANDA para el afrontamiento y adaptación están:

**(00137) Afiliación crónica relacionado con enfermedad crónica manifestado por tristeza, sentimientos que interfieren en el bienestar:** “La persona (familiar, cuidador o individuo con una enfermedad o discapacidad crónica) presenta un patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad” (27).

**(00071) Afrontamiento defensivo relacionado con confianza insuficiente en los demás manifestado por participación insuficiente del tratamiento:** “Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva” (27).

**(00074) Afrontamiento familiar comprometido relacionado con enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona manifestado por preocupación del paciente por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud.:** “Estado en que los familiares u otras personas significativas que habitualmente dan apoyo a la persona enferma responden temporalmente ante un cambio de salud con ayudas insuficientes o conductas inadecuadas para las necesidades de adaptación de la situación” (27).

**(00069) Afrontamiento ineficaz relacionado con confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación manifestado por incapacidad para satisfacer las necesidades básicas:** Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

**(00146) Ansiedad relacionado con factores estresantes manifestado por cambio en el patrón del sueño manifestado por hormigueo en las extremidades:** “Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo” (27).

**(00147) Ansiedad ante la muerte relacionado con incertidumbre sobre el pronóstico manifestado por tristeza profunda:** Aprensión, preocupación o miedo relacionado con la muerte o la agonía.

**(00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo relacionado por cambios en el peso manifestada por autoestima afectada:** “Estado mental caracterizado por cambios de humor o afecto, formado por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a graves” (27).

**(00158) Disposición para mejorar el afrontamiento manifestado por que expresa los deseos de mejorar el manejo de los estresores:** Esfuerzos cognitivos y conductuales.

**(00075) Disposición para mejorar el afrontamiento familiar manifestado por que expresa deseos de conectar con otros que hayan experimentado una situación similar:** “Manejo efectivo de las tareas adaptativas del miembro de la familia implicado en el reto de salud de la persona, que ahora muestra deseos y disponibilidad para aumentar su propia salud y desarrollo y los de la persona” (27).

**(00072) Negación ineficaz relacionado con ansiedad manifestado por emociones inapropiadas:**” Intento consciente o inconsciente de una persona de pasar por alto el conocimiento o el significado de un acontecimiento, a fin de reducir su temor o ansiedad en detrimento de su salud” (27).

**(00148) Temor relacionado con déficit sensorial manifestado por impaciencia y aumento de la tensión arterial:** “Estrado en que el individuo presenta una respuesta a la percepción de una amenaza que reconoce conscientemente como peligrosa” (27).

## **2.4. Marco Legal y Ético**

### **2.4.1. Marco Legal**

#### **Constitución de la Republica del Ecuador**

Uno de los instrumentos más importantes para el ejercicio profesional de salud y para la declaración de derechos es la misma Constitución Política del Estado Ecuatoriano expedida en el 2008 en Montecristi y que menciona el derecho de todo ciudadano a este servicio.

#### **La Salud**

*Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (29).*

*“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (29).*

#### **Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria**

*Art. 35.- “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad” (29).*

### **Personas con enfermedades catastrófica**

*Art. 50.- “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente” (29).*

### **Reglamento General a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud**

*Art. 1.- “La ley se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioética” (30)*

*Art. 7.” Señala los derechos y deberes de las personas y del Estado, estipula que toda persona sin discriminación por motivo alguno tiene con relación a la salud con el derecho: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud.” (30).*

*Art. 10.” Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva,*

*con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley” (30).*

*Considerando:*

*“Que el artículo 42 de la Constitución Política de la República, garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia (30).*

#### **De las enfermedades no transmitibles**

*Art. 69.- “La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables” (30).*

#### **De los Cuidados Paliativos y Cobertura**

*Art.16.- De la Rehabilitación y los Cuidados Paliativos.- La Autoridad Sanitaria Nacional a través de la Dirección Nacional de Discapacidades Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud o quien haga sus veces en coordinación con la Subsecretaría de Gobernanza de la Salud*

*Pública, establecerá y promocionará el acceso a Esquemas de Rehabilitación y Cuidados Paliativos como parte del tratamiento integral que beneficie a los pacientes con enfermedades catastróficas y raras o de baja prevalencia” (30).*

### **El Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 “Toda una Vida”**

*Art. 280.- “El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores” (31).*

*“La elaboración del Plan Nacional para el Buen Vivir supuso enfrentar cuatro grandes desafíos: articular la planificación al nuevo marco constitucional, al reforzar la planificación por objetivos nacionales para el “Buen Vivir”; generar procesos de articulación y retroalimentación interestatal que integren la gestión por resultados; incorporar de manera efectiva a la planificación y al ordenamiento territorial; e impulsar un proceso de participación social” (31).*

**Objetivo 1:** *Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.*

*“El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas individuales y colectivas, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen*

*de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos” (31).*

**Objetivo 3:** *Mejorar la calidad de vida de la población.*

**Art. 66.** *“-Mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo. Entre los derechos para mejorar la calidad de vida se incluyen el acceso al agua y a la alimentación (art. 12), a vivir en un ambiente sano (art. 14), a un hábitat seguro y saludable, a una vivienda digna con independencia de la situación social y económica (art. 30), al ejercicio del derecho a la ciudad (art. 31) y a la salud (art. 32) (31).*

#### **2.4.2. Marco Ético**

El presente estudio involucra al personal de salud en especial a las enfermeras/os que laboran en el Hospital san Vicente de Paúl Ibarra por lo cual se considera aspectos éticos y legales que salvaguardaran la integridad física, psicológica y social de los familiares de pacientes terminales durante el proceso de la investigación respetando los principios éticos de confidencialidad, autonomía y principio de la no maleficencia.

#### **Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería**

*“El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código Internacional de Ética para enfermeras en 1953, el cual ha sido revisado y confirmado respecto a cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento” (32).*

*“El código deontológico del CIE para la profesión de enfermería es una guía para actuar sobre los valores y necesidades sociales. Este documento tendrá valor significativo si se. Para lograr su finalidad, el código ha de ser comprendido, asimilado y utilizado por las enfermeras en todos los aspectos de su trabajo” (32).*

Elementos principales:

***La enfermera y las personas***

*“Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los Cuidados y el tratamiento correspondiente. La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla” (32).*

*“La enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos. La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad” (32).*

***La enfermera y la práctica***

*“La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados” (32)*

***La enfermera y la profesión***

*“La enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería. La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un*

*núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas” (32).*

### ***La enfermera y sus compañeros de trabajo***

*La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.*

### **Derechos del Paciente**

- ***Derecho a una Atención Digna.*** - *Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.*
- ***Derecho a No Ser Discriminado.*** - *Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.*
- ***Derecho a La Confidencialidad.*** - *Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.*
- ***Derecho a La Información.*** - *Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado. Exceptúan las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento (32).*

***Derecho a Decidir.*** - *Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.*

### **Deberes del paciente**

- *Proporcionar información sobre su enfermedad.*
- *Autorizar a un familiar a solicitar información sobre su tratamiento en caso de que el paciente mismo no lo pueda hacer.*
- *Preguntar si no entiende las instrucciones y procedimientos en su tratamiento.*
- *Tomar únicamente medicamentos o bebidas indicadas por el médico.*
- *Ayudar a controlar ruidos y número de visitas en su habitación.*

## CAPÍTULO III

### 3. Metodología de la investigación

#### 3.1. Diseño de la investigación

La metodología utilizada en la presente investigación tiene un diseño cuantitativo no experimental.

**Cuantitativo:** Porque la técnica de recopilación permite realizar un análisis estadístico, midiendo los resultados de manera concluyente, para conocer la realidad del problema, recopilando y analizando los datos a través de conceptos y variables (33). El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo porque la información obtenida en la encuesta aplicada a los pacientes se le asignó valor numérico a cada variable para obtener datos estadísticos.

**No experimental:** La investigación se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos (33). En la fase de recolección de datos, estos se obtendrán directamente de los pacientes que se encuentren con insuficiencia renal atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl sin ningún tipo de manipulación de las condiciones de los participantes.

#### 3.2. Tipo de investigación

**Descriptivo:** “Busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (33). En esta investigación se describe, determina y analiza el afrontamiento en pacientes que padecen enfermedades renales; brindando una información detallada sobre las fases por las que atraviesa cada uno de los sujetos de estudio y las estrategias utilizadas en todo el proceso.

**Transversal:** La finalidad de este tipo de investigación es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un solo momento, en un tiempo único (33). La

recolección de los datos se la realizó en la semana del 24 hasta el 28 de mayo del 2021 en el servicio de diálisis del Hospital San Vicente de Paúl.

### **3.3. Localización y ubicación del estudio**

El presente estudio se realizó en el servicio de diálisis del Hospital San Vicente de Paúl el cual está ubicado en la provincia de Imbabura ciudad de Ibarra entre las calles Luis Vargas Torres 11-56 y Gonzalo Gómez Jurado.

### **3.4. Población**

#### **3.4.1. Población de estudio**

Estuvo conformada por los pacientes que acudieron a consulta para sus controles periódicos con inicio de la enfermedad y aquellos pacientes que se encuentran actualmente en tratamiento de hemodiálisis los cuales fueron atendidos en el servicio de diálisis del Hospital San Vicente de Paúl Ibarra en el periodo mayo, 2021.

#### **3.4.2. Muestra**

La muestra fue no probabilística, de tipo intencional consecutivo, por cuanto se trabajó con aquellos pacientes que acudían al Hospital San Vicente de Paúl con diagnóstico de insuficiencia renal a realizarse terapia de hemodiálisis y aquellos que acudían a consultas para su control en el periodo de investigación en total 40 participantes.

#### **3.4.3. Criterios de inclusión**

Pacientes que se encuentran diagnosticados con insuficiencia renal de ambos géneros, con edades comprendidas desde 35 años en adelante y que estuvieron dispuestos a participar en la investigación, previo consentimiento informado con presencia de sus familiares en el momento de recolección de datos.

#### **3.4.4. Criterios de exclusión**

Pacientes con insuficiencia renal con tratamiento de diálisis peritoneal que no pudieron asistir al servicio por recibir tratamiento en sus domicilios y aquellos que no deseaban participar en la investigación por incapacidad de responder a las preguntas.

### 3.5. Operacionalización de variables

**Objetivo 1:** Caracterizar socio-demográficamente la población en estudio.

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala	Pregunta	Instrumento
Características sociodemográficas	Conjunto de características sociales biológicas, culturales y demográficas relacionados con la condición de vida del objeto de estudio que pueden ser medibles (34).	Edad	Cuantitativa discreta de intervalo	Años cumplidos	-35 a 40 años -41 a 50 años -Mayor de 51años	¿Cuál es su edad?	Cuestionario
		Género	Cualitativa nominal dicotómica	Características sexuales	-Masculino -Femenino -Otros	¿Cuál es su género?	Cuestionario
		Etnia	Cualitativa nominal	Auto identificación cultural	-Mestiza -Indígena -Afroecuatoriana -Otra	¿Cómo se autoidentifica?	Cuestionario
		Estado civil	Cualitativa nominal	Establecido por el registro civil	-Soltera/o -Casada/o -Unión libre -Divorciada/o -Viuda/o	¿Cuál es su estado civil?	Cuestionario
		Nivel de instrucción	Cualitativa Ordinal	Grado de escolaridad	-Primaria -Secundaria -Superior -Ninguna	¿Cuál es su grado de escolaridad?	Cuestionario

**Objetivo 2:** Identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación en los cinco factores de la teoría de enfermería del Callista Roy.

Variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Dimensión	Indicadores	Preguntas y N de ítems	Instrumento
Capacidad de Afrontamiento y Adaptación	<p>El afrontamiento se lo define como el conjunto de estrategias que el ser humano utiliza para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los agentes estresores sobre el bienestar psicológico de una persona (24).</p> <p>La adaptación es el proceso y resultado por el que el ser humano piensa y siente, de forma individual o en grupos usando el conocimiento para fomentar la integración humana (24).</p>	Cualitativas - categorías	Factor 1 Recursivo y centrado	1=Nunca 2=Rara vez 3=Casi siempre 4=Siempre	¿Cuáles son los comportamientos y recursos de afrontamiento?  Pregunta 1 hasta la 10.	Escala (CAPS)
			Factor 2 Reacciones físicas y enfocadas	1=Nunca 2=Rara vez 3=Casi siempre 4=Siempre	¿Cuáles son las reacciones físicas y enfocadas en el manejo de situaciones?  Pregunta 10 hasta 24	Escala (CAPS)
			Factor 3 Proceso de alerta	1=Nunca 2=Rara vez 3=Casi siempre 4=Siempre	¿Cuáles son los comportamientos personales en los niveles de procesamiento de la información procesos centrales y salidas?  Pregunta 25 hasta 33	Escala (CAPS)
			Factor 4 Proceso sistemático	1=Nunca 2=Rara vez 3=Casi siempre 4=Siempre	¿Cuáles son las estrategias personales y físicas para manejar situaciones en forma sistemática?  Pregunta 34 hasta 39	Escala (CAPS)
			Factor 5 Conociendo y relacionando	1=Nunca 2=Rara vez 3=Casi siempre 4=Siempr	¿Cuáles son las estrategias personales usa la memoria y la imaginación?  Pregunta 40 hasta 47	Escala (CAPS)

### **3.6. Métodos y técnicas de recolección de información**

Para este estudio se utilizó métodos empíricos.

**Análisis documental:** Se contribuyó a obtener la información necesaria sobre el tema de estudio, a partir de la revisión bibliográfica de diversas fuentes (documentos normativos, artículos, a través de una búsqueda utilizando los gestores bibliográficos entre ellos PubMed, Elsevier, entre otros).

#### **3.6.2. Técnica e instrumento**

La técnica que se utilizó para la recolección de los datos de los objetivos planteados fue una encuesta la cual se la aplicó por la vía del cuestionario individual dirigido a cada paciente, posteriormente los datos fueron digitalizados mediante Microsoft Forms y de esta manera poder recolectar los datos requeridos.

La estructura del cuestionario, tiene dos partes:

La primera: consta de información relacionada con las características sociodemográficas

La segunda: contiene el cuestionario de la escala de medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy versión español la misma que fue argumentada en varios contextos como el inglés, tailandés y español, siendo este último validado en Colombia por expertos obteniendo una validez facial y confiabilidad (Cronbach de 0,88) que denota un alto nivel de fiabilidad interna. (35).

#### **3.6.3 Estrategia**

El cuestionario utilizado en esta investigación estuvo compuesto por 47 ítems agrupados en cinco factores, con una calificación Likert de cuatro puntos, que varía desde 1 = nunca, hasta 4 = siempre; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. El puntaje total puede oscilar entre 47 a 188 puntos.

Los pacientes que obtengan un puntaje entre 117-188 poseen una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, interpretada como mayor frecuencia en el uso de las estrategias de afrontamiento. Los pacientes con un puntaje entre 47-116 poseen una baja capacidad de afrontamiento y adaptación, interpretada como poca frecuencia en el uso de las estrategias de afrontamiento. Con relación a los cinco factores propuestos por Callista Roy, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y los recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación, a saber.

En cuanto a la forma de puntuación de la escala, Callista Roy indica que el puntaje total de cada estrategia lo conforma la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems. Para obtener el puntaje total de la escala se suman los puntajes totales obtenidos en cada factor, el rango de puntaje para los 47 ítems va de 47 a 188. El análisis se propuso de acuerdo con la categorización realizada según la escala Gutiérrez y López, a nivel global y por factores, en la que se asigna un puntaje: de baja capacidad (47 a 82 puntos), mediana capacidad (83 a 118 puntos), alta capacidad (119 a 153 puntos) y muy alta capacidad (154 a 188 puntos) (36).

**Tabla 1.**

**Categorización de medición del proceso de afrontamiento y adaptación a nivel global y por factores.**

<b>Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación</b>	<b>Factor I</b>	<b>Factor II</b>	<b>Factor III</b>	<b>Factor IV</b>	<b>Factor V</b>	<b>Puntaje Global</b>
Baja capacidad	11-19	13-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36	34-42	24-29	16-20	21-26	119-153
Muy alta capacidad	37-44	43-52	30-36	21-24	27-32	154-188

### **3.7. Análisis de datos**

Luego de la elaboración y aplicación de la encuesta como instrumento de la investigación a los 40 participantes, los datos obtenidos para la tabulación fueron organizados en una matriz de Excel 2010 en donde se elaboraron tablas con valor estadístico lo que permitió analizar los resultados encontrados en cada uno de los factores de la escala. Se utilizó la estadística descriptiva.

## CAPÍTULO IV

### 4. Resultados de la investigación

#### 4.1. Análisis e interpretación de resultados

Para el mes de mayo, fecha en que se realizó la recolección de datos se encontró que el servicio de diálisis del hospital San Vicente de Paúl contaba con 26 pacientes en tratamiento, 20 de ellos acudían tres veces a la semana a recibir la hemodiálisis y 6 recibían tratamiento de diálisis peritoneal en sus domicilios, de estos pacientes 9 no participaron en el estudio, 3 por su estado de salud que no les permitía responder el cuestionario adecuadamente y 6 por no encontrarse en el lugar del estudio respectivamente. El total de la muestra entonces quedó conformada con 17 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y 23 fueron aquellos que acudían a consultas periódicas ya diagnosticados con insuficiencia renal, con una gran aceptación de participar en dicho estudio.

Una vez aplicado el instrumento de la escala de afrontamiento de adaptación de Callista Roy a los 40 participantes, se procedió a elaborar una base de datos que recopila toda la información los cuales se representan en las siguientes tablas:

**Tabla 2.**

#### **Datos sociodemográficos de la población de estudio.**

	<b>VARIABLE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
<b>Género</b> <b>(n=40)</b>	Masculino	18	45%
	<b>Femenino</b>	<b>22</b>	<b>55%</b>
	Total	40	100%
<b>Edad</b> <b>(n=40)</b>	De 35 a 40 años	8	20%
	De 41 a 50 años	9	23%
	<b>Mayor a 50 años</b>	<b>23</b>	<b>58%</b>
	Total	40	100%
	<b>Primaria</b>	<b>20</b>	<b>50,0%</b>

<b>Nivel de instrucción (n=40)</b>	Secundaria	17	43%
	Superior	3	8%
	Total	40	100%
	Solero/a	7	18%
<b>Estado civil (n=40)</b>	<b>Casado/a</b>	<b>20</b>	<b>50%</b>
	Unión libre	3	8%
	Divorciado/a	8	20%
	Viudo/a	2	5%
	Total	40	100%

Al analizar la tabla que precede, se observa un predominio de participantes de sexo femenino, con una prevalencia en la edad de mayor a 50 años, de estado civil casado y nivel de instrucción de primaria completa. Datos similares al estudio realizado en el Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Lima Perú donde un porcentaje del 27% corresponde a edades mayores de los 50 años, lo que nos refleja que la edad de insuficiencia renal tiene más prevalencia en personas adultas (2). En relación a la prevalencia al género se encuentra diferencias con el estudio realizado en el mismo país, donde predomina la insuficiencia renal en el sexo masculino (60,5%) (17).

De acuerdo al nivel de instrucción en este mismo estudio se encontraron cifras similares a nuestro estudio donde el (50%) de pacientes tuvieron primaria completa y estado civil casado (17).

### **Tabla 3.**

#### **Pacientes de consulta y en tratamiento de hemodiálisis.**

<b>GRUPO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Consulta</b>	<b>23</b>	<b>57,5%</b>
<b>Hemodiálisis</b>	17	42,5%
Total	40	100%

De los 40 participantes encuestados el mayor porcentaje corresponde a pacientes que acudieron a consulta de control de su enfermedad, con una diferencia porcentual de (15%) que acudió a tratamiento de hemodiálisis; de estos el 42,5% recibe hemodiálisis de tres a cuatro veces a la semana.

**Tabla 4.**

**Capacidad de afrontamiento y adaptación global**

<b>GRUPO</b>	<b>AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Consulta	Baja capacidad	0	0%
	Mediana capacidad	9	23%
	<b>Alta capacidad</b>	<b>14</b>	<b>35%</b>
Hemodiálisis	Muy alta capacidad	0	0%
	Baja capacidad	0	0%
	<b>Mediana capacidad</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>
	Alta capacidad	6	15%
	Muy alta capacidad	1	3%
	Total	40	100%

Al analizar la capacidad global de afrontamiento y adaptación de los pacientes, se obtuvo un puntaje de valoración alta en las personas que acuden a consultas periódicas, sin embargo, un porcentaje representativo tiene una capacidad de afrontamiento media frente a su enfermedad.

En el segundo grupo de participantes (con tratamiento de hemodiálisis) se evidencia que la mayoría de ellos tienen mediana capacidad de afrontamiento y con una diferencia de (10 %) en relación con los pacientes que obtiene un puntaje alto y muy alto en su capacidad de afrontamiento y adaptación.

Puntajes que se asemejan a un estudio realizado en Colombia en el 2020 cuyos resultados muestran que los pacientes que recibían tratamiento de hemodiálisis generaban estímulos negativos y positivos en función del tiempo de duración de su enfermedad (37).

**Capacidad de afrontamiento y adaptación en los cinco factores de la teoría de enfermería del Callista Roy.**

**Tabla 5.**

**Factor recursivo y centrado de los pacientes con insuficiencia renal**

<b>GRUPO</b>	<b>GRADO FACTOR 1</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
<b>Consulta</b>	<b>Mediana capacidad</b>	<b>16</b>	40%
	Alta capacidad	7	18%
<b>Hemodiálisis</b>	Baja capacidad	3	8%
	<b>Mediana capacidad</b>	<b>8</b>	20%
	Alta capacidad	6	15%
	Total	40	100%

Se observa que, en los dos grupos de participantes, existe una mediana capacidad de afrontamiento y adaptación que guarda relación con los recursos que utiliza el paciente para afrontar problemas nuevos (recursivo y centrado).

Estos resultados se corroboran con otros estudios realizados en América del sur en los que se aplicó esta escala observándose una mediana capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes (32,6%) (38).

**Tabla 6.**

**Factor reacciones físicas y enfocadas de los pacientes con insuficiencia renal.**

<b>GRUPO</b>	<b>GRADO FACTOR 2</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>POCENTAJE %</b>
Consulta	<b>Baja capacidad</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>
	Mediana capacidad	12	30%
	Muy alta capacidad	2	5%
Hemodiálisis	<b>Baja capacidad</b>	<b>9</b>	<b>22,5%</b>
	Mediana capacidad	6	15%
	Muy alta capacidad	1	2,5%
	Total	40	100%

Al analizar el factor 2 “reacciones físicas y enfocadas”, se encontró que los pacientes que acuden a las citas de control, tienen reacciones físicas y emocional que afectan su vida cotidiana como por ejemplo (sentimientos de culpa, dificultad de concentración, desmotivación y cambios en la actividad física)

En el segundo grupo se evidencia que los pacientes con tratamiento de hemodiálisis tienen un puntaje de baja capacidad de afrontamiento. Lo que no concuerda con los datos del estudio realizado en Cuba donde se evaluó este factor obteniendo un (43,5% y 51,1%) de mediana y alta capacidad respectivamente (1).

**Tabla 7.**

**Factor proceso alerta de los pacientes con insuficiencia renal.**

<b>GRUPO</b>	<b>GRADO FACTOR 3</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>POCENTAJE %</b>
Consulta	Baja capacidad	1	2,5%
	<b>Mediana capacidad</b>	<b>13</b>	<b>32,5%</b>
	Alta capacidad	9	22,5%
Hemodiálisis	Baja capacidad	1	2,5%
	<b>Mediana capacidad</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>
	Alta capacidad	6	15%
Total		40	100%

Al analizar los procesos de” alerta”, los dos grupos de pacientes presentaron una mediana capacidad de afrontamiento y adaptación de su enfermedad siendo mayor en los que acuden a consulta; al contrario de los resultados del estudio por Romero, Martínez, Makaiza, et al en el 2013, donde se encontró que las personas evaluadas en este factor obtuvieron una puntuación de alta capacidad 68,10% especialmente en los pacientes con hemodiálisis sobresaliendo los aspectos de pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo acerca de lo que sucede (36).

**Tabla 8.**

**Factor procesamiento sistemático de los pacientes con insuficiencia renal.**

<b>GRUPO</b>	<b>GRADO FACTOR 4</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>POCENTAJE %</b>
Consulta	Baja capacidad	1	2,5%
	Mediana capacidad	5	12,5%
	<b>Alta capacidad</b>	<b>15</b>	<b>37,5%</b>
	Muy alta capacidad	2	5%
Hemodiálisis	<b>Mediana capacidad</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>
	Alta capacidad	6	15%
	Muy alta capacidad	1	2,5%
Total		40	100%

En esta tabla se observa que en los pacientes que acuden a consulta periódicas existe una alta capacidad de afrontamiento, en el segundo grupo existe por el contrario una mediana capacidad de afrontamiento y adaptación en este factor que hace énfasis en capacidad de razonamiento y procesamiento de las decisiones sobre la enfermedad.

Similares datos se encontraron en el estudio realizado en Colombia donde se encontró que la mayoría de participantes presentó alta capacidad con un 71% (1).

**Tabla 9.**

**Factor conocer y relacionar de los pacientes con insuficiencia renal.**

<b>GRUPO</b>	<b>GRADO FACTOR 5</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>POCENTAJE %</b>
Consulta	Baja capacidad	4	10 %
	<b>Mediana capacidad</b>	<b>11</b>	<b>27,5%</b>
	Alta capacidad	8	20%
Hemodiálisis	Baja capacidad	5	12,5%
	Mediana capacidad	5	12,5%
	<b>Alta capacidad</b>	<b>6</b>	<b>15%</b>
	Muy alta capacidad	1	2,5%
Total		40	100%

En este factor se puede evidenciar que en los pacientes que acuden a consultas hay una mediana capacidad para ejecutar acciones estratégicas y afrontar con éxito los problemas que se presentan en el desarrollo de la enfermedad.

A diferencia de los pacientes hemodializados en que la experiencia previa les permite ejecutar estrategias de afrontamiento y adaptación de mejor manera ante el proceso evolutivo de la enfermedad. Difiere los resultados de nuestro estudio con otros estudios, en donde al aplicar esta escala se obtuvo en el factor 5 una baja capacidad de afrontamiento persistiendo conductas negativas y de distanciamiento a la situación de la enfermedad (39).

**Tabla 10.**

**Capacidad y afrontamiento global de acuerdo a los cinco factores**

<b>Clasificación</b>	<b>Baja capacidad (47-82)</b>	<b>Fr (%)</b>	<b>Mediana Capacidad (83-118)</b>	<b>Fr (%)</b>	<b>Alta Capacidad (119-153)</b>	<b>Fr (%)</b>	<b>Muy alta capacidad (154-188)</b>	<b>Fr (%)</b>
Factor 1	3	7,5%	<b>24</b>	<b>60%</b>	13	32,5%	0	0%
Factor 2	19	47,55	18	45%	0	0%	<b>3</b>	<b>7,5%</b>
Factor 3	2	5%	<b>23</b>	<b>57,5%</b>	15	37,5%	0	0%
Factor 4	1	2,5%	15	37,5%	<b>21</b>	<b>52,5%</b>	<b>3</b>	<b>7,5%</b>
Factor 5	<b>9</b>	<b>22,5%</b>	16	40%	14	35%	1	2,5%

Para identificar de manera global la capacidad de afrontamiento y adaptación se realizó un análisis en los cinco factores. Descriptivamente los pacientes con baja capacidad de afrontamiento y adaptación utilizaron el factor 12 reacciones físicas y enfocadas; los pacientes con mediana capacidad respondieron mejor al factor uno recursivo y centrado en combinación con el factor tres proceso de alerta con una diferencia de 2,5% considerando que los pacientes son creativos en su comportamiento para buscar una solución al problema de su enfermedad por otra parte, aquellos pacientes con alta capacidad de afrontamiento optaron por el factor cuatro procesamiento sistemático en donde desarrollan estrategias personales y físicas para manejar metódicamente la situación, y por último aquellos pacientes con muy alta capacidad utilizaron el factor dos y cuatro reacciones físicas, enfocadas y procesamiento sistemático

respectivamente con un porcentaje similar de 7,5%. Lo que no concuerda en el estudio realizado en Colombia en donde los participantes con baja capacidad optaron por el factor dos físicos y enfocado y aquellos pacientes con alta capacidad utilizaron el factor uno y tres con una diferencia del 17% (35).

**Tabla 11.**

**Presencia de comorbilidad**

	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	<b>28</b>	<b>70%</b>
No	12	30%
Total	40	100%
	<b>F</b>	<b>%</b>
Covid-19	1	2,5%
<b>Depresión</b>	<b>12</b>	<b>30%</b>
Hipertensión + diabetes	3	7,5%
Vista	3	7,5%
Otros	21	52,5%
Total	40	100%

De los 40 participantes una cifra superior a la media manifiesta tener otros problemas de salud distintos de su enfermedad actual y 12 personas expresaron que no tienen problemas adicionales de salud.

Del total de los encuestados, la depresión forma parte del contexto clínico del paciente con insuficiencia renal, especialmente en los que reciben tratamiento de hemodiálisis y van aumentando según el tiempo de la enfermedad. Así mismo, se identificó la presencia de patologías de morbilidad asociada como hipertensión, diabetes y otras. Los resultados anteriores se observan en otros estudios realizados a nivel latinoamericano en donde la depresión se constituye una de las patologías con mayor prevalencia en pacientes con insuficiencia renal que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis (10).

## Diagnósticos de enfermería en relación a los problemas priorizados

El proceso de atención de enfermería constituye una herramienta primordial de la enfermera/o que presta cuidados a los pacientes, este proceso proporciona conocimientos y técnicas científicas, dinámicas ya que permite desarrollar un trabajo de calidad. En este estudio el cuidado del paciente con Insuficiencia Renal se relaciona con el modelo de adaptación Callista Roy teniendo como resultado los siguientes diagnósticos enfermero de acuerdo a los problemas priorizados.

**Tabla 12.**

### Principales diagnósticos enfermero

<b>Dominio 1:</b>	<b>Clase 1</b>	
<b>Promoción de la salud</b>	<b>Toma de conciencia de la salud</b>	
<b>Diagnóstico</b> <b>(NANDA)</b>	<b>Resultados</b> <b>(NOC)</b>	<b>Intervenciones</b> <b>(NIC)</b>
(00097) Déficit de actividades recreativas r/c con actividades recreativas insuficientes e/p el entorno actual no le permite dedicarse a la actividad.	(1604) Participación en actividades de ocio	-Potenciación de la socialización -Bailo terapia -Aumentar los sistemas de apoyo -Humor -Musicoterapias -Potencialización de la autoestima
(00162) Disposición para mejorar la salud e/p expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.	(3108) Autocontrol: enfermedad renal	-Manejo de la medicación -Manejo de la nutrición -Protección contra las infecciones -Enseñanza: dieta prescrita -Enseñanza. Proceso de la enfermedad

		-Terapia de hemodiálisis -Mantenimiento del acceso para diálisis
(00168) Estilo de vida sedentaria r/c interés insuficiente en la actividad física	(2013) Equilibrio en el estilo de vida	-Enseñanza: individual -Identificación de riesgos -Potencialización de las aptitudes para la vida diaria asesoramiento nutricional -Educación para la salud.
<b>Domino 3: Eliminación</b>	<b>Clase: 1 Función urinaria</b>	
<b>Diagnóstico (NANDA)</b>	<b>Resultados (NOC)</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>
(000169) Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro sensitivo motor e/p retención urinaria e incontinencia urinaria	(0504) Función renal	-Manejo de líquidos -Enseñanza: Dieta prescrita -Manejo de energía -Manejo de medicación -Manejo del peso -Terapia de hemodiálisis -Interpretación de datos de laboratorio
<b>Dominio 4: Actividad/ Reposo</b>	<b>Clase:1 Sueño/Reposo</b>	
00095) Insomnio r/c depresión y factores estresantes e/p cambios de humor y dificultad para conciliar el sueño	(1212) Nivel De estrés (2000) Calidad de vida	- Mejorar el afrontamiento - Aumento de los sistemas emocionales - Mejorar el sueño - Baño

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia de relajación</li> <li>- Apoyo a la familia</li> <li>- Control del estado de ánimo</li> </ul>
<b>Dominio 5</b>	<b>Clase: 4</b>	
<b>Percepción/cognición</b>	<b>Cognición</b>	
<b>Diagnóstico</b> <b>(NANDA)</b>	<b>Resultados</b> <b>(NOC)</b>	<b>Intervenciones</b> <b>(NIC)</b>
(00251) Control de emociones inestables r/c alteración emocional, fuerza muscular insuficiente abandono de las responsabilidades sociales	(00251) Equilibrio emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Control del estado de animo</li> <li>-Apoyo emocional</li> <li>-Apoyo espiritual</li> <li>-Dar esperanza</li> <li>-Facilitar la meditación</li> <li>-Grupo de apoyo</li> <li>-Terapia de relajación</li> </ul>
(00157) Disposición para mejorar la comunicación e/p expresa deseo de mejorar la comunicación	(0902) Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Escucha y activa</li> <li>-Mejora la comunicación déficit visual</li> </ul>
<b>Dominio 6:</b>	<b>Clase: 2</b>	
<b>Autopercepción</b>	<b>Autoestima</b>	
<b>Diagnóstico</b> <b>(NANDA)</b>	<b>Resultados</b> <b>(NOC)</b>	<b>Intervenciones</b> <b>(NIC)</b>
(0012) Baja autoestima situacional re con alteración de la imagen corporal	(1205) Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Protección de la autoestima</li> <li>-Control del estado de niño</li> <li>-Intervención en caso de crisis</li> <li>-Mejorar la autoconfianza</li> </ul>

(00124) Desesperanza relacionado con aislamiento social e/p cambios en el patrón del sueño	(1201) Esperanza  (1206) Deseo de vivir	-Dar esperanza -Apoyo en la toma de decisiones -Facilitar el crecimiento espiritual -Potencialización de la seguridad
<b>Dominio 7</b> <b>Rol relaciones</b>	<b>Clase: 1</b> <b>Roles del cuidador</b>	
<b>Diagnóstico</b> <b>(NANDA)</b>	<b>Resultados</b> <b>(NOC)</b>	<b>Intervenciones</b> <b>(NIC)</b>
(00061) Cansancio del rol del cuidador r/e duración del cuidado estrategias de afrontamiento ineficaces	(2210) Resistencia del papel del cuidador	-Apoyo al cuidador principal -Mejorar el afrontamiento -Consulta por teléfono -Fomentar la implicación familiar -Terapia de relajación
<b>Dominio 9:</b> <b>Afrontamiento/tolerancia al estrés</b>	<b>Clase: 02</b> <b>Respuestas de afrontamiento</b>	
<b>Diagnóstico</b> <b>(NANDA)</b>	<b>Resultados</b> <b>(NOC)</b>	<b>Intervenciones</b> <b>(NIC)</b>
(00074) Afrontamiento familiar comprometido r/c enfermedad prolongada e/p apoyo emocional	(2609) Apoyo familiar durante el tratamiento	-Facilitar la presencia de la familia -Estimulación de la integridad familiar -Enseñanza: Proceso de enfermedad

<p>(00069) Afrontamiento ineficaz r/e apoyo social insuficiente cambios en el patrón del sueño</p>	<p>(1302) Afrontamiento de problemas  (1212) Nivel de estrés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejorar el afrontamiento</li> <li>-Acuerdo con el paciente</li> <li>-Ayuda para el control de enfado</li> <li>-Distracción</li> <li>-Elogio</li> <li>-Aromaterapia</li> <li>-Mejorar el sueño</li> </ul>
<p>(00146) Ansiedad r/c la irritabilidad (nerviosismo) e/p el mal humor</p>	<p>(120511) Nivel de confianza  (120507) Comunicación  abierta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disminución de la ansiedad</li> <li>-Administración de mediación</li> <li>-Fomento del ejercicio</li> <li>-Manejo ambiental</li> <li>-Manejo del dolor</li> <li>-Terapia asistida con animales</li> </ul>

## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

- Las características sociodemográficas de la población estudiada con enfermedades renales demostraron que tiene una afectación más en las mujeres que en los hombres, en edades superiores a los 50 años de edad, de estado civil casados y con nivel de instrucción primaria.
- La capacidad de afrontamiento y adaptación (global) obtiene un puntaje más alto en los pacientes que acuden a consulta y utilizaron estrategias de adaptación positivas (factor 1-4). Por el contrario, los pacientes con baja capacidad de adaptación y afrontamiento no utilizan estrategias y estilos de adaptación activos y positivos dirigidos a solucionar los problemas asociados a su enfermedad y a la regulación de conductas emocionales (factor 5-1 respectivamente).
- Los diagnósticos de enfermería encontrados durante el afrontamiento y adaptación de los pacientes con enfermedades renales constituyen un pilar importante para desarrollar estrategias que ayuden a sobrellevar la evolución de la enfermedad entre ellos se destacan los dominios de promoción de la salud, eliminación, actividad y reposo, percepción/ cognición, autopercepción, rol relaciones y afrontamiento / tolerancia al estrés.
- Los pacientes que participaron del estudio, consideraron importante el soporte en la atención con carácter más interdisciplinario y con mayor frecuencia por parte del área de psicología y enfermería, ante este pedido la elaboración de la guía constituye una herramienta útil para determinar un cuidado centrado en el apoyo emocional por parte de los profesionales fomentando un mejor cuidado al paciente diagnosticado con enfermedades renales en sus diferentes grados de afectación.

## **5.2. Recomendaciones**

- Al servicio de diálisis, se recomienda una mayor articulación de la atención del paciente con otras especialidades, especialmente de psicología, con el fin de propiciar una mejor calidad de vida de los pacientes.
- A la coordinación de Enfermería, integrar en la atención del paciente, el proceso de atención de enfermería con la finalidad de brindar un cuidado más integral y humanístico, enfocado en las necesidades del paciente de insuficiencia renal.
- A los directivos del Hospital y de la carrera, que se fortalezcan programas encaminados a mejorar el bienestar del paciente con insuficiencia renal, en el que se incluyan actividades de recreación, educación nutricional, cuidados especiales de enfermería y de soporte psicológico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. González L, Libertad M, Bayarre H, Hernández A. Estrategias de afrontamiento de pacientes en espera de trasplante renal. Rev Haban Cienc Méd. 2019 mayo-junio; 18(3): p. 539-49.
2. De los Santos k. Calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en un hospital [Tesis] , editor. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Maros; 2017.
3. Lorenzo V, López J. Enfermedad Renal Crónica. SEN. 2020 abril.
4. Barba A. El enfermo renal crónico: Análisis de su experiencia psicosocial en la hemodiálisis hospitalaria. 2014..
5. Martínez M, Gómez J. Formalización del concepto de afrontamiento: una aproximación en el cuidado de la Salud. Epub. 2017; 11(3).
6. Maldaner C, Beuter M, Brndani C, al. e. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas en hemodiálisis. Rev. Gaucha Enferm. 2008; 29(4).
7. Parker D. La relación entre la integridad del ego y las actitudes hacia la muerte en adultos mayores. American Journal of Applied Psychology. 2013; 2: p. 7-15.
8. Ministerio de Salud Pública. Salud Renal. [Online].; 2015 [cited 2021 junio [24]. Availablefrom:[https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguimiento/1469](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469).
9. Acuña L, Sánchez P, Soler L, Alvis L. Enfermedad renal en Colombia: prioridad para la gestión de riesgo. Rev Panam Salud Publica. 2016; 40(1): p. 16-22.

10. Vallejos J, Ortega E. Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodialisis en Perú. *Cienc. Psicol.* 2018 agosto; 12(2): p. 205-14.
11. Lázaro A, Esparza E. Afrontamiento en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev Elec Psic Izt.* 2020 Junio; 23(2): p. 801-16.
12. García D, Ochoa M, Martínez E, Gonzalez B, Sánchez M, Martínez M. Prevalencia de los mecanismos de adaptación del paciente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodialisis. *Revista Cuidarte.* 2016; 7(1): p. 1144-1151.
13. Coordinación Zonal 1 Salud, MSP. Plan Estratégico Institucional Hospital San Vicente de Paúl. [Online].; 2015-2017. Available from: [https://issuu.com/msphsvp/docs/plan\\_estrategico\\_hsvp\\_2015-2017](https://issuu.com/msphsvp/docs/plan_estrategico_hsvp_2015-2017).
14. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2018 [cited 2021 Junio 25. Available from: <http://www.hsvp.gob.ec/mision-y-vision/>.
15. Morales J, Uriarte M. Importancia de la intervención nutricional oportuna en el paciente con enfermedad renal crónica [Tesis] , editor. [Obregón]: Universidad de Sonora; 2017.
16. Virtual, Enfermería. Sistema urinario. [Online].; 2009 [cited 2021 junio [25]. Available from: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/103/Sistema%20urinario.pdf?1358605607>.
17. Marín N. Estrategias de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes con insuficiencia renal crónica que recibieron tratamiento de hemodiálisis durante el mes de septiembre de 2015 en el Hospital San Juan de Dios [Tesis] , editor. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2016.
18. Visuete M, Dona M, Gordón D, Sempertegui D, Sosa M, Singo C. Estado de salud bucal en pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento con hemodiálisis. *Rev Odont Mex.* 2018 octubre-diciembre; 22(4): p. 206-13.

19. Díaz de León M, Briones J, Carrillo R, Moreno A, Pérez Á. Insuficiencia renal aguda (IRA) clasificación, fisiopatología, hispatología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento una versión lógica. *Rev Mex Anest.* 2017 Octubre-Diciembre; 40(4): p. 280-87.
20. Mojena M, Suarez A, Ruíz Y. Complicaciones más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a hemodialisis. *Rev. Electron. Zoilo.* 2018 mayo-junio; 43(3).
21. Toasa J. Estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis [Tesis] , editor. [Ambato]: Universidad Técnica de Ambato; 2017.
22. Real Academia de la Lengua. [Online].; 2020 [cited 2021 junio [25]]. Available from: <https://dle.rae.es/afrontamiento?m=form>.
23. Roy C, Whetsell M, Frederickson K. El Modelo de adaptación y la investigación de Roy. *Nursing Science Quarterly.* 2009 July; 22(3): p. 209-11.
24. Maquera A. Afrontamiento y adaptación en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud-Puno 2016 [Tesis] , editor. [Perú]: Universidad Nacional del Antiplano; 2016.
25. Pacheco G. Proceso de adaptación en prácticas clínicas en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa-2018 [Tesis] , editor. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019.
26. Hernández J, Jaimes M, Carvajal Y, Suárez D, Medina P, Fajardo S. Modelo de adaptación de Callista Roy: Instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. *Cultura del Cuidado.* 2016 enero a junio; 13(1): p. 6-21.
27. Heather T, Kamitsuru S. *Diagnósticos de Enfermagem Da NANDA 2018-2020.* 11th ed. Thieme , editor. Sao Paulo: Kaele Acabado Ideas; 2018.

28. Ugalde M, Rigol A. Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA SA M, editor. Barcelona; 1997.
29. Asamblea Constituyente Ecuador. Constitución de la República del Ecuador 2008. [Online].;2019[cited 2021 Junio [25]. Available from: <https://www.fielweb.com/Index.aspx?157Rabf6ik658#app/buscador>.
30. Constitución Política de la República. Reglamento General a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. [Online].; 2012 [cited 2021 junio 25. Available from: [https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf).
31. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida. [Online].; 2017 [cited 2021 junio ]25]. Available from: [https://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_0K.compressed1.pdf](https://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf).
32. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería. [Online].; 2017 [cited 2021 Junio [25]. Available from: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_sp.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_sp.pdf).
33. Hernández R, Fernández C. Metodología de la Investigación. 6th ed. México: Interamericana; 2014.
34. Sanz A, Iriarte S, Gastón A. Aspectos sociodemográficos y laborales en el error asistencial de enfermería. *Enferm. glob.* 2016 julio; 15(43): p. 176-88.
35. Jiménez V, Zapata L, Díaz L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. ; 13(2): p. 159-172.
36. Romero E, Martínez B, Makaiza E. Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis. *Cartagena. av.enferm.* 2013 enero-junio; 31(1): p. 32-41.

37. Andrade J, Beltrán G, Romero C, Tello K, Hernández Z. Educación de enfermería enfocada en el afrontamiento y adaptación del paciente hemodializado. *Revista Criterios*. 2020 Nov; 27(2): p. 129-62.
38. Cotrina Z. Afrontamiento y adaptación según el Modelo teórico de Callista Roy en personas en salud con VIH/SIDA, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2016 [Tesis] , editor. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2017.
39. Quispe R. Afrontamiento y adaptación al climaterio según Modelo de Callista Roy en mujeres de 40 a 60 años [Tesis] , editor. [Puno]: Universidad Nacional del Antiplano; 2018.

## ANEXOS

### Anexo 1. Test de afrontamiento y adaptación



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

### CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN

**Tema:** Afrontamiento y adaptación en pacientes con insuficiencia renal atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl Ibarra, 2021.

**Objetivo:** Determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con insuficiencia renal atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl Ibarra, 2021.

**Instrucciones:** -Señale con una X según corresponda la respuesta que corresponda.

#### 1. Características sociodemográficas y tiempo de tratamiento

**Edad:** de 35 a 40 años \_\_\_ 41 a 50 años\_\_ mayor de 51 años\_\_\_

**Género:** Masculino \_\_ femenino\_\_ Otros \_\_\_

**Etnia:** Mestiza\_\_ Indígena\_\_ Afroamericana\_\_ otra\_\_

**Estado civil:** Solero/a\_\_ Casado/a\_\_ Unión libre\_\_ Divorciado/a\_\_ Viudo/a\_\_

**Nivel de instrucción:** Primaria\_\_ secundaria\_\_ superior\_\_ Ninguna\_\_\_

## 2. Escala de medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)

<b>PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN</b>		<b>Nunca (%)</b>	<b>Rara vez (%)</b>	<b>Algunas veces (%)</b>	<b>Siempre (%)</b>
<b>El factor 1: Recursivo y centrado</b>					
<b>No.</b>	<b>Ítems</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1	Propongo una solución nueva para un problema nuevo.				
2	Obtengo la mayor información posible para aumentar mis opciones.				
3	Trato de que todo funcione a mi favor.				
4	Identifico cómo quiero que resulte la situación y luego miro cómo lo puedo lograr.				
5	Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente.				
6	Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación.				
7	Trato de ser recursivo para enfrentar la situación.				
8	Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida radicalmente.				
9	Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones.				
10	Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación.				
<b>El factor 2: Reacciones físicas y enfocadas</b>					
11	Tengo dificultad para completar tareas o proyectos				
12	Solo puedo pensar en lo que me preocupa.				

13	Encuentro la situación demasiado compleja, con más elementos de los que puedo manejar.				
14	Parece que actúo con lentitud sin razón aparente.				
15	Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo.				
16	Tiendo a paralizarme y confundirme al menos por un tiempo.				
17	Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema.				
18	Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga.				
19	Por alguna razón no parezco beneficiarme de mis experiencias pasadas.				
20	Experimento cambios en la actividad física.				
21	Trato de hacer frente a la crisis desde el principio.				
22	Me doy cuenta que me estoy enfermando.				
23	Me rindo fácilmente.				
24	Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas.				
<b>El factor 3: Proceso de alerta</b>					
25	Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez.				
26	Soy menos eficaz bajo estrés.				
27	Me siento alerta y activo durante el día				
28	Pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo acerca de lo que sucede.				
29	Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos.				

30	Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de la gente cuando tengo que ir a lugares desconocidos.				
31	Soy más eficaz bajo estrés.				
32	Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como ellos sucedieron.				
33	Adopto rápidamente nuevas capacidades, cuando estas pueden resolver mi problema.				
<b>El factor 4: Procesamiento sistemático</b>					
34	Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad.				
35	Me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que no tengo una buena comprensión de la situación.				
36	Pienso en el problema sistemáticamente, paso a paso.				
37	Analizo la situación como realmente es.				
38	Trato de mantener el equilibrio entre la actividad y el descanso.				
39	Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar.				
<b>El factor 5: conociendo y relacionando</b>					
40	Trato de recordar las estrategias o las soluciones que me han servido en el pasado.				
41	Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.				
42	Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones.				
43	Utilizo el humor para manejar la situación.				
44	Puedo relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas o con los planes futuros.				

45	Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros				
46	Miro la situación positivamente como una oportunidad o desafío.				
47	Planteo diferentes soluciones, aunque parezcan difíciles de alcanzar.				

**3. Además de las respuestas a este cuestionario usted ha tenido otros problemas que han afectado su salud\_\_\_\_\_**

**¿Cuáles? \_\_\_\_\_**

## Anexo 2. Consentimiento informado



### UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

Título de la investigación:

---

---

Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_

---

Yo, \_\_\_\_\_, con número de Cédula  
\_\_\_\_\_ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa,  
por este medio, doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta. Inclusive, se me ha dado la oportunidad de consultarlo con mi familia y de hacer todo tipo de preguntas, quedando satisfecho con las respuestas. La entrega del documento se realizó en presencia de un testigo que dará fe de este proceso.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

Nombres y apellidos del investigador.

---

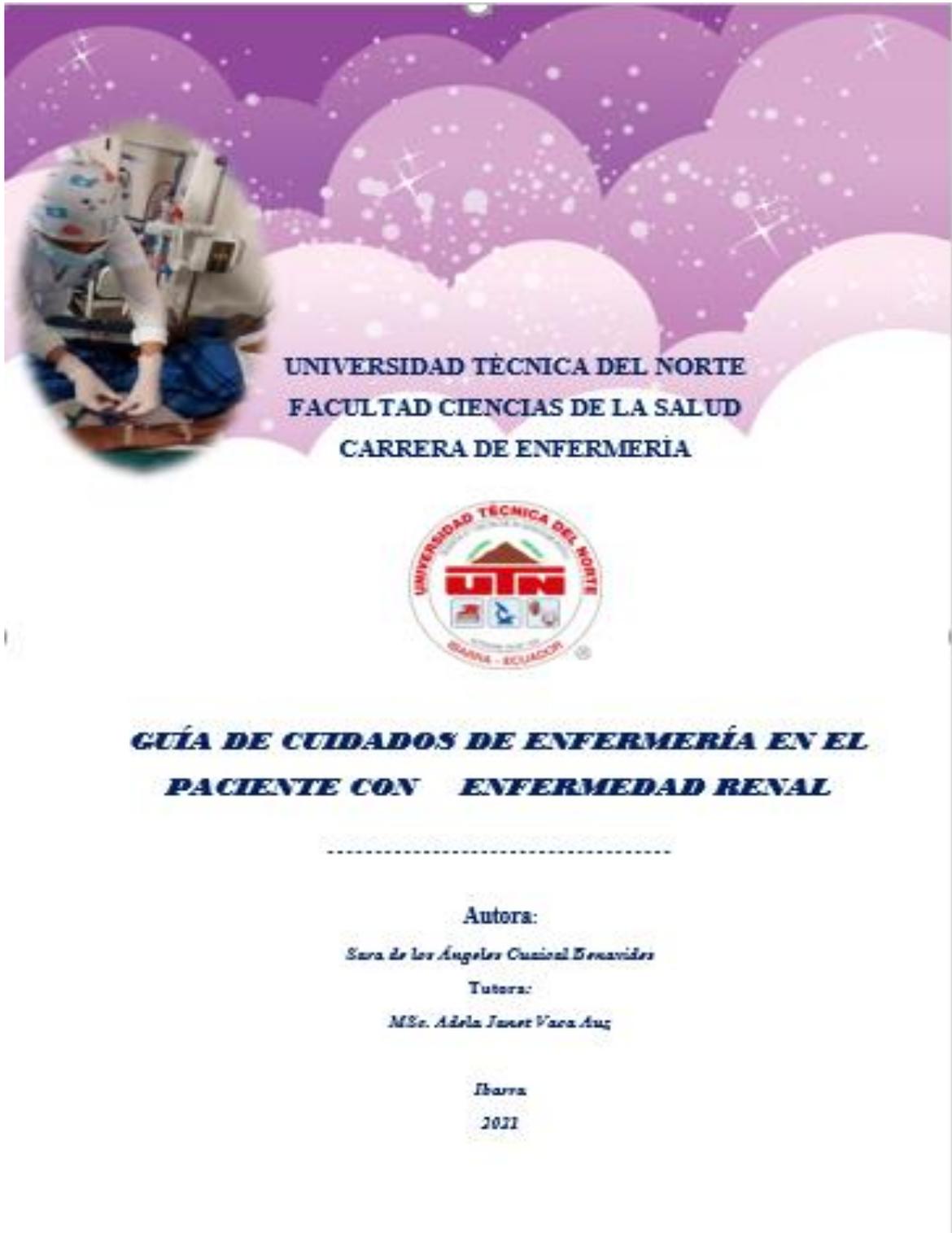
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Evidencias fotográficas



Recolección de datos Unidad de diálisis Hospital San Vicente de Paúl.

**Anexo 4. Guía (Portada)**



## Anexo 5. Análisis de Urkund



### Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS PARA URKUD.docx (D110471050)  
Submitted: 7/15/2021 3:48:00 AM  
Submitted By: sdcuaicalb@utn.edu.ec  
Significance: 4 %

#### Sources included in the report:

1A\_CABREJOS\_ROQUE\_CECILIA\_SEGUNDA\_ESPECIALIDAD\_2020.docx (D64237334)  
Gricelda Aracely Sánchez Lasluisa.docx (D57210646)  
TESIS DIEGO EDGAR MORAN RAMIREZ 2020-2021 CII a.docx (D95799575)  
TESIS FINAL 28-05-2020.docx (D73174474)  
[https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4586/daniela%20estrada.pdf?  
sequence=1&isAllowed=y](https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4586/daniela%20estrada.pdf?sequence=1&isAllowed=y)  
[http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9851/2/06%20ENF%201141%20TRABAJO%  
20DE%20GRADO.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9851/2/06%20ENF%201141%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf)  
<https://core.ac.uk/download/pdf/323341676.pdf>  
[https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/49652/PonceMartinezB.pdf?  
sequence=1&isAllowed=y](https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/49652/PonceMartinezB.pdf?sequence=1&isAllowed=y)  
<https://docplayer.es/149924004-Universidad-nacional-de-san-agustin-de-arequipa.html>

#### Instances where selected sources appear:

16

En la ciudad de Ibarra, a los 15 días del mes de julio del 2021

#### Lo certifico:

Dra .C Janet Vaca A.

C.C: 100158284-8

DOCENTE/TUTORA DE TESIS

## Anexo 6. Aprobación del Abstract



"COATING AND ADAPTATION IN PATIENTS WITH KIDNEY FAILURE AT THE SAN VICENTE DE PAUL HOSPITAL IN IBARRA, 2021"

Author: Sara de los Ángeles Cuaical Benavides

Email: [sdcaicalb@utn.edu.ec](mailto:sdcaicalb@utn.edu.ec)

### ABSTRACT

Renal failure is a public health problem, the cases of this pathology increase every year the morbidity and mortality indicators throughout the world. Objective. To determine the ability to cope and adapt in patients with kidney failure treated at the San Vicente de Paul Ibarra Hospital, 2021. Methodology. Study with a quantitative, non-experimental approach with a descriptive-transversal scope. Forty subjects with a diagnosis of kidney failure from the dialysis service were included in the sample. With the prior informed consent of the patients, the Coping and Adaptation Process (CAPS) measurement scale designed by Callista Roy was applied. Results. Patients with kidney disease had a medium and high capacity for coping and adaptation, observing that patients who attended periodic consultations use the strategies better than those who receive hemodialysis treatment because the latter have complications developed in the disease. Factor two was the one that obtained the highest score, showing kidney patients have physical and emotional reactions in the entry phase for the management of their disease. Conclusions. The nursing profession is a fundamental pillar in the attention in the care of kidney patients since it represents the first contact, so it must have scientific bases, humanized treatment, and in this way be able to respond to the emotional and fiscal needs of each patient.

Keywords: Coping, adaptability, kidney failure

*Reviewed by Victor Raúl Rodríguez Viteri*



Juan de Velasco 2-39 entre Salinas y Juan Montalvo  
062 997-800 ext. 7351 - 7354  
Ibarra - Ecuador

[gerencia@lauemprende.com](mailto:gerencia@lauemprende.com)  
[www.lauemprende.com](http://www.lauemprende.com)  
Código Postal: 100150