

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

*Tesina para optar por el grado académico de
Bachillerato*

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y
CALIDAD DE VIDA
EN EL PACIENTE ANTE EL DIAGNÓSTICO
DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA
A PARTIR DE UNA REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL**

Sustentante
Silvia Melissa Pérez Quesada

Tutor
Licenciada Diana Meza Ramírez

2017

DEDICATORIA

Dedico de manera especial esta tesina a Dios ya que sin Él no hubiera sido posible llegar hasta aquí. A mi Mamá y mi esposo que me han acompañado en este largo proceso, que creyeron en mí y me han apoyado siempre.

Los amo muchísimo. Gracias a Dios por el privilegio de tenerlos en mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero que todo a Dios ya que sin Él no hubiera sido posible. A mis padres que me inculcaron que la mejor herencia que podían darme era el estudio y es por ellos que estoy aquí. Me dieron hasta donde les fue posible y luego me tocó a mí sacrificarme para poder cumplir mi sueño.

Además, agradezco a mi esposo por apoyarme en este largo proceso.

También, quiero agradecer a mi tutora de tesina licenciada Diana Meza Ramírez, por su esfuerzo y dedicación. Por sus conocimientos, sus orientaciones y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigadora.

Por último, agradecer a cada uno de los profesores que contribuyeron con mi formación en el proceso de bachillerato.

Tabla de contenido

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	6
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1.1. Antecedentes del problema.....	14
1.1.1.2. Antecedentes nacionales.....	21
1.1.2. Delimitación del problema	22
1.1.3. Justificación	22
1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
1.3. OBJETIVOS.....	23
1.3.1. Objetivo general	23
1.3.2. Objetivos específicos.....	24
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	25
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	26
2.2. ENFERMEDADES CRÓNICAS	26
2.3. GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	26
2.3.1. Insuficiencia renal crónica.....	27
2.3.1.1. Causas.....	28
2.3.2. Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).....	29
2.3.2.1. Definición	29
2.3.2.2. Período de incubación	30
2.3.2.3. Transmisión	30
2.3.2.4. Síntomas	31
2.3.3. Diabetes mellitus	31
2.3.3.1. Definición	32
2.3.3.2. Tipos	32
2.3.4. Cáncer.....	33
2.3.4.1. Definición	34
2.3.4.2. Causas.....	34
2.3.4.3. Factores de riesgo asociados al cáncer	35
2.4. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO ANTE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA.....	35
2.4.1. Definición de afrontamiento.....	36
2.4.2. Definición estilos de afrontamiento.....	37
2.4.3. Generalidades de los estilos de afrontamiento	38
2.4.3.1. Tipos de estilos de afrontamiento.....	38
2.4.4. Definición de estrategias de afrontamiento	39
2.4.5. Generalidades de las estrategias de afrontamiento	39
2.4.5.1. Tipos de estrategias de afrontamiento	42
2.4.5.1.1 Afrontamiento centrado en el problema	42
2.4.5.1.2. Afrontamiento centrado en la emoción	43
2.5. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	44
2.5.1. Definición	44
2.5.2. Generalidades de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas.....	45

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	49
3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	50
3.2 UNIDADES DE ANÁLISIS Y OBJETOS DE ESTUDIO	50
3.2.1 Fuentes de información primaria.....	50
3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
3.4. PROCEDIMIENTO ANÁLISIS Y CATEGORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN .	51
CAPÍTULO IV: INTEGRACIÓN Y DISCUSIÓN TEÓRICA	54
4.1. RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS	55
4.2 ÁREAS DE AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	56
4.3 RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS	57
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
5.1 CONCLUSIONES	60
5.2 RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ABREVIATURAS	69
ANEXOS	70

RESUMEN

Resumen en español

Introducción

Si bien es cierto que se ha estudiado de forma amplia el tema Estilos de afrontamiento y calidad de vida en el paciente ante el diagnóstico de enfermedades crónicas; también se ha abarcado en su mayoría a nivel internacional. Por su parte en el contexto de los países centroamericanos son escasos los estudios, de ahí que la presente investigación contribuye al conocimiento sobre el tema, lo que proporciona un estudio que puede servir como modelo para futuras investigaciones similares. (Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013)

A través de este estudio se procedió a investigar, analizar y evaluar los estilos de afrontamiento y calidad de vida en el paciente ante el diagnóstico de enfermedades crónicas, lo cual proporciono un mayor cuerpo de evidencia bibliográfica sobre el tema. (Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013)

Objetivo general

Determinar la relación entre los distintos estilos de afrontamiento y la calidad de vida en los pacientes ante el diagnóstico de una enfermedad crónica basado en la revisión bibliográfica y documental.

Metodología

El presente estudio se basa en una investigación bibliográfica y documental, la cual consiste en la realización de un estado de la cuestión, mediante la búsqueda y la revisión sistemática de investigaciones existentes de los últimos 10 años. Esta revisión bibliográfica responde a los objetivos planteados en la investigación.

Este trabajo es una revisión bibliográfica y documental, las fuentes de información son artículos científicos, tesis y libros. Para lograr recopilar toda esta información se realizó una búsqueda de información actualizada sobre el tema con un período máximo de 10 años, en las siguientes bases de búsqueda y bibliotecas: Google Académico, Science Direct, Science Hub, Proquest, Ebsco. Biblioteca Nacional y en las bibliotecas virtuales CENIT, SIBDI, Sistema de servicios bibliotecarios de la Universidad Católica y la Biblioteca de la Universidad Fidélitas.

Resultados

Se utiliza una división de los resultados y hallazgos de la investigación, los cuales permiten la comprensión de estos. Esta división está conformada por tres grandes áreas o categorías de análisis, estas son: relación entre estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas, relación de los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas y áreas de afectación en la calidad de vida de las enfermedades crónicas.

En relación a la primera categoría, los hallazgos apuntan a que los estilos de afrontamiento contribuyen a manejar y controlar la enfermedad y sus repercusiones, fomentando la calidad de vida de las personas. Por consiguiente, los estilos de afrontamiento mejoran la calidad de vida en los pacientes con EC, al reducir los niveles de estrés, ansiedad, enojo, reduciendo la fatiga, el insomnio y percibiendo como más tolerable el dolor. (Pascual y Caballo, 2017)

En cuanto a la segunda categoría, los resultados de los estudios recopilados apuntan a que la calidad de vida se ve afectada por las enfermedades crónicas en cuatro dimensiones específicas: física, funcional, psicológica y social. El que los profesionales en ciencia de la salud hayan depositado sus esperanzas confiados en los avances de la medicina, ha contribuido a que estas áreas de afectación se vean intensificadas, repercutiendo en la calidad de vida.

Y por último la tercera área de análisis revela que una persona que utilice un estilo de afrontamiento pasivo o evitativo puede llegar a instaurar una estrategia de afrontamiento no adaptativa, y esto puede provocar un daño en la salud a largo plazo. Por el contrario, si se utiliza un estilo de afrontamiento activo se reduciría el estrés y se conseguiría fomentar la salud a largo plazo (Tito, 2015).

Conclusiones

La realización de la investigación bibliográfica y documental permitió determinar la relación entre los distintos estilos de afrontamiento y la calidad de vida en los pacientes ante el diagnóstico de una enfermedad crónica basado en la revisión bibliográfica y documental.

Recomendaciones

El estudio plantea las siguientes líneas de investigación: 1) Estilos de afrontamiento y calidad de vida ante el diagnóstico de enfermedad renal en la población de Costa Rica y 2) Estilos de afrontamiento y calidad de vida de los familiares ante el diagnóstico de una enfermedad crónica.

Palabras claves

De la investigación surgen las siguientes palabras claves: estilos de afrontamiento, calidad de vida, estrategias de afrontamiento, enfermedades crónicas.

Summary in English

Introduction

Although it is true that it has studied in a broader way the topic coping styles and quality of life in the patient in the diagnosis of chronic diseases; it is also that it has been largely covered at the international level. For its part in the context of the Central American countries are scarce, hence the present research contributes to knowledge on the subject, providing a study that can serve as a model for future similar research. (Macías, Madariaga, Valle and Zambrano, 2013)

Through this study, it was agreed to investigate, analyse and evaluate the coping styles and quality of life in the patient in the face of the diagnosis of chronic diseases, which provided a greater body of bibliographic evidence on the subject. (Macías, Madariaga, Valle and Zambrano, 2013)

General objective

To determine the relationship between the different coping styles and the quality of life in patients in the diagnosis of a chronic disease based on the bibliographic and documentary review.

Methodology

This study is based on a bibliographical and documentary research, which consists in the realization of a state of the question, through the search and systematic review of existing research of the last 10 years. This bibliographical review responds to the objectives raised in the research.

Since this work is a bibliographical and documentary review, the sources of information are scientific articles, theses and books. In order to collect all this information, a search for updated information on the subject was carried out with a maximum period of 10 years, in the following search bases and libraries: Google academic, Science Direct, Science Hub, ProQuest, Ebsco. National Library and in the virtual libraries CENIT, SIBDI, library services System of the Catholic University and the library of Fidélitas University.

Results

A division of the results and findings of the investigation is used, which allow the comprehension of these. This division is formed by three large areas or categories of analysis, these being: relationship between coping styles and quality of life in patients with chronic illnesses, relationship of coping styles and coping strategies in Patients with chronic illnesses and areas of involvement in the quality of life of chronic diseases.

In relation to the first category, the findings suggest that coping styles contribute to managing and controlling the disease and its repercussions, encouraging people's quality of life. Consequently, coping styles improve quality of life in patients with EC by reducing stress levels, anxiety, anger, reducing fatigue, insomnia and perceiving as more tolerable pain. (Pascual y Caballo, 2017)

In terms of the second category, the results of the studies compiled indicate that the quality of life is affected by chronic diseases in four specific dimensions: physical, functional, psychological and social. The fact that health-care professionals have placed their trust in the advances of medicine has contributed to the fact that these areas of concern are intensified, affecting the quality of life.

And finally, the third area of analysis reveals that a person who uses a passive or avoidable coping style may come up with a non-adaptive coping strategy, and this can lead to long-term health damage. On the contrary, if an active coping style is used, stress will be reduced and long-term health will be promoted (Tito, 2015).

Conclusions

The carrying out of the bibliographical and documentary research allowed determining the relationship between the different coping styles and the quality of life in patients before the diagnosis of a chronic disease based on the review Bibliography and documentary.

Recommendations

The study raises the following lines of research: 1) coping styles and quality of life in the face of the diagnosis of renal disease in the population of Costa Rica and 2) coping styles and quality of life of family members before the Diagnosis of a chronic disease.

Key words

Of research the following key words arise: coping styles, quality of life, coping strategies, chronic diseases.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Antecedentes del problema

En este trabajo se investigará sobre los procedimientos para afrontar el diagnóstico de enfermedades crónicas en los pacientes, los estudios encontrados se centran a nivel internacional, ya que a nivel nacional son escasos.

Lo que se halló a nivel nacional, son solo datos estadísticos de la prevalencia de las enfermedades crónicas, pues no así sobre investigación de la enfermedad en el tema de estilos de afrontamiento.

1.1.1.2. Antecedentes internacionales

El estudio realizado por Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007) acerca de los estilos de afrontamiento y calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, evidencia un quebranto importante en la calidad de vida de los pacientes caracterizada, principalmente, por deterioro en el rol físico, salud general y dolor. No así en la función social, esto puede indicar que las personas no perciben que sus problemas de salud física o emocional obstaculicen mucho su vida social habitual.

En este sentido, es frecuente que los pacientes con insuficiencia renal crónica afronten su condición con ira y hostilidad como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento; característica del estilo de afrontamiento llamado expresión emocional abierta. que en este estudio obtuvo la puntuación promedio más baja. Este grupo de pacientes, a pesar del desajuste que sufren en todas las áreas de su vida, asumen su condición con estrategias activas, racionales, focalizadas en el problema, más que emocionales. (Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez, 2007)

Los resultados proporcionados por el estudio los estilos de afrontamiento racionales, activos, focalizados en el problema tienen implicaciones fundamentales para la intervención en cuanto constituye un recurso significativo en este grupo de pacientes. La percepción de mejor salud mental se relacionó de manera positiva con el estilo de afrontamiento centrado en el problema; es decir, asumir un papel activo en la situación, analizar las causas y seguir pasos concretos, seguir un plan de acción, hablar con las personas implicadas y poner en acción soluciones concretas. Para los autores, el concepto de afrontamiento y su relación con las dimensiones de calidad de vida del paciente con enfermedad crónica cobra relevancia ya que la percepción de calidad de vida tiene que ver con la forma en que el paciente asume su condición. (Contrera et al., 2007).

En el trabajo realizado por García y Rodríguez (2007) sobre calidad de vida en enfermos crónicos, se muestra la relación existente entre calidad de vida y salud. Además, se explican algunos enfoques (los centrados en la evaluación objetiva de las funciones, los centrados en la percepción individual de la calidad de vida y los de un enfoque más personal), en el estudio y evaluación de la calidad de vida en enfermos crónicos y las áreas o dimensiones que la componen. Se recalca la necesidad de tener en cuenta la perspectiva individual del enfermo al evaluar la calidad de vida.

En otro estudio realizado en un Hospital de Bogotá, Colombia por Contreras, Espinosa y Esguerra, (2008) sobre la calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, cuyo objetivo fue identificar las variables psicológicas que miden el comportamiento de adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. La muestra no probabilística estuvo conformada por 33 pacientes, 15 hombres y 18 mujeres,

con diagnóstico de insuficiencia renal crónica y edades comprendidas entre los 25 y 75 años. Los resultados tienen implicaciones en las estrategias de intervención para la conducta de adhesión al tratamiento propuestas por la psicología, ya que evidencian la complejidad del fenómeno de la adhesión y las dificultades metodológicas que supone su evaluación.

Por su parte, Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez y Otalvaro (2009), en su estudio sobre las estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida, tuvo como objetivo evaluar las estrategias de afrontamiento y la ansiedad-depresión en 92 pacientes de ambos géneros diagnosticados con VIH/Sida en tratamiento antirretroviral de la ciudad de Medellín, Colombia.

Los resultados demostraron muy bajos niveles de ansiedad y depresión y alto uso de estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo como las focalizadas en el problema, de búsqueda de apoyo en la religión y profesionales de la salud, alto empleo de la estrategia de control emocional y muy bajo uso de la estrategia de reacción agresiva (Gaviria et al., 2009).

En el artículo realizado por Riveros, Castro y Lara (2009) el cual trata sobre las características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos, donde se abordaron las diferencias en calidad de vida a partir de la condición crónica o aguda del padecimiento. El estudio se realizó con un total de 449 participantes divididos en tres grupos: enfermos crónicos, agudos y personas sanas, los resultados revelaron propiedades psicométricas sólidas en el inventario y diferencias en calidad de vida entre los tres grupos, donde en la mayoría de las áreas los pacientes crónicos exhibieron menor calidad de vida seguidos por los agudos y, finalmente, por los sanos. Se concluye que hay un efecto diferencial por la condición, en el que los padecimientos curables también impactan la calidad de vida.

En la tesis realizada por Vélez (2010), la cual trata sobre las representaciones de la insuficiencia renal crónica; afrontamiento y adherencia al tratamiento, cuyo objetivo es identificar las ideas intuitivas sobre el sistema renal y la insuficiencia renal crónica entre pacientes y población general, y explorar la relación entre las representaciones de la enfermedad, el estilo de afrontamiento y la adherencia al tratamiento en una muestra de pacientes afectados de insuficiencia renal crónica y en programa de hemodiálisis.

Vélez (2010) concluye que la percepción de control de la enfermedad, la coherencia que esta tiene para el paciente y el conocimiento de cronicidad son elementos de las representaciones de la enfermedad que determinan el uso de las distintas estrategias de afrontamiento como lo son el afrontamiento centrado en la emoción y el afrontamiento centrado en el problema.

En el estudio realizado en Colombia por Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto (2010) sobre el afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer donde se caracteriza al afrontamiento como una variable de estudio sustancial dado que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que el desencadenante de tal reacción es la interpretación que la persona forme con la situación que está viviendo.

Según Oliveros et al. (2010) el objetivo de este estudio fue evaluar los estilos de afrontamiento asumidos por un grupo de 31 individuos, de ambos géneros, con diagnósticos de diferentes tipos de cáncer, que permita establecer e identificar los diversos factores que influyen o intervienen durante el desarrollo de la enfermedad.

Los resultados pertenecientes al estudio de Oliveros y colaboradores (2010) evidenciaron que el mayor porcentaje de los individuos se ubicó en la categoría orientado al problema,

demostrando que emplearon estrategias tales como la resolución de problemas, la búsqueda de apoyo social y la variación del nivel de aspiraciones, entre otras.

En el trabajo realizado por Ledón (2011) el cual trata sobre las enfermedades crónicas y vida cotidiana, se desarrolla como la cronicidad de la enfermedad impacta sobre las personas que la padecen, ya que tienen que lidiar con la enfermedad en los espacios físico, psíquico y simbólico de la individualidad; pero también en los espacios de la vida cotidiana, donde resultan involucradas las relaciones interpersonales en general.

En la tesis realizada en México por Morales (2012) la cual se basa en un estudio sobre malestar emocional, estrategias de afrontamiento y control metabólico en pacientes con diabetes tipo II con el objetivo de determinar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para modificar el nivel de malestar emocional, las estrategias de afrontamiento y el control metabólico en pacientes con diabetes tipo II del municipio de el Arenal en el Estado de Hidalgo.

En el estudio participaron 13 pacientes con diagnóstico confirmado de Diabetes mellitus tipo II, de entre 29 a 75 años de edad, 10 mujeres y tres hombres. Según los resultados de esta investigación sugiere que las intervenciones grupales basadas en un enfoque cognitivo-conductual son efectivas para modificar las variables abordadas en los pacientes con diabetes tipo II (Morales, 2012).

Cadena (2012) en su trabajo de investigación para la titulación de psicóloga clínica sobre los estilos de afrontamiento en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, cuyo objetivo era identificar los estilos de afrontamiento de estas mujeres con cáncer de mama y en aquellas que

no presentan el diagnóstico para probar que las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama presentan diferentes estilos de afrontamiento comparadas con las que no lo padecen.

Esta investigación se realizó con una muestra de 30 pacientes con cáncer a las cuales se les evaluó los estilos de afrontamiento, con test y datos socio-demográficos mediante encuesta. Los resultados que se encontraron entre los dos grupos, coincidiendo los mismos estilos, pero en menor puntuación las mujeres sin la enfermedad (Cadena, 2012).

Por su parte, Villagrán (2012) en su estudio acerca de la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en un grupo de 20 pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Quito, se identificó que el estilo de afrontamiento más utilizado por los individuos fue el centrado en la emoción y las estrategias, el de mayor uso fue la aceptación, la religión, el afrontamiento activo y la reinterpretación positiva. Además, de que los pacientes tienen una mayor adherencia al tratamiento cuando manejan estilos y estrategias de afrontamiento activos centrados en torno a su patología.

En la tesis realizada en Ecuador por Rivadeneira (2014) sobre las estrategias de afrontamiento psicológico para manejar la enfermedad crónica, en la Unidad renal de Dialibarra, la cual tiene como objetivo elaborar una guía ilustrativa de fácil acceso y difusión sobre las estrategias, estilos y procesos de afrontamiento psicológico de la enfermedad renal crónica, para prevenir trastornos emocionales asociados a la enfermedad crónica, por lo tanto es de gran importancia proporcionar ayuda e información psicológica tanto en el momento de dar el diagnóstico y durante el tratamiento para que el paciente pueda reconocer ciertas herramientas o estrategias específicas contribuye a prevenir afectaciones conductuales, emocionales y cognitivas que le permitan afrontar mejor su enfermedad.

El estudio se realizó con 15 pacientes con insuficiencia renal crónica; los resultados señalaron que las actitudes predominantes para manejar la enfermedad fueron las estrategias de afrontamiento adaptativas; mientras que las estrategias no adaptativas o que dificultan la aceptación de la enfermedad y su tratamiento tuvieron menor prevalencia; sin embargo, son porcentajes considerables de seguimiento por (Rivadeneira, 2014).

En el trabajo de Tito (2015), sobre psicología clínica, cuyo objetivo fue analizar los estilos de afrontamiento que predominan en las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH. En el informe se describen los distintos estilos y estrategias de afrontamiento que relacionan la respuesta para afrontar el diagnóstico de VIH y el embarazo de alto riesgo.

Se centró en la teoría cognitivo-conductual de Lázarus y Selye (citados en Tito, 2015), en donde el estudio se realizó con una muestra de 54 participantes. Los resultados muestran que la predominancia fue el estilo activo-cognitivo (97%) que recoge la evaluación de la fuente de estrés (seropositividad y embarazo) y de los estilos activos-conductuales (3%) por implicar comportamientos más directivos sobre el problema, la búsqueda de apoyo emocional e informativo.

En el trabajo sobre psicología clínica realizado por Buñay (2016), cuyo objetivo principal se centró en determinar las medidas de afrontamiento que utilizan los niños, las niñas y los adolescentes de 8 a 14 años de edad con enfermedad terminal crónica durante su internamiento en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz en Ecuador. El mismo fue abordado desde la corriente cognitivo- conductual de Lazarus y Folkman (citados en Buñay, 2016) y el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) de Rodríguez Francisco, Estrada Cristina &

Rodríguez Luis; se concluyó que el grupo del estudio utiliza más como medida de afrontamiento el apoyo emocional, seguidas de otras menos frecuentes.

En un estudio realizado por García et al. (2016), el cual trata sobre los mecanismos de adaptación psicológicos, afectivos y sociales de un grupo de 64 pacientes con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis, derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), del estado de Durango, México; los resultados que se obtuvieron fue mediante una encuesta que abarcó los mecanismos de adaptación. Se encontró que la mayoría de las personas con insuficiencia renal crónica 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.

1.1.1.2. Antecedentes nacionales

A nivel nacional no hay estudios sobre este tema, pero si hay datos estadísticos sobre la prevalencia o la incidencia de las enfermedades crónicas.

En el artículo publicado en el periódico la Nación llamado Costa Rica es el país de América Latina con menos muertes prematuras por males crónicos, Rodríguez (2017) menciona que en el país las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte, donde el 83% de los costarricenses fallece de una de estas. La posibilidad de morir de un padecimiento crónico antes de los 70 años de edad es de 11,1%, esta es la cifra más baja de toda América Latina.

El Ministerio de Salud tiene estadísticas actualizadas hasta el año 2012 sobre la incidencia del cáncer en hombres y mujeres, y cuales son más frecuentes. (Rodríguez, 2017).

1.1.2. Delimitación del problema

Se realiza una revisión bibliográfica y documental para determinar los estilos de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes que son diagnosticados con enfermedades crónicas, por medio de artículos que fueron publicados en revistas científicas y tesis tanto de licenciatura y doctorado, de los últimos 10 años.

Las investigaciones se obtuvieron de bibliotecas a nivel nacional y en bibliotecas digitales como SIBDI, CENIT y el sistema de servicios bibliotecarios de la Universidad Católica. También en sitios web: Google Académico, Science Direct, Science Hub, Proquest, Ebsco.

A nivel nacional no se han hecho investigaciones en cuanto a los estilos de afrontamiento y las enfermedades crónicas, lo que hay son estadísticas de dichas enfermedades.

1.1.3. Justificación

La presente investigación bibliográfica dará a conocer, en la medida de lo posible, la relación entre los estilos de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas.

El propósito de esta investigación, se basa por la cercanía personal que se ha tenido en el área laboral con pacientes con enfermedades crónicas. El observar a diario a personas diagnosticadas con una enfermedad crónica y apreciar todo el deterioro emocional que ellos sufren, llevó a investigar sobre los estilos de afrontamiento que ellos utilizan para enfrentar la enfermedad. El padecimiento de una enfermedad crónica, conlleva una serie de cambios, tanto a nivel individual, familiar y social, cambios que los pacientes deben de afrontar para mejorar su calidad de vida.

Además, es bien sabido que las enfermedades crónicas tanto a nivel internacional como nacional van en aumento. Según Sapag, Lange, Campos y Piette (2010) las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de muerte en la mayoría de los países y se espera que su prevalencia aumente cerca de un 17% en los próximos 10 años.

En Costa Rica el 83% de los ticos fallecen por causa de las enfermedades crónicas (siendo las principales la diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, el cáncer, problemas cardiovasculares, entre otras) y es el país de la región con mayor mortalidad debido a dichas enfermedades. Sin embargo, a pesar de estas estadísticas, solo el 11% muere antes de los 70 años de vida. Eso quiere decir que es la nación con menor tasa de muertes prematuras en América Latina, el segundo menor en el continente americano (después de Canadá) y ocupa el puesto 19 en el mundo. (Jiménez, 2017)

Esta investigación se realiza con el fin de que sirva como una referencia a nivel nacional, ya que no hay investigaciones previas sobre este tema.

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre los distintos estilos de afrontamiento y la calidad de vida en los pacientes ante el diagnóstico de una enfermedad crónica basado en la revisión bibliográfica y documental?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los distintos estilos de afrontamiento y la calidad de vida en los pacientes ante el diagnóstico de una enfermedad crónica basado en la revisión bibliográfica y documental.

1.3.2. Objetivos específicos

- Definir el concepto de enfermedad crónica, así como algunos tipos de enfermedades crónicas.
- Identificar la diferencia entre estilos de afrontamiento y estrategias de afirmamiento.
- Identificar los tipos de estilos de afrontamiento en los pacientes ante el diagnóstico de una enfermedad crónica por medio de una indagación bibliográfica y documental.
- Identificar los tipos de estrategias de afrontamiento en los pacientes ante el diagnóstico de una enfermedad crónica por medio de una indagación bibliográfica y documental.
- Conocer la calidad de vida de las personas diagnosticadas con una enfermedad crónica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

En este capítulo se desarrollan los objetivos planteados según las síntesis del material encontrado mediante la búsqueda bibliográfica y documental.

2.2. ENFERMEDADES CRÓNICAS

Según Sapag et al (2010) “enfermedad crónica se entiende como la afectación a la salud que persiste en el tiempo y requiere de cuidados continuos y permanentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, algunas enfermedades respiratorias, el SIDA y algunos tipos de depresión, entre otras” (p.1)

Por otra parte, Sawyers, Drew, Yeo y Britto (citados en Zubarewa et al. 2017, p. 554) Considera enfermedad crónica a “aquella condición de salud que implique una deficiencia biológica, psicológica o cognitiva en un tiempo de evolución mayor de un año, que involucre una deficiencia cognitiva, emocional o social y que requiera de cuidados especiales en salud”.

Pascual y Caballo (2017) definen las enfermedades crónicas como aquella condición que persiste a lo largo del ciclo vital, caracterizado por distintas consecuencias en cada una de las áreas de la vida de la persona afectada. Esto llega a provocar deterioro en el quehacer diario de quienes lo presentan.

2.3. GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las personas con una enfermedad crónica, tienen que vivir con lo que es la cronicidad. Esta condición impone en primer lugar lidiar de forma permanente con los signos, síntomas y todo lo que conlleva su patología en los espacios físicos, emocionales, personales e interpersonales.

Las relaciones interpersonales en general, las ocupaciones, la familia y la pareja constituyen las dinámicas de interacción fundamentales donde los procesos de salud y enfermedad se expresan. Por tanto, son los amigos, los familiares y la pareja quienes se convertirán en los principales actores, testigos y convivientes de dichos procesos. (Ledón, 2011)

Según Rivadeneira (2014), la enfermedad crónica va a impactar en el equilibrio del individuo, causa estrés y con esto genera una situación de crisis, se crea una ruptura de su conducta habitual y su modo de vida. Cuando algo llega a fragmentar y cambiar el modo de vivir y las pautas de comportamiento la persona, generalmente, emplea ciertos mecanismos de respuesta, que pueden ser adecuados o inadecuados, esto es cambiante dependiendo la persona.

Una enfermedad crónica puede constituir un periodo de crisis mayor e incluso conllevar cambios permanentes en el paciente, es por esto que el individuo puede llegar a emplear un sinnúmero de estrategias de afrontamiento para mantener su bienestar emocional y adaptarse al estrés que le causa su enfermedad y su tratamiento (Rivadeneira, 2014).

Por esto, en el presente apartado se abarcan las enfermedades crónicas, tales como: Insuficiencia renal crónica, Diabetes mellitus, cáncer y el VIH. Las mismas son presentadas a continuación:

2.3.1. Insuficiencia renal crónica

La Insuficiencia renal crónica es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias. Considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de sustitución. (García et al., 2016)

En Costa Rica las estadísticas encontradas sobre la insuficiencia renal crónica se relacionan con las defunciones intrahospitalarias a nivel nacional entre el año 2010 y el 2016. Según los datos de la CCSS las defunciones han sido las siguientes: en el año 2010 hubo 88 defunciones, 2011 (65), 2012 (72), 2013 (62), 2014 (62), 2015 (87) y en el año 2016 (79), es importante aclarar que estos datos se refieren a la enfermedad renal crónica en general (Ministerio de Salud, 2017).

La IRC se define por la presencia de lesiones renales y/o el descenso de la velocidad de filtración glomerular de más de 3 meses de evolución. Se establece el diagnóstico cuando la tasa filtración glomerular (GFR) es inferior a $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Esta permite orientar el manejo en cada estadio de la enfermedad. (Boffa & Cartery, 2015)

2.3.1.1. Causas

Las principales causas residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, HTA, la diabetes y la enfermedad vascular. (Soriano, 2004)

2.3.1.2. Signos y síntomas

Con la insuficiencia renal crónica puede no haber síntomas clínicos. Los síntomas como prurito, malestar general, lasitud, falta de memoria, pérdida de la libido, náuseas y fatiga fácil son datos frecuentes y no focales de esta enfermedad. La mayoría de los pacientes con ERC tienen presión arterial elevada secundaria a sobrecarga de volumen. (Smith, 2009, p. 560)

Puede presentar frecuencias cardíacas y respiratorias rápidas como manifestaciones de anemia y acidosis metabólica. También, están presentes datos clínicos de hedor urémico, pericarditis,

datos neurológicos de asterixis y estado mental alterado. Los riñones palpables sugieren enfermedad poliquística. (Smith, 2009)

2.3.2. Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)

“Las enfermedades infecciosas son el grupo de afecciones que mayor impacto ha tenido en la historia de la humanidad y que aún constituyen el principal motivo a nivel sanitario” (Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez & Otalvaro, 2009).

Según los datos del Ministerio de Salud (2014), de acuerdo con las estimaciones de ONUSIDA, la prevalencia en población mayor de 15 años es de 0,24, 15 a 24 años es de 0,13 y en el de 15 a 49 es de 0,29.m. Para el período 2002-2012, se observó un incremento en las tasas de VIH, mientras que el SIDA muestra una tendencia a la disminución. Se registraron 5911 casos de VIH (incidencia para el período 132,0 casos por cada 100 000 habitantes).

Los casos nuevos de infección por VIH se presentan, básicamente, en el sexo masculino (79,4%) donde la razón hombre/mujer para ese período es de 3,8:1 (3,8 hombres por cada mujer). el sub grupo de edad de 20 a 44 años, concentra el 72,9% de los casos ocurridos en el país en ese período (Ministerio de Salud, 2014).

2.3.2.1. Definición

Según Minsal (citado por Tito, 2015) define el VIH como:

La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tipo 1 o tipo 2, se caracteriza por el deterioro progresivo del sistema inmune y clínicamente por una infección asintomática o poco sintomática durante un período variable de

hasta alrededor de 8 años (actualmente se considera de 10 años), debido al equilibrio entre la replicación viral y la respuesta inmunológica del paciente. Posteriormente se rompe este equilibrio aumentando la carga viral y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a la etapa de SIDA. (p. 16)

Esta enfermedad tiene un curso crónico y progresivo, el virus actúa atacando y destruyendo los linfocitos CD4, que constituyen las defensas de nuestro cuerpo para hacer frente a las infecciones. (Tito, 2015)

2.3.2.2. Período de incubación

Según Gutiérrez y Blanco (2016, p. 120) “La infección por el VIH puede dividirse en tres fases: infección primaria: de 3 a 6 semanas de duración; período latente: de 7 a 10 años.; fase final: corresponde a la enfermedad (SIDA), propiamente dicha”.

2.3.2.3. Transmisión

Los mecanismos de transmisión del VIH son: sexual, parenteral o Perinatal o Materno-Infantil. Las vías principales de transmisión son a través de los líquidos sexuales y la sangre. (Gaviria et al., 2009)

Gutiérrez y Blanco (2016) definen los mecanismos de transmisión como:

- **Transmisión sexual:** en general el 42% de nuevos casos se da por contagio homosexual y un 33% corresponde a infecciones por contagio heterosexual.

- **Transmisión parenteral:** transfusiones sanguíneas, trasplantes y uso compartido de jeringas para drogas
- **Transmisión perinatal o materno-infantil:** en cuanto a la transmisión materno-fetal, la probabilidad es de 23-30% antes del nacimiento, de 50-65% durante este y de 12-20% durante la lactancia.

Además, indican la importancia de saber que el virus se encuentra en pequeñas cantidades en la saliva; sin embargo, no representa un mecanismo de transmisión, al igual que las lágrimas, sudor u orina. (Gutiérrez y Blanco, 2016)

2.3.2.4. Síntomas

Algunos de los síntomas que pueden presentar son: fiebre, dolor de cabeza, ganglios inflamados, cansancio, músculos doloridos, dolor de garganta durante las seis semanas de haberse infectado con VIH. Es importante mencionar que la mayoría de las personas con VIH no tiene síntomas por años, más cuando se contrae una enfermedad del SIDA los síntomas son más severos como fiebre y diarrea con duración de más de un mes, pérdida de peso, cansancio extremo, ganglios linfáticos agrandados, falta de claridad al pensar, mareos, entre otros. (Gaviria et al, 2009)

2.3.3. Diabetes mellitus

Según Morales (2012) la diabetes es una enfermedad que la padecen personas en prácticamente todo el mundo, genera devastadoras consecuencias humanas, sociales y económicas. Se calcula que alrededor de 285 millones de personas en el mundo padecen diabetes y que esta cifra aumentará a 439 millones en el año 2030.

En Costa Rica según el Ministerio de Salud (2014) mediante la encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular realizada a Costa Rica en el año 2010 a personas de 20 años y más, la prevalencia de diabetes fue de un 1,3% y en población diagnosticada 9,5% lo que da una prevalencia nacional de 10,8% cifra similar a las encontradas en países como Canadá y Estados Unidos, donde la más elevada en el sexo femenino es (11,6%) que en el masculino (9,8%). Es la cuarta causa de muerte prematura entre las EC, y del total de muertes por esta enfermedad, alrededor del 40% ocurren antes de los 70 años.

2.3.3.1. Definición

La DM es un grupo de padecimientos caracterizado por la presencia de hiperglucemia, esta es debida a deficiencia absoluta o relativa en la secreción o la acción de la insulina. Pero también condiciona alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas y, por lo tanto, afecta el metabolismo intermediario. (Herrera y Martín, 2011)

Es un padecimiento sistémico o generalizado que afecta distintos órganos, aparatos y sistemas corporales. Es una enfermedad grave y progresiva. (Herrera, 2011).

2.3.3.2. Tipos

Los tipos de diabetes más frecuentes son la diabetes tipo I y la diabetes tipo II:

- Diabetes tipo 1: representa solo del 5 al 10 % de los casos de diabetes, las personas son insulino-dependiente. Es el resultado de la destrucción autoinmunitaria de las células β pancreática y requiere tratamiento con insulina. (Morales, 2012)
- Diabetes tipo 2: representa del 90 al 95 % de los casos de diabetes, los pacientes son no insulino-dependiente. Abarca individuos que tienen una resistencia a la insulina ya que el organismo no puede utilizar la insulina de forma adecuada y tienen una deficiencia relativa a la insulina. La mayor parte de sus vidas estas no necesitan recurrir a un tratamiento con base de insulina para sobrevivir. (Morales, 2012)

2.3.4. Cáncer

El cáncer es considerado como una de las patologías que mayor impacto produce actualmente en la sociedad. En el año 2000, los tumores malignos representaron un 12% de alrededor de 56 millones de muertes que se produjeron en el mundo. (Oliveros et al, 2010)

En Costa Rica, según el Ministerio de Salud (2014) la incidencia de cáncer según localización, tanto para hombres como para mujeres, dentro de los cuales se presenta la tendencia desde el año 2000 al año 2012 es la siguiente:

- En el sexo masculino las localizaciones de cáncer más frecuentes de acuerdo con su incidencia (tasa ajustada por cada 100 000 hombres) para el año 2012 en orden descendente son: piel (49,48), próstata (44,92), estómago (17,26), colon (8,36), pulmón (7,25) y sistema hematopoyético reticuloendotelial (6,81).
- En el sexo femenino, la localización más frecuente de tumores malignos para el año 2012 es el de piel, seguido por el de mama, de cérvix, el cáncer de tiroides, el cáncer de estómago y, por último, el de colon.

2.3.4.1. Definición

Según Palacio (citado por Cadena, 2012):

El cáncer no es una enfermedad: es el nombre de una variedad de, por lo menos, cien enfermedades muy distintas entre sí y que se producen por el crecimiento anormal y desordenado de las células del cuerpo. Esto es causado por alteraciones celulares ocurridas cuando la clave cromosómica genética es alterada, por lo que las células reciben mensajes erróneos. La célula cancerosa pierde el control de su propio desarrollo, de modo que se divide en más células a mayor velocidad que el resto de tejidos a los que pertenece, sin cumplir las funciones para las que ha sido creada. (p. 19)

El cáncer es el resultado de la interacción de uno o más agentes causales y la reacción viva del organismo, haciendo que se extiendan sus peculiaridades, que, al combinarse, produzcan alteraciones genéticas (Cadena, 2012).

2.3.4.2. Causas

Según Palacio (citado por Cadena, 2012) las causas del cáncer se clasifican en dos categorías: externas o internas.

- Internas: esto por una predisposición genética, lo que quiere decir que puede que la familia herede un gen anormal que hace que sus miembros presenten una alta predisposición de desarrollar cáncer.

- Externas: puede darse por exposiciones a sustancias químicas, agentes físicos o biológicos que afectan los genes de las células, transformándolas en cancerosas.

2.3.4.3. Factores de riesgo asociados al cáncer

Algunos de los factores de riesgo son: dieta, consumo de cigarrillo, infecciones, rayos solares, alcohol, radiación, contaminación y algunos medicamentos. (Cadena, 2012)

2.4. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO ANTE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

Según Selye (citado por Tito, 2015, p. 34) “todos los individuos ante situaciones potencialmente estresantes, responden de diversas formas, inclusive tratándose del mismo suceso, así pues, pueden denotarse grandes diferencias en el afrontamiento que cada sujeto emplea ante determinado suceso”.

Puede que, en un primer momento, la persona presente una respuesta de ansiedad y apatía debido a la situación que está pasando. Conforme va adaptándose a la situación de salud, se llega a tomar conciencia de la importancia de realizar un cambio en el estilo de vivir, es decir llevar a cabo el tratamiento, la dieta adecuadamente, darse el tiempo de conocer sobre su enfermedad, complicaciones, signos y síntomas de alarma, entre otras. (García et al., 2016)

La adaptación del paciente a un nuevo estilo de vida que implica modificaciones en su quehacer diario, producto del diagnóstico de una enfermedad crónica y lo que esta implica, juega un papel esencial en el proceso y evolución de la enfermedad. Desde el momento en que a una persona le diagnostican una enfermedad crónica se ponen en marcha una serie de cambios sustanciales en el estilo de vida, mecanismos adaptativos en el paciente tanto

psicológicos, afectivos y sociales a la situación de salud que está viviendo. (García et al., 2016)

Todos los cambios que sufren las personas al padecer una enfermedad crónica suponen un factor de estrés; sin embargo, el grado de afectación no es el mismo en todos los casos, ya que repercute en cada persona el proceso de adaptación según las estrategias de afrontamiento que utilice. (García et al., 2016)

Según Tito (2015) desde el modelo de Lázarus, el que aparezca el estrés y otras respuestas en un individuo se debe a los cambios y reacciones que se producen en un individuo resultante de la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales, esto con el propósito de saber si el hecho es positivo o no, luego si este hecho puede traer consecuencias. Luego de haber apreciado si el suceso es amenazante o no, el sujeto estima sus capacidades o recursos para afrontar las consecuencias negativas del acontecimiento, siendo esta la que tiene más probabilidad de ocasionar reacciones de estrés.

2.4.1. Definición de afrontamiento

El cómo se adapte la persona ante su diagnóstico, depende de la forma en que asuma su condición es lo que se ha llamado afrontamiento. Según Fernández y Díaz (citado por Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007) el afrontamiento es “aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud”. (p. 171)

Según Lazarus y Folkman (citado por Cadena, 2012) el afrontamiento es “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (p. 12)

Everly (citado en Tito, 2015) lo define como un esfuerzo para reducir o aminorar los efectos que causa el estrés, los esfuerzos pueden llegar a ser psicológicos o conductuales.

2.4.2. Definición estilos de afrontamiento

Según Abascal (citado por Tito, 2015, p. 35) los estilos de afrontamiento “son predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional”.

Por otro lado, Sandín (citado en Buñay, 2015, p. 23) afirma que los estilos de afrontamiento son “tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento y los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores”.

Los estilos de afrontamiento son una importante variable mediadora de la adaptación que tiene el individuo ante una situación que le genera mucho estrés, que en este caso resulta ser una enfermedad crónica. (Contreras et al, 2007)

2.4.3. Generalidades de los estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento suelen ser más estables en el tiempo, su uso es de manera dominante, esto debido a su estrecha relación con las características de personalidad que cada uno posee, las cuales configura las disposiciones biológicas y de aprendizaje definiendo así una manera estable de comportamiento y relaciones con el medio. (Tito, 2015)

Son más que un conjunto consolidado de estrategias de las cuales el individuo hace uso cuando las requiere, claro que son más permanentes que las estrategias de afrontamiento, pero también son pautas cambiantes con las cuales responde el sujeto a determinadas situaciones. (Villagrán, 2012)

2.4.3.1. Tipos de estilos de afrontamiento

Según Contreras et al. (2007) otra clasificación es la que incluye estilos de afrontamiento activos y pasivos:

- Activos, son aquellos esfuerzos realizados por el paciente para seguir con su vida a pesar del dolor tanto físico como emocional que ocasiona su enfermedad. Involucra una confrontación adecuada de las propias emociones y se encuentra relacionado con un mejor nivel de la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos.
- Pasivos, implican una tendencia a perder el control sobre la situación y estas personas pueden llegar a depender de otros; éstos se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional.

Además, Fernández (citado en Rivadeneira, 2014) menciona, aparte de las anteriores, otra clasificación la cual es el evitativo, este huye de la situación, muestra minimización y negación de la situación. Es una de las reacciones más comunes frente a estímulos que amenazan la salud o bienestar físico.

2.4.4. Definición de estrategias de afrontamiento

Para Abascal (citado en Tito, 2015, p. 35) las estrategias de afrontamiento son “los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes”.

Por otra parte, para Paredes (citado en Villagrán, 2012), considera que son intentos cognitivos y/o conductuales que pueden variar dependiendo de las características del evento estresante y de los efectos que tienen en el ambiente.

2.4.5. Generalidades de las estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son situacionales, es decir dependiendo de la situación que esté pasando el individuo; además, va a estar influida por el mismo y podrían ser cambiantes. (Tito, 2015)

Estas pueden ser adaptativas, las cuales reducirían el estrés y conseguirían fomentar la salud a largo plazo y las inadaptativas que disminuirían el estrés a corto plazo, pero provocarían un daño en la salud a largo plazo. Es importante destacar que la determinación de estas dependerá del criterio clínico del profesional que realice la evaluación, ya que la individualidad entre una

persona u otra es diferente, y es por esto que puede que una estrategia sea particularmente beneficiosa o perjudicial dependiendo de la realidad del sujeto (Tito, 2015). En concordancia con esto, Folkman y Moskowitz (citado por Morales, 2012) señalan que:

- a) las estrategias afrontamiento incluyen, pero no limitan la regulación del estrés y el afrontamiento de problemas causados por el estrés.
- b) las estrategias de afrontamiento están influenciadas por la evaluación de las características del contexto.
- c) las estrategias de afrontamiento están influidas por la personalidad del sujeto.
- d) las estrategias de afrontamiento están influidas por los recursos sociales con los que cuenta cada sujeto. (p.28)

Una enfermedad crónica siempre va a impactar a la persona que la padece, esto por todos los cambios que sufre y de los cuales muchos son permanentes, también de tener un futuro incierto y el miedo a morir. Cuando la persona emplea una estrategia de afrontamiento para tener un bienestar emocional y adaptarse a la nueva situación que le causa estrés, va a emplear esfuerzos para manejar o resistir a los estímulos estresores, estos están determinados por ciertos recursos de afrontamiento. (Rivadeneira, 2014)

Rodríguez (citado en Rivadeneira, 2014), distingue cuatro tipos de recursos:

- Físicos-biológicos: son los elementos del entorno físico, recursos económicos y estado de salud de la persona.
- Psicológicos-psicosociales: independencia de la persona, capacidad intelectual, autoestima, moral y capacidad para solucionar problemas.

- Culturales: son las creencias, normas, valores, símbolos, que en este caso tengan sobre sí mismos y las enfermedades crónicas.
- Sociales: las redes de apoyo.

Lazarus y Folkman (citado por Buñay, 2015) mencionan 8 formas de afrontar las situaciones de estrés:

- a) Confrontación: son todas aquellas acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación en un intento por resolverlo. b) Distanciamiento: se refiere a todos los esfuerzos que hace el individuo por separarse de la situación para adaptarse al problema sin pensar en él. c) Autocontrol: se refiere a todos los esfuerzos para regular los propios sentimientos, emociones y acciones. d) Búsqueda de apoyo social: abarca todas las que la persona lleve a cabo para buscar consejo, información o simpatía o comprensión. e) Aceptación de la responsabilidad: es el reconocimiento de la responsabilidad en el problema. f) Huida- evitación: se refiere a evitar pensar en aquella situación o evento que nos genera preocupación. Escapando así de pensamientos y emociones angustiosas. g) Planificación: se refiere a todos aquellos esfuerzos para alterar la situación que involucra una aproximación analítica a ésta. h) Reevaluación positiva: consiste en los esfuerzos por crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal. (p.24)

Los recursos con los que cuenta cada persona son indispensables a la hora de seleccionar una estrategia de afrontamiento específica, pero según Rodríguez (citado en Rivadeneira, 2014) la representación social de las enfermedades es muy importante también, ya que la forma de

verla y conceptualizarla va a establecer la percepción e interpretación como un acontecimiento de vital importancia, o no.

2.4.5.1. Tipos de estrategias de afrontamiento

Lazarus y Folkman (citados en Buñay, 2015) plantean dos estrategias de afrontamiento: centrados en el problema y centrados en la emoción.

2.4.5.1.1 Afrontamiento centrado en el problema

Según Labrador (citado por Rivadeneira, 2014, p. 24) estos “definen los intentos de la persona por buscar cambiar o solucionar la situación externa, todas sus acciones están dirigidas a modificar o solucionar la problemática y pueden realizarse con recursos externos o internos”.

Cadena (2012) lo explica como que el estilo de afrontamiento centrado en el problema, hace más relación al aspecto cognitivo, ya que la persona comenzará a establecer pensamientos racionales entorno a la situación, logrando crear vías y alternativas de salida, manifestando un aparente panorama de solución viable frente a este.

Morales (2012) menciona que en esta estrategia existen dos grupos:

- Dirigidas al entorno: estas intentan modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los procedimientos y los recursos.
- Dirigidas al sujeto: se encargan de cambios de carácter cognitivo o de motivaciones como la variación en el grado de las aspiraciones, la búsqueda de nuevas formas de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de nuevos procedimientos

2.4.5.1.2. Afrontamiento centrado en la emoción

Para Cadena (2012) esta estrategia se maneja entorno al sujeto mismo y en las emociones que le generen la situación.

Por otra parte, Labrador (citado por Rivadeneira, 2014, p. 24), se refiere a “los esfuerzos por controlar las respuestas emocionales a consecuencia de la situación estresante para reducir el malestar emocional, mediante varias estrategias como la búsqueda de apoyo social pero solo por razones emocionales”.

Según Lazarus, Folkman y Zaplana (citado por Morales, 2012)

Existe una gama de formas de afrontamiento focalizadas en la emoción. Hay un grupo que está constituido de procesos cognitivos que disminuyen el grado de trastorno emocional, incluyendo algunas estrategias de afrontamiento como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos que son negativos. Mientras que existe otro grupo más pequeño de estrategias cognitivas con acciones dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional, debido a que algunas personas primero necesitan sentirse mal antes de sentirse mejor. Por otro lado, la reevaluación se refiere a ciertas formas de afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción que modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. (p.30)

Vélez (2010) menciona en su tesis doctoral que Lazarus y Folkman propusieron que las respuestas de afrontamiento cambian a medida que se desarrolla la situación, ya que no son

estables en el tiempo, aún en respuesta a situaciones similares. También va a depender de la intensidad de su respuesta emocional, su habilidad para regularla y los recursos inherentes en la situación para resolver el problema. El afrontamiento no cesa aun cuando el resultado no sea satisfactorio.

Autores como Frydenberg, et al. (citado en Morales, 2012, p. 30) señalan “la importancia de una tercera categoría de estilos de afrontamiento, denominada afrontamiento de evitación en el cual las personas evaden el problema no prestándole atención o distrayéndose llevando a cabo otro tipo de conductas”.

2.5. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Según Malheiro y Arruda (2012) el concepto de calidad de vida, todavía no tiene una definición acordada; sin embargo, los investigadores coinciden en que la calidad de vida tiene un concepto dinámico, amplio y subjetivo.

2.5.1. Definición

Según la OMS, (citada por Malheiro y Arruda, 2012) define la calidad de vida como:

La percepción que un individuo tiene acerca de su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores donde vive y en relación con sus objetivos, perspectivas, modelos y preocupaciones. Se extiende más allá de los ámbitos de la función física, condiciones psicológicas y el bienestar, la

economía o las interacciones profesionales, sociales, religiosas y/o espirituales.
(p.259)

Desde la psicología, Moreno y Ximénez (citado por Riveros, Castro & Lara, 2009) lo definen como la percepción del sujeto de situaciones cotidianas, donde la salud se ha tornado en una variable que afecta y aglutina a otros componentes como trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc.

2.5.2. Generalidades de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas

Muchas enfermedades crónicas conllevan un deterioro de la calidad de vida, pues afectan de alguna manera diferentes esferas de la vida laboral, familiar, económica y social. En muchas ocasiones, las limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de crisis, aumentan la dependencia y provocan frecuentes y prolongados ingresos hospitalarios. (García & Rodríguez, 2007)

Los aspectos físicos propios de la enfermedad no se producen aislados, sino que interactúan de forma compleja con factores psicológicos (emocionales, cognitivos y conductuales) y sociales. Es por esto que los factores físicos no pueden ser suficientes para un conocimiento suficiente de la calidad de vida de las personas que tienen un padecimiento crónico. (Pascual & Caballo, 2017)

Según García y Rodríguez (2007, p. 5) “Podemos considerar que la Calidad de Vida es una opinión que construye la persona a partir de su propio estado de salud en comparación con determinados estándares contruidos acerca de los que él espera que debiera ser capaz de lograr”.

Lo anterior dado que el componente esencial y determinante para evaluar la calidad de vida de una persona es la percepción subjetiva que tiene cada persona. (Riveros et al., 2009). Lo cual implica la percepción de bienestar, satisfacción en las distintas dimensiones de vida y con el tratamiento, los recursos que tenga y el apoyo social que perciba la persona que padece la enfermedad crónica (Vinaccia, Fernández, Quiceno, López & Otalvaro, 2008).

La calidad de vida relacionada con la salud, intenta valorar aspectos de la enfermedad afines con la vida diaria del individuo y de qué manera se ve afectada por la presencia de la enfermedad. Evidentemente, esa valoración tiene que ser multidimensional, incluyendo cuatro dimensiones a evaluar: física, funcional, psicológica y social (Vinaccia et al., 2008).

Por otra parte, según Badia y Lizán (citado en García & Rodríguez, 2007) plantean las siguientes dimensiones a tener en consideración:

- **Función física:** es porque las personas pueden evitar actividades que les pueden producir dolor, conduciéndolos a limitaciones, reducción de actividad física diaria, desplazamiento y cuidado personal.
- **Sensación de bienestar:** sufrimiento psicológico, como bienestar emocional, afecto, ansiedad y depresión. Y con esto alteraciones del estado de ánimo.
- **Función social:** las personas por su sintomatología tienden a estar más en reposo por lo que no participan en actividades sociales y relaciones sociales.
- **Síntomas:** experiencia subjetiva, sensación o apariencia de funcionalismo anormal, y que se padecen normalmente en la mayoría de enfermedades crónicas.

- Función intelectual: destreza y capacidad para razonar, pensar, concentrarse y recordar.
- Evaluación del propio estado de salud: impresión subjetiva del estado de salud actual o previa, resistencia a la enfermedad y preocupación por la salud futura.

Otras dimensiones específicas según García y Rodríguez (2007) son:

- Problemas y conductas relacionadas con el sueño
- Falta de interés por el sexo y las relaciones sexuales
- Disminución de energía, fatiga o cansancio vitalidad
- Dolor
- Satisfacción personal
- Imagen

Según Kimmel (citado Contreras et al., 2008), se ha encontrado que en los pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica, las áreas de la calidad de vida que se ven más afectadas son la salud, familia, pareja, situación económica, trabajo, ocio y relaciones sociales.

Pero a nivel general, las enfermedades crónicas suelen afectar varias áreas de la vida de los pacientes, desde la fase inicial de la enfermedad, en la que los individuos sobrellevan un periodo de crisis que se caracteriza por una inestabilidad física, social y psicológica, donde dependiendo del paciente pueden sufrir de ansiedad, miedo y desorientación, y luego cuando la enfermedad está más desarrollada pueden llegar a sufrir cambios permanentes en la actividad física, laboral y social. (Vinaccia et al., 2008)

Es importante mencionar que los pacientes con enfermedades crónicas que poseen un gran apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad. Estos datos reafirman el valor de las variables psicosociales en la manera como las personas asumen su enfermedad y cómo estas afectan su calidad de vida. (Vinaccia et al., 2008)

Según García y Rodríguez (2007), la calidad de vida se puede identificar como un indicador de la evolución que tenga el paciente en su salud, como una estrategia no solo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se basa en una investigación bibliográfica y documental, la cual consiste en la realización de un estado de la cuestión, mediante la búsqueda y la revisión sistemática de investigaciones existentes de los últimos 10 años. Esta revisión bibliográfica responde a los objetivos planteados en la investigación (Canales, 2017).

3.2 UNIDADES DE ANÁLISIS Y OBJETOS DE ESTUDIO

La investigación consiste en una revisión bibliográfica y documental, lo cual se basa en trabajos de investigación, donde se abarcan artículos científicos y tesis.

3.2.1 Fuentes de información primaria

Este trabajo es una revisión bibliográfica y documental, las fuentes de información son artículos científicos, tesis y libros. Para lograr recopilar toda esta información se realizó una búsqueda de información actualizada sobre el tema con un periodo máximo de 10 años, en las siguientes bases de búsqueda y bibliotecas: Google Académico, Science Direct, Science Hub, Proquest, Ebsco. Biblioteca nacional y en las bibliotecas virtuales CENIT, SIBDI, Sistema de servicios bibliotecarios de la Universidad Católica y la Biblioteca de la Universidad Fidélitas.

Las fuentes de información que se consiguieron en dichos sitios, tanto bases de datos como bibliotecas físicas, se llevó a cabo bajo los criterios de búsqueda, basados en los siguientes elementos: estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas, estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, estilos de afrontamiento en pacientes con diabetes, estilos de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica, estilos de

afrontamiento en pacientes con hipertensión arterial, enfermedades crónicas, calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, estilos de afrontamiento, calidad de vida.

3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio está basado en una investigación bibliográfica y documental, la cual se fundamenta con la información obtenida de la búsqueda, análisis y comparación de los diversos estudios encontrados. En dicha investigación no se manipulan variables (Canales, 2017).

3.4. PROCEDIMIENTO ANÁLISIS Y CATEGORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis y categorización de la información se procede a desarrollar una división de los hallazgos encontrados mediante la búsqueda bibliográfica y documental. Para lo cual se hace una categorización para la división de los hallazgos (Canales, 2017).

Se plantean las siguientes categorías:

- Relación entre estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas.
- Relación de los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas.
- Áreas de afectación de las enfermedades crónicas.

Para la comprensión clara y consistente del procedimiento de análisis y categorización de la información, se generó una división de cuatro fases que argumentan la selección de las categorías de análisis, siendo estas (Canales, 2017).

I. Ubicación de las fuentes de información

La información proporcionada por los recursos académicos, las bases de datos y los descriptores de búsqueda seleccionados para la investigación; así como, la delimitación del espacio temporal, reveló las áreas de interpretación antes señaladas para ser analizadas (Canales, 2017).

II. Organización de estudios según relevancia

La obtención de materiales base en la fase I, dio lugar a una nueva delimitación, que considera tres criterios de inclusión: relevancia investigativa, pertinencia para la consecución de los objetivos y calidad de la información (veracidad científica) (Canales, 2017).

III. Categorización de estudios

Los datos y resultados se clasifican en las tres grandes categorías de análisis citadas, que propician la agrupación de las áreas de interés del estudio. Esto permite la exposición clara y consistente del trabajo (Canales, 2017).

IV. Evaluación de líneas de investigación

Las categorías seleccionadas para ser analizadas permiten conocer: lo que se estudia, cuáles fueron los resultados de la investigación, qué temas de estudio surgen y qué aportan los datos

al contexto inmediato del tema. De esta forma, el lector logra acceder al conocimiento sobre el trabajo realizado (Canales, 2017).

CAPÍTULO IV: INTEGRACIÓN Y DISCUSIÓN TEÓRICA

En este capítulo se realiza una síntesis sobre los resultados obtenidos en la investigación, por medio de la búsqueda bibliográfica y documental. Para la síntesis de resultados del estudio se desarrolla una división de los hallazgos mediante la categorización siguiente:

- Relación entre estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas.
- Relación de los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas.
- Áreas de afectación en la calidad de vida de las enfermedades crónicas.

4.1. RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Los hallazgos apuntan a que los estilos de afrontamiento contribuyen a manejar y controlar la enfermedad y sus repercusiones, fomentando la calidad de vida de las personas. Por consiguiente, los estilos de afrontamiento mejoran la calidad de vida en los pacientes con EC, al reducir los niveles de estrés, ansiedad, enojo, reduciendo la fatiga, el insomnio y percibiendo como más tolerable el dolor. (Pascual y Caballo, 2017)

Si bien los estilos de afrontamiento influyen en la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas, también se destaca que no es una relación unidireccional. Esto quiere decir que la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas influye en los estilos de afrontamiento. Los estudios revelan que una de las características propias de las enfermedades crónicas (una condición que persiste a lo largo de la vida) llega a generar un impacto negativo al adoptar un estilo de afrontamiento. Puesto que en lugar de asumir un estilo de afrontamiento activo (seguir con su vida a pesar del padecimiento) se adopta un estilo de

afrontamiento pasivo (la enfermedad toma control de la persona). Esto se debe al impacto mental y emocional que genera el saber del cambio que va a afectar las áreas de su vida.

Los estilos de afrontamiento son considerados variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación, el que las personas con enfermedades crónicas los utilicen puede llegar a mejorar su calidad de vida, dado que el restablecer y conservar el bienestar psicológico de estos pacientes puede incidir en la adaptación de comportamientos más funcionales, que redunden en su estado de salud, entre ellos, tener una mejor adhesión al tratamiento y asumir de forma consistente los cambios permanentes en el estilo de vida que su condición implica. (Pascual y Caballo, 2017)

4.2 ÁREAS DE AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Los resultados de los estudios recopilados apuntan a que la calidad de vida se ve afectada por las enfermedades crónicas en cuatro dimensiones específicas: física (mareos, vómito, agotamiento, pérdida de la fuerza muscular, sudoración, visión borrosa) funcional (por ejemplo en el VIH el sistema inmunológico se ve afectado significativamente al poder presentar una bronconeumonía ante un resfriado común llegando a estar aislados de los demás para su protección, déficit de las actividades de la vida diaria, restricción de los alimentos y dolor) psicológica (cambios abruptos del estado de ánimo, aislamiento, depresión, melancolía, enojo, negación, frustración, entre otros) y social (restricción para salir a ciertas actividades ya sea por protección o por dolor). El que los profesionales en ciencia de la salud hayan depositado sus esperanzas confiados en los avances de la medicina, ha contribuido a que estas áreas de afectación se vean intensificadas, repercutiendo en la calidad de vida.

Esto ha generado que otras disciplinas, como la psicología, enfermería y la nutrición aporten nuevas perspectivas terapéuticas, las cuales han mostrado tener niveles altos de asociación con la disminución de las afectaciones ocasionadas a las cuatro áreas citadas. De esta manera, el adoptar otras perspectivas terapéuticas generadas por disciplinas distintas a la medicina ha demostrado contribuir a mejorar, o al menos reducir los efectos nocivos de la afectación que producen las enfermedades crónicas en los pacientes. (Martins, Dos Santos, Vilaca y Santos, 2016)

El trabajo interdisciplinario de psicología, enfermería, nutrición y medicina además de disminuir la afectación que generan el diagnóstico de las enfermedades crónicas en el estado mental, físico, social y emocional de los pacientes, ha fomentado de forma significativa mejorías en las áreas: familiar, laboral y afectiva. (Nieto, Abad, Esteban & Tijerina, 2015)

4.3 RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Según la mayoría de las investigaciones encontradas, los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con enfermedades crónicas, van de la mano. Ya que los estilos de afrontamiento hacen referencia a las predisposiciones personales que llevan a la persona a actuar y pensar de cierta forma en diferentes situaciones y son responsables de prevenir el uso de uno u otro tipo de estrategias de afrontamiento (Rivadeneira, 2014).

Esto explica el hecho de que dependiendo el estilo de afrontamiento que utilice la persona, así se diferenciara la estrategia que utilice. Puesto que una persona que utilice un estilo de afrontamiento pasivo o evitativo puede llegar a instaurar una estrategia de afrontamiento no

adaptativa, y esto puede provocar un daño en la salud a largo plazo. Por el contrario, si se utiliza un estilo de afrontamiento activo se reduciría el estrés y se conseguiría fomentar la salud a largo plazo (Tito, 2015).

En síntesis, el adoptar estilos de afrontamiento activos favorece la adaptación ante el diagnóstico de enfermedades crónicas y la disminución de complicaciones al hacerle frente; mientras que el adoptar estilos de afrontamiento pasivos produce el efecto contrario (Cadena, 2012).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones son presentadas en función del cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación. El presente estudio permitió determinar los estilos de afrontamiento de los pacientes ante el diagnóstico de una enfermedad crónica para la comparación con la calidad de vida, mediante una indagación bibliográfica y documental.

La utilización de las estrategias metodológicas y el análisis bibliográfico dieron lugar a la consecución de los objetivos específicos, al propiciar: definir el concepto de enfermedad crónica así como algunos tipos de enfermedades crónicas; identificar la diferencia entre estilos de afrontamiento y estrategias de afirmamiento; identificar los tipos de estilos de afrontamiento en los pacientes ante el diagnóstico de una enfermedad crónica por medio de una indagación bibliográfica y documental; identificar los tipos de estrategias de afrontamiento en los pacientes ante el diagnóstico de una enfermedad crónica por medio de una indagación bibliográfica y conocer la calidad de vida de las personas con una enfermedad crónica.

Se generaron hallazgos que permitieron concluir que las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte, internamientos hospitalarios y deterioro del estado físico, emocional y social de las personas que lo padecen, es por esto que puede llegar a influir de manera negativa en el equilibrio del individuo, lo que causa estrés y provoca una ruptura de su conducta habitual y su calidad de vida.

En el trabajo se introdujeron solo las enfermedades crónicas principales, pero es importante aclarar, que hay muchas más que afectan a las personas de igual manera. En este sentido, cuando a una persona le diagnostican una enfermedad crónica, su vida comienza a cambiar y

hay cambios importantes en el estilo de vida, mecanismos adaptativos en el paciente tanto psicológicos, afectivos y sociales a la situación de salud que está viviendo. Todos estos cambios generan estrés; sin embargo, el grado en que esto afecta a una persona puede no ser igual en otra, esto debido a que repercute en cada persona los estilos y estrategias de afrontamiento que estas utilicen.

Además, es importante mencionar que los estilos de afrontamiento contribuyen a manejar y controlar la enfermedad y sus repercusiones, fomentando la calidad de vida de las personas. Ya que manteniendo el bienestar psicológico de estos pacientes puede incidir en la adaptación de comportamientos más funcionales y favorables para sobrellevar su enfermedad.

También, se destaca que la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas se ve afectada en cuatro dimensiones específicas: física, funcional, psicológica y social. La psicología puede contribuir a disminuir estas afectaciones con nuevas perspectivas terapéuticas pues muchas veces se deja de lado la parte psicológica y se confía de lleno en los avances de la medicina.

Finalmente, es notorio como las estrategias de afrontamiento y los estilos de afrontamiento van de la mano, esto quiere decir que dependiendo del estilo de afrontamiento que utilice la persona, tendrá que hacer uso de una estrategia de afrontamiento que favorezca su adaptación a la enfermedad que padece. (Buñay, 2015)

5.2 RECOMENDACIONES

En esta sección se proponen dos líneas de investigación que dan continuidad a los resultados del tema estudiado, estas son:

Estilos de afrontamiento y calidad de vida ante el diagnóstico de enfermedad renal en la población de Costa Rica

Realizar estudios sobre esta línea de investigación, ya que en los últimos años ha habido un crecimiento notorio de casos diagnosticados de enfermedad renal crónica cuya calidad de vida se ve deteriorada. Por lo cual los estilos de afrontamiento podrían revelar mejorías respecto a la adaptación ante el diagnóstico de una enfermedad. Además, trabajos enfocados a esta línea de investigación permitirán generar un mayor cuerpo de evidencia acerca de la relación entre las variables en el contexto nacional. (Boffa & Cartery, 2015)

Estilos de afrontamiento y calidad de vida de los familiares ante el diagnóstico de una enfermedad crónica

Realizar investigaciones sobre esta línea, dado que las enfermedades crónicas en los últimos años ha ido en ascendencia; además, es relevante conocer el efecto que genera la adopción de estilos de afrontamiento en la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad crónica y los familiares o acompañantes que están al lado durante este proceso.

Abordar en forma multidisciplinaria el tema estudiado y las líneas de investigación propuestas. Esto se basa, en que el apoyarse en los aportes de otras disciplinas, por ejemplo, medicina y enfermería, podría generar aportes pertinentes para el desarrollo veraz de la investigación.

Ampliar los modelos y tipos de investigación acerca de Estilos de afrontamiento y calidad de vida del paciente ante el diagnóstico de una enfermedad crónica

Puesto que, la presente investigación constituye un aporte teórico de los principales resultados y hallazgos sobre el tema, se sugiere que se realicen estudios más amplios sobre el mismo, centrados en modelos y tipos de investigación diferentes al comprendido en el trabajo.

En este sentido, se propone a nivel de modelos y tipos, realizar una tesis, cuyo tipo de investigación sea cuantitativo. Esto, permitirá recolectar y analizar los resultados obtenidos del estudio de campo acerca del tema. Lo que, ampliará el conocimiento sobre el tema desde el punto empírico, permitiendo contrastar los aportes de este estudio con los del propuesto.

También, se recomienda la realización de un meta-análisis, el cual favorecerá la obtención de resultados objetivos y concisos acerca de los hallazgos de los estudios realizados hasta la fecha y los que continúan desarrollándose. Para poder llevar a cabo el análisis cuantitativo de los resultados de los estudios que sean recopilados sobre el tema Estilos de afrontamiento y calidad de vida del paciente ante el diagnóstico de una enfermedad crónica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boffa, J y Cartery, C. (2015). Insuficiencia renal crónica o enfermedad renal crónica. *Tratado de Medicina*, 19 (3), 1–8. [doi.org/10.1016/S1636-5410\(15\)72803-5](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(15)72803-5)

Buñay, J. (2015). Medidas de afrontamiento que utilizan los niños, niñas y adolescentes de 8 a 14 años con Enfermedad Renal Crónica en la Unidad de Diálisis en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz. (Tesis doctoral, Universidad Central del Ecuador) Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7226>

Cadena, S. (2012). Estilos de afrontamiento en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. (Tesis doctoral, Universidad Central de Ecuador) Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1752>

Canales, J. (2017). *Relación entre rasgos de personalidad y comportamientos alimentarios, basado en revisión bibliográfica y documental*. (Tesina de Bachillerato). Universidad Hispanoamericana, San José, Costa Rica.

Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 169-179. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79810216.pdf>

Contreras, F., Espinosa, J., Esguerra, G. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 18(2), 165-179. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/659>

García, C y Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(4) Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002

García, D., Ochoa, M., Martínez, N., González, B., Sánchez, M., Martínez, M. (2016).

Prevalencia de los mecanismos de adaptación del paciente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1144-51. Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.167>

Gaviria, A., Quiceno, J., Vinaccia, S., Martínez, L. y Ojalvo M. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida.

Terapia psicológica, 27(1), 5-13. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78511885001>

Gutierrez, W y Blanco, C. (2016). Las enfermedades de transmisión sexual y la salud sexual del costarricense. *Tecnología en Marcha*, 29(3) ,117- 131. Recuperado de:

<http://www.scielo.sa.cr/pdf/tem/v29n3/0379-3982-tem-29-03-00117.pdf>

Herrera, Martín. (2011). Diabetes mellitus. México, D.F: Editorial Alfil.

Jimenez, J. (2017) Costa Rica a un paso de estar más enferma. *Suplemento de Ciencia y*

tecnología, 31, 1-7. Recuperado de: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/06/07/costa-rica-a-un-paso-de-estar-mas-enferma.html>

Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana Salud Pública*,

37(4), 488-499. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n4/spu13411.pdf>

- Martins, T., Dos Santos, N., Vilaca, C. & Santos, C. (2016). Estrategias de autogestión de la fatiga en los sobrevivientes de cáncer: sistema sistemática de la literatura. *Revista de Enfermería Referencia*, 10 (2), 113-123. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16023>
- Macías, M., & Madariaga Orozco, C., & Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30 (1), 123-145
- Morales, O. (2012). Malestar Emocional, Estrategias de Afrontamiento y Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Tipo 2. (Tesis doctoral, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo) Recuperado de: <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/handle/123456789/14768>
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, M. y Tijerina, M. (2015). *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. México D. F.: Editorial UNAM.
- Oliveros, E., Barrera M., Martínez M & Pinto T. (2010). Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (2), 01 - 206.
- Pascual, A. y Caballo, C. (2017). Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Revista de Enfermería Global*, 16 (2), 281-294. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.243031>

- Rivadeneira, M. (2014). Guía de orientación para el afrontamiento psicológico en enfermedades crónicas. (Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica del Ecuador)
Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/11467>
- Riveros, A., Castro, C., Lara-Tapia, H. (2009) Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 291-304.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/805/80511496008/>
- Rodríguez, I. (2017). Costa Rica es el país de América Latina con menos muertes prematuras por males crónicos. La Nación. Recuperado de:
http://www.nacion.com/vivir/medicina/Costa-Rica-America-Latina-prematuras_0_1634636555.html
- Sapag, J., Lange, I., Campos, S. y Piette, J. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 27(1), 1–9. Recuperado de:
<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v27n1/1-9/>
- Smith, D. (2009). Urología general de Smith. México: Manual Moderno.
- Soriano, S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24 (6).
- Tito, L. (2015). Estilos de Afrontamiento predominantes en las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH que asisten al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora de

- Quito. (Tesis doctoral, Universidad Central de Ecuador) Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7212>
- Vélez, E. (2010). Representaciones de la insuficiencia renal crónica; afrontamiento y adherencia al tratamiento. (Tesis doctoral, Universidad de Alcalá) Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/277097033>
- Villagrán, A. (2012). Estudio de la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los y las pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), sometidos a hemodiálisis, en el Hospital Quito Nro 1 de la Policía Nacional. (Tesis Doctoral, Universidad Politécnica Salesiana) Recuperado de <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/3444>
- Vinaccia, S., Fernández, H., Quiceno, J., López, M, y Ojalvaro, C. (2008). Health-Related Quality of Life and Social Functional Support in Patients with Diagnosis of HIV/Aid. *Terapia psicológica*, 26(1), 125-132. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100011>
- Zubarew, T., Correa, L., Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A., Velarde, M., Valenzuela, T., Inostroza, C. (2017). Transición de adolescentes portadores de enfermedades crónicas desde servicios pediátricos a servicios de adultos. *Revista Chilena Pediatría*, 88(4) ,553-56. doi: 10.4067/S0370-41062017000300018

ABREVIATURAS

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

CENIT: Centro de Información Tecnológica.

DM: Diabetes Mellitus.

EC: Enfermedades crónicas

GFR: Tasa filtración glomerular.

HTA: Hipertensión arterial.

IRC: Insuficiencia renal crónica

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

SIBDI: Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA

Yo Silvia Melissa Pérez Quesada, cédula de identidad número 1-1422-0300, en condición de estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de bachillerato titulado “ Estilos de afrontamiento y calidad de vida ante el diagnóstico de enfermedades crónicas” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de Barrio Aranjuez, San José, Costa Rica, el día 15 de Diciembre del 2017.

Silvia Melissa Pérez Quesada.



CARTA DEL TUTOR

San José, 9 de diciembre del 2017

Estimados señores
Carrera de psicología
Universidad Hispanoamericana

Estimado señores:

La estudiante Silvia Pérez Quesada, cédula de identidad número 1-14220-300, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado Estilos afrontamiento en el paciente ante el diagnóstico de una enfermedad crónica a partir de una revisión bibliográfica y documental. El cual ha elaborado para optar por el grado académico de bachiller en psicología.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	
e)	CALIDAD. DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	
	TOTAL	100%	

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,



Diana Meza Ramírez
1-14600500
Psicóloga
Código 9261

Carta Lector.

San José, Costa Rica

30 de enero de 2018

Universidad Hispanoamericana,
Departamento De Registro.

Escuela de psicología.

Respetable señores:

Después de saludarles de la forma más cortes, el móvil de la presente misiva lleva el propósito de presentar las correcciones ya leídas, aceptadas y corregidas debidamente.

La estudiante Silvia Melissa Pérez Quesada, me ha presentado las debidas correcciones del trabajo de investigación denominado: **"Estilos de afrontamiento y calidad de vida en el paciente ante el diagnostico de una enfermedad crónica, a partir de una revisión bibliográfica Y Documental"**.

Dichas correcciones se consideran aceptadas.

En mi calidad de lectora, he revisado y leído cada una de las debidas correcciones como parte del proceso como lectora doy fe de la conclusión y aprobación de este proyecto.

Atentamente



Licda. Laura Castillo Méndez.



EDUCATESIS, hace constar que se realizó la revisión del presente trabajo, se analizó la construcción de párrafos, vicios del lenguaje, ortografía, puntuación y otros relacionados a la Corrección de Estilo, sin alterar la intencionalidad del autor y el enfoque del tema. Por lo tanto, CERTIFICA, la revisión y corrección de la tesis para optar por el Grado Académico de:

**BACHILLERATO EN PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

Tema:

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ANTE EL
DIAGNOSTICO DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA A PARTIR DE UNA REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL.

Elaborado por: **Silvia Pérez Quesada**

Se extiende la presente en San José, 5 de febrero del 2018.

Atentamente,


LICDA JACQUELINE RÍOS A.
COORDINADORA GENERAL DE FILÓLOGOS
EDUCATESIS
C/616


educatesis@hotmail.com
8762-2302

Miércoles 28 de marzo de 2018

Señores

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores

Por medio de la presente hago constar, como directora de la tesina de la estudiante Silvia Pérez Quesada, cédula 114220300; que se realizaron las modificaciones solicitadas en la defensa de la tesina. Por lo tanto, apruebo el proceso de entrega del documento final por parte de la estudiante Pérez Quesada.

Si más por el momento, se despide

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Diana Meza Ramírez', with a stylized flourish at the end.

Licenciada Diana Meza Ramírez

Cédula 1-1460-0500