



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE ASERTIVIDAD Y
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN
UNA CLÍNICA DE LIMA
METROPOLITANA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

KATTY LUZ SEBASTIÁN RAYMUNDO

LIMA – PERÚ

2018

MIEMBROS DEL JURADO

DR. GIANCARLO OJEDA MERCADO

Presidente

DRA. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES

Vocal

MG. CECILIA PATRICIA CASTRO CHÁVARRY

Secretaria

ASESOR DE TESIS

MG. GERALDINE ZIDAE SALAZAR VARGAS

DEDICATORIA

A los pacientes de Unidad Renal que me enseñaron que cada minuto en la vida cuenta e inspiraron este estudio, por aquellos que se fueron y por aquellos que luchan día a día, rompiendo barreras y límites.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su amor infinito e incondicional, así como, su paciencia, comprensión y soporte en cada paso que doy.

A mi hermano, que con sus ocurrencias me enseña a ver el lado divertido de las situaciones y lo complejo hacerlo simple.

A mis padrinos, por su confianza incondicional y su ejemplo de perseverancia y lucha.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.....	6
3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
4.1 OBJETIVO GENERAL	10
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
1. ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES	12
2. INVESTIGACIONES EN TORNO AL PROBLEMA INVESTIGADO, NACIONALES E INTERNACIONALES.....	45
3. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES	53
4. HIPÓTESIS	58
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	59
1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	59
2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
3. NATURALEZA DE LA POBLACIÓN.....	59
3.1. POBLACIÓN	59

3.2. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	60
3.3. MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO	60
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	60
4. INSTRUMENTOS	60
5. PROCEDIMIENTO	64
Consideraciones éticas	65
6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	66
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	67
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	76
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....	84
RECOMENDACIONES.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo identificar la relación entre Asertividad y Calidad de Vida en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana. Se utilizó una base de datos secundaria, de la cual se pudo extraer información de la población y los resultados de los instrumentos. Se contó con cuarenta y cinco participantes con edades entre 20 y 71 años. Para medir la variable asertividad se utilizó el Autoinforme de Conducta Asertiva de Manuel García Magaz y Ángela Magaz, y para medir calidad de vida, se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 adaptado por el equipo de Alonso (1995). Los resultados indican que existe una relación positiva baja entre asertividad y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en los sujetos estudiados, además se encuentra relación directa baja entre asertividad y las dimensiones salud general, rol emocional, función social y salud mental.

Palabras Clave: Asertividad, Calidad de Vida, Enfermedad Renal Crónica

ABSTRACT

The objective of this research is to identify the relationship between Assertiveness and Quality of Life in a group of patients with chronic kidney disease on hemodialysis treatment at a Clinic in Metropolitan Lima. A secondary database was used, from which it was possible to extract information from the population and the results of the instruments. There were forty-five participants with ages between 20 and 71 years. To measure the assertiveness variable, the Self-report of Assertive Behavior by Manuel García Magaz and Angela Magaz was used, and to measure quality of life, the Quality of Life Questionnaire SF-36 adapted by Alonso's team (1995) was used. The results indicate that there is a low positive relationship between assertiveness and quality of life in patients with chronic kidney disease in hemodialysis treatment in the studied subjects, in addition there is a direct relationship between assertiveness and the dimensions of general health, emotional role, social function and mental health.

Keywords: Assertiveness, Quality of Life, Chronic Kidney Disease

INTRODUCCIÓN

Actualmente, las enfermedades crónicas vienen generando impacto a nivel económico, social, de salud, familiar y personal por el tipo de tratamiento, y los cambios en los estilos de vida que se producen en los pacientes y su entorno, además muchas veces son de larga duración y su evolución se da de manera lenta. Estas enfermedades, vienen generando afectaciones a países bajos y medios, donde se registran aproximadamente el 75% de muertes (Organización Mundial de la Salud, 2015), por lo que resulta de mayor interés estudiar que variables pueden influir en su desarrollo y mantenimiento, así mismo, se sabe, que al ser padecimientos que modifican los estilos de vida de las personas, generan gran impacto a nivel psicológico; existe evidencia de presencia de estados emocionales como depresión, angustia, y ansiedad en diversas etapas de estas enfermedades, debido al curso poco predecible de las mismas, la continua amenaza hacia la vida y pérdida de esperanza de encontrar una cura real (Orozco y Castiblanco, 2014).

Una de estas enfermedades, es la Enfermedad Renal Crónica, en el Perú existe una tasa de prevalencia de 244 pacientes por millón de personas (Dulanto citado por Ministerio de Salud, 2015) así mismo, trae consigo drásticas consecuencias para quien la padece y su entorno más cercano, aquellos pacientes que no tienen la posibilidad de un tratamiento renal sustitutivo se ven en la necesidad de pasar por un proceso de diálisis durante un largo tiempo, dicho tratamiento suele ser intrusivo y afecta la calidad de vida del paciente (Rodríguez, Campillo y Avilés, 2013). Al ser una enfermedad que no solo tiene repercusiones en el estado de salud

física, se ve la necesidad de generar estrategias de intervención de manera multidisciplinaria, ya que se ha visto que en cuanto a la atención de la enfermedad, no siempre se toma en cuenta los correlatos de la misma con aspectos psicológicos (Oblitas, 2006 citado por González, Herrera, López, y Nieves, 2011), de la misma manera, cabe resaltar que es un problema de salud pública ya que está asociada a altos índices de mortalidad cardiovascular y por ende elevados gastos en los sistemas de salud (Herrera, Pacheco, Taype, 2016).

Por otra parte, ante esta enfermedad, la mayoría de los pacientes empiezan a evidenciar estados emocionales negativos como la ira, hostilidad, depresión, ansiedad entre otros, disminuyendo a su vez el manejo efectivo de variables de apoyo psicosocial como la asertividad, dificultándole así la expresión conductual y verbal de dichos estados perjudicando su calidad de vida (Herrera et al., 2016).

Las relaciones sociales son parte fundamental de nuestras vidas, y se presenta de manera cotidiana en las actividades que realizamos, por lo tanto, la manera en cómo interactuamos con los demás va a permitir que nuestras relaciones sean favorables o se entorpezcan, así mismo, se ha visto que poder comportarnos de manera asertiva ante todo aquello que nos genera malestar, y relacionarnos de esta manera con nuestro entorno, produce una salud mental óptima (Flores, 2002), por lo que se presume que esto también influenciaría en la forma en como percibimos los diversos aspectos que conforman la calidad de vida, los cuales muchas veces se ven afectados en pacientes con enfermedad renal crónica. Se ha podido observar que en pacientes con enfermedades terminales la satisfacción con la vida está relacionada

con la toma de decisiones y la posibilidad de elegir entre diversas opciones, además de poder expresar gustos, deseos, metas, y aspiraciones, y tener mayor participación en las decisiones que influirán en ellos (Gómez y Sabeh, 2000 citado por Rodríguez, Castro, y Merino, 2005). mostrando, así como la forma de expresión y recepción de la información de manera asertiva en cuanto a su enfermedad ha llevado a influir en su forma de percibir la satisfacción con la vida.

Entonces, se elige este tema en vista de la importancia que tiene averiguar cómo se relacionan las variables asertividad y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica, con la finalidad de poder generar mayor conocimiento que favorezca a un tratamiento óptimo de la enfermedad a nivel psicológico.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad, una de las enfermedades crónicas que presenta un alto índice de prevalencia es la Enfermedad Renal Crónica (ERC), la cual no solo genera impacto en los servicios de salud, sino también genera impacto significativo en las personas afectadas y en sus familias, existen escasos estudios de prevalencia de ERC con inferencia a nivel nacional; sin embargo, tomando como referencia los datos de la National Health and Nutrition Examination Survey de EEUU, se estima que 2 507 121 personas padecerían de ERC en estado pre diálisis, 19 197 personas tendrían ERC terminal y la cantidad de pacientes que no es atendida, pertenecería al programa de Seguro Integral de Salud y sería de 7778 personas (Loza y Ramos, 2015). Por otra parte, según el Ministerio de Salud (2015) la tendencia de pacientes atendidos por consulta externa ha aumentado de 4 402 en el año 2002 a 14 863 para el año 2011.

El proceso de enfermedad renal crónica se divide en cinco estadios, y la presencia de síntomas son diversos y pocas veces claros, incluso algunos pacientes no muestran síntomas durante las etapas iniciales, el problema, entonces se agrava cuando las personas afectadas se encuentran en fase terminal o estadio 5, lo cual representa un problema de salud pública global por las consecuencias a nivel médico, social, y económico para los pacientes, sus familias y sistemas de salud (Loza, 2014).

Una encuesta del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2013) estimó que en el Perú existiría un aproximado de 9490 pacientes con Enfermedad Renal Crónica en estadio 5 (Loza, 2014), al estar en este estadio los pacientes se tienen que

someter a una serie de tratamientos y cambios drásticos en sus estilos de vida (Pérez, Rodríguez, Buset, Rodríguez, García, Pérez, Parodis, y Rodríguez, 2011) así mismo, diversas investigaciones han demostrado que la enfermedad renal crónica como el proceso de diálisis generan un gran impacto en el desempeño de los pacientes a nivel emocional, cognitivo, físico, y social (Cidoncha et al., 2003 citado por Contreras, Esguerra, Espinoza, y Gómez, 2007), los pacientes se ven expuestos a situaciones de incertidumbre acerca de su propia supervivencia, viajes frecuentes a centros de diálisis, restricciones en la dieta y drásticos cambios en sus estilos de vida e imagen corporal, que evidentemente llevan a situaciones estresantes a un nivel crónico, alterando de manera notable su calidad de vida (García, Álvarez, Fernández, Vázquez, Sánchez y Rebollo, 2001 citados por Tellado, 2015).

Así mismo, se ha demostrado que hay gran impacto en el área psicosocial en pacientes que se encuentran pasando por tratamiento de diálisis (Pérez et. al, 2011), tal es el caso de algunos pacientes que tienden a responder con pensamientos negativos acerca de su enfermedad (Álvarez y Rebollo, 2008), presentan dificultad de expresión emocional, fatalismo (Tellado, 2015), hostilidad con el personal asistencial y en ocasiones con su entorno, como respuesta a las limitaciones que se dan producto de la enfermedad (Hersh- Rifki y Stoner, 2005 citado por Contreras, Esguerra, Espinoza, y Gómez, 2007), además se puede ver afectado, el manejo adecuado de variables de apoyo psicosocial como lo es la asertividad, la autoeficacia y la autoestima (González, Herrera, López, y Nieves, 2011). Estas respuestas frente al entorno, muchas veces con conductas agresivas o pasivas frente a las tensiones propias de la enfermedad, conlleva

a presentar estados ansiosos o depresivos y una sensación de malestar en diversos ámbitos de la vida (Tellado, 2015).

Por otra parte, se ha visto que frente a situaciones problemáticas, como lo representa la Enfermedad Renal Crónica, las personas que utilizan un estilo de conducta asertiva pueden influir en su entorno, de manera que logran sus objetivos, y sienten satisfacción, fomentando por lo tanto una adecuada salud mental, además de que al presentar esta conducta influiría en otras, llegando muchas veces a producir un estilo de vida saludable (Novel, Lluch, Rigol, 1988) Las personas que manifiestan un comportamiento asertivo poseen habilidades para controlar estados emocionales, ansiedades o reacciones negativas cuando se relacionan con su medio, actitudes que muchas veces no son visible en la forma de afronte de las pacientes con enfermedad renal crónica, además se ha demostrado en diversos estudios, que existe la posibilidad de disminuir el estrés e incrementar el autoestima (Alberti y Emmons, 2006 citado por Villagrán, 2014). Entonces, se presume que el desarrollo de la asertividad podría resultar una forma de ajuste para el afronte de la enfermedad renal crónica y a su vez una mejor percepción de calidad de vida.

Frente a esta suposición se plantea la siguiente pregunta ¿Qué tipo de relación existe entre Asertividad y Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad Renal en tratamiento de hemodiálisis en una clínica de Lima Metropolitana?

2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica es una afección que presenta alta prevalencia e incidencia a nivel mundial, genera efectos en diversas estructuras del cuerpo y es una

enfermedad con desenlace mortal a corto o mediano plazo, por lo que se asocia también con la reducción de la calidad de vida. Aun cuando existen diversas terapias que permiten mantener y prolongar la vida del paciente, como lo es la hemodiálisis, pueden llegar a ser tratamientos extremadamente restrictivos que implicaran cambios en los estilos de vida del paciente. Investigaciones han demostrado que la calidad de vida se encuentra más deteriorada en pacientes en hemodiálisis en relación con la población en general (Guerra, Sanhueza y Cáceres, 2012).

Dado que al presentarse esta enfermedad el paciente pierde uno de los componentes esenciales de su calidad de vida, que es el estado de salud, es posible que también afecte otros componentes, y por lo tanto se genere la aparición de trastornos afectivos como la depresión, ansiedad y baja autoestima. El paciente crónico debe entonces afrontar diversos aspectos angustiantes que se presentarán conjuntamente con la enfermedad, ya sea a nivel económico, social, etc. que generarán un desequilibrio en su percepción de calidad de vida, por lo que se iniciará un proceso de adaptación, que no siempre suele ser funcional, por lo que resulta necesario instruir y guiar en adecuadas formas de afrontamiento (Rodríguez, 2008).

La enfermedad renal crónica, entonces además de afectar al área física genera efectos y repercute en el estado psicológico del individuo que lo padece, su nivel de independencia y sobretodo sus relaciones sociales se ven afectadas (Rebollo, González, Saíz y Ortega, 2000). Muchos de los pacientes tienden a responder a su entorno presentando problemas de integración, falta de autonomía, baja adhesión a las indicaciones, a las que responden con hostilidad, y actitudes excesivamente infantiles

o congraciativas, fluctuando entre conductas pasivas o agresivas, que afecta asimismo su estado funcional y evaluaciones de calidad de vida (Rodríguez, Campillo y Avilés, 2013).

Por otra parte, ya que las habilidades sociales suponen un proceso interactivo de componentes verbales y no verbales, además de características individuales en contextos cambiantes (Ortego, López y Álvarez, 2011), su adecuado desarrollo permite al sujeto hacer frente a diversas situaciones problemáticas como puede ser padecer de enfermedad renal crónica y todo lo que esta implica. Se ha visto que un sujeto sano socialmente, debería poder vivir de manera autónoma, con pocas limitaciones y manteniendo relaciones saludables y adecuadas con su entorno, (Pereira y Espada, 2010) situaciones que no se perciben con totalidad en pacientes con enfermedad renal crónica, por lo que se presume que, al desarrollar algunos factores de las habilidades sociales, como la asertividad, puede generar un impacto positivo en los factores de calidad de vida como es el ámbito social, salud, etc.

Cabe resaltar que, sin desmerecer los diversos estudios en psicología de la salud, una de las enfermedades que se encuentra en menos desarrollo de investigaciones es la enfermedad renal crónica (González, Herrera, López y Nieves, 2011). Además, los estudios de aspectos psicológicos, como lo es la asertividad, en relación a la enfermedad renal crónica, han estado en su mayoría orientados a búsqueda de patologías mentales que a conocer cómo se adaptan los pacientes a los tratamientos y cómo se les podría ayudar (Tellado, 2015).

Por lo tanto, se considera necesario averiguar si frente a la calidad de vida percibida por los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en una clínica de Lima Metropolitana, el desarrollo y uso de uno de los componentes de las habilidades sociales que es la asertividad puede servir como un modulador que favorezca la percepción de calidad de vida, y de esta manera también poder contribuir en la preparación de una adecuada forma de afrontamiento por parte del paciente, permitiendo así su readaptación a esta nueva etapa de vida, generando una visión igualmente satisfactoria, con una óptima calidad de vida (González et al., 2011). En vista de que en Perú son escasos los estudios frente a estas variables, se ve la necesidad de averiguar el tipo de relación entre asertividad y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, tomando en cuenta que, para el presente estudio, los instrumentos utilizados hacen referencia a la percepción de los pacientes frente a estas variables.

3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación presenta las siguientes limitaciones:

- a. Se solicitó la base de datos de la Clínica seleccionada, por lo que no se pudo manipular los instrumentos de manera directa, ya que han sido previamente seleccionados dentro de las actividades de evaluación del área de Psicología.
- b. El tipo de datos analizados serán extraídos de una base de datos secundaria en una muestra específica por lo tanto los resultados obtenidos se circunscriben a la población de estudio y no podrán ser generalizados.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Objetivo General

Identificar la relación que existe entre asertividad y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana.

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar las diferencias en asertividad y sus dimensiones en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana según sexo.
- Determinar las diferencias en calidad de vida y sus dimensiones en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana según sexo.
- Identificar la relación entre asertividad y la dimensión Salud General en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana.
- Identificar la relación entre asertividad y la dimensión función social en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana.

- Identificar la relación entre asertividad y la dimensión rol emocional en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana.
- Identificar la relación entre asertividad y la dimensión salud mental en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES

1.1 Asertividad

1.1.1 Definiciones:

Las habilidades sociales han pasado a ser hoy en día un constructo importante en diversos ámbitos de la vida de las personas, ya que su expresión favorece adecuadas relaciones en el ámbito social, conjuntamente con las competencias técnicas que las personas puedan presentar. Por lo tanto, cabe considerar que las habilidades sociales dependerán parcialmente del contexto en que se presenten, el marco cultural, los patrones de comunicación, la educación, grupo etario, clase social, etc. Así mismo, el grado de efectividad dependerá mucho de lo que desee lograr la persona en una situación en particular (Meichenbaum, Butler y Gruson, 1981 citado por Ortego, López y Álvarez, 2011).

Las habilidades sociales están conformadas por respuestas verbales y no verbales, instrumentales, cognitivas y emocionales por lo tanto se denomina habilidades en referencia a que su emisión tiene la finalidad de generar una consecuencia deseable o la evitación de otra indeseable, y el calificativo social, tiene que ver con el hecho de que esas respuestas reforzadoras o de castigo van a depender de la presentación ante uno o más individuos del grupo social (García y Magaz, 2011).

Las habilidades sociales desde el modelo cognitivo conductual se pueden clasificar en directas e indirectas. La primera, hace referencia al conjunto de respuestas instrumentales, verbales y gestuales que operan en el ambiente de manera directa por parte del emisor teniendo como consecuencia contingencias de valor funcional y producen a su vez en el receptor efectos deseables o indeseables. La segunda, tiene que ver con las cogniciones, que, al actuar con valor funcional de respuesta en el primer eslabón del segmento de la conducta social, genera de manera directa un estímulo antecedente al siguiente eslabón del mismo segmento de inter conducta. En resumen, la respuesta instrumental es modulada por una cognición precedente, que vendría a ser la primera habilidad social; sin embargo, como la cognición, que es el evento privado y la respuesta instrumental, que es el evento público, se dan de manera secuencial, ambas vendrían a ser denominadas habilidades sociales, y estas de manera conjunta producen el éxito o fracaso en la interacción social. (García y Magaz, 2011)

Es probable que la clase de habilidades sociales más significativa y característica de estas destrezas sea la Conducta Asertiva (García y Magaz, 2011).

La asertividad viene siendo estudiada desde los años setentas hasta la actualidad, debido a su importancia y repercusión en diversas áreas, ya sea a nivel familiar, laboral, salud física, etc. Desarrollar esta

conducta aumenta la posibilidad de las personas de poder enfrentarse de forma adecuada a las demandas propias del medio social en el que se desenvuelven (Rakos, 2006 citado por León, 2009).

Aun cuando no existe una definición universalmente aceptada para este constructo; hay diversas aproximaciones que representan de cierta forma lo que implica o representa el término “asertividad” (Caballo, 1983) y además existe un relativo consenso acerca de cuáles son las características de un comportamiento asertivo (León, 2009).

Algunas de las definiciones que pueden resultar útiles a la hora de llegar a una definitiva son las siguientes:

Para Alberti y Emmons (1978) citado por Caballo (1983) la asertividad es “La conducta que permite a una persona actuar en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los otros”

Para Brown (1980) citado por Caballo (1983) es la “conducta que ocurre en un contexto interpersonal que se interesa principalmente por la adquisición de refuerzo personal y que minimiza la pérdida de refuerzo por parte de los receptores de las conductas”

McDonald (1978) citado por Caballo (1983) define asertividad como “la expresión abierta de las preferencias de una manera tal que haga que los otros las tomen en cuenta”

Para Wolpe (1977) citado por Velázquez, Montgomery, Montero, Pomalaya, Dioses, Araki y Reynoso (2008) asertividad es “toda expresión socialmente aceptable de derechos y sentimientos personales, lo cual incluye rechazos, reclamos, expresiones de premio y afecto, y exclamaciones de sentimientos y deseos personales de una forma directa, honrada y adecuada”

Finalmente, un grupo de psicólogos y educadores, Alberti y otros (1977) citados por Caballo (1983) se reunieron en 1976 y lograron establecer “Principios para la práctica ética del entrenamiento asertiva” y dentro de estos principios logran dar con la siguiente definición: Se define la conducta asertiva como el conjunto de conductas, emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo directo, firme, y honesto, respetando al mismo tiempo los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, y derechos de las otras personas. Esta conducta puede incluir la expresión de emociones tales como la ira, miedo, aprecio, esperanza, alegría, desesperación, indignación, perturbación, pero en cualquier caso se expresa de una manera que no viola los derechos de los otros.

Al incorporar aspectos normativos y cognoscitivos, Cotler y Guerra (1976) citados por Flores y Díaz (2004) opinan que la asertividad involucra “conocimiento y expresión de deseos, valores, necesidades, expectativas y disgustos de un individuo. Como tal, no solo involucra el estar en mejor contacto con uno mismo, sino también afecta el modo de interactuar con otras personas”

A raíz de las diversas definiciones que se han ido dando en relación al constructo asertividad, se ha podido observar que el elemento diferencial entre los diversos conceptos es la consideración de uno o dos factores; hay autores como Wolpe que consideran asertividad solamente como la búsqueda del propio bienestar, por otro lado, hay autores como Alberti que toman en cuenta un segundo factor que incluye la búsqueda del bienestar de los otros también.

Finalmente, una de las definiciones que engloba la mayoría de las ideas, y con la cual se trabaja en este estudio es la de García y Magaz (1992) citado por López (2013) quienes definen asertividad como “la cualidad que define aquella clase de conductas sociales que constituyen un acto de respeto por igual uno/a mismo/a y a las personas con las que se desarrolla la interacción” Así mismo, estos autores toman en cuenta tres niveles de respuesta, respuesta emocional, que se pone de manifiesto en la ausencia de ansiedad, respuesta cognitiva, que se da al independizar

el valor personal de las peculiaridades individuales y la respuesta instrumental, que se da cuando se emite una conducta (López, 2013).

A pesar de que aún no existe una definición universalmente aceptada para Asertividad, existe un relativo acuerdo en cuanto a los características que debe tener toda conducta asertiva, y dentro de ellas encontramos el reconocimiento de deficiencias propias, dar y a su vez recibir cumplidos, tener la capacidad de iniciar y mantener interacciones con otras personas, poder expresar sentimientos negativos y positivos con facilidad, manifestar expresiones no populares o diferentes, pedir cambios de conductas de otras personas y tener la capacidad de rechazar pedidos que consideramos irracionales (León, 2014). Así mismo cabe resaltar que para el estudio de la asertividad se debe tomar en cuenta tres componentes, conductual, las conductas que se van a presentar, cognoscitivo, que creencias intervienen, y situacional, se desarrollara en un contexto cultural determinado (Flores y Díaz, 2004).

1.1.2 Estilos de comportamiento asertivo

Las personas al tener la posibilidad de expresar sus ideas, opiniones y sentimientos de manera libre, pueden responder a cuatro estilos: asertivo, agresivo, pasivo o pasivo-agresivo (Santrock, 2004; Sternberg, 2002; Medwey y Cafferty, 1998 citado por Pain, 2008); sin embargo, diferenciar estos comportamientos presenta cierto grado de dificultad, ya que al trabajar con factores de respeto a uno mismo y

también respeto a los demás, pueden confundirse ambas perspectivas, esto quiere decir que al tratar de evaluar estos aspectos juntos, el resultado global no estaría valorando la asertividad real de la persona. Es por esta razón que resulta de vital importancia delimitar el reconocimiento personal del derecho a expresarse y el de los demás y es aquí donde nacen los conceptos de auto-asertividad y heteroasertividad (Pain, 2008).

- Auto-asertividad: Comportamiento que incluye que la persona exprese de manera sincera y cordial de sentimientos propios y defensa de los propios valores, gustos, deseos y preferencias que puedan presentarse (García y Magaz, 2003 citado por Pain, 2008).
- Hetero-asertividad: Comportamiento que incluye que la persona tome en cuenta y reconozca el derecho de los otros a expresarse libremente (García y Magas, 2003 citado por Pain, 2008).

Entonces, el comportamiento asertivo tiende a compartir ambas cualidades, y se puede clasificar los estilos habituales de interacción social en cuatro categorías:

- Estilo Pasivo: elevada hetero-asertividad y una escasa auto-asertividad, debido a que la persona reconoce y acepta con facilidad la expresión de los otros, sin tomar en cuenta los derechos en sí mismo (Pain, 2008). Es característico de personas inseguras, con baja autoestima, con tendencia a pensar que no merecen respeto ni

consideración, más si le deben respeto a los demás (García y Magaz, 2011).

- **Estilo Agresivo:** Elevada auto-assertividad y una escasa heteroassertividad, ya que los derechos personales están sobre los derechos de los demás (Pain, 2008). Propio de personas que tienden a considerarse superiores a los demás, y suelen menospreciarlos (García y Magaz, 2011).
- **Estilo pasivo-agresivo:** La persona no reconoce sus propios derechos y es indiferente al de los demás, así que puede mostrar comportamientos y actitudes pasivas y agresivas (Pain, 2008). Usualmente, son personas inseguras, que presentan baja autoestima, que piensan no ser merecedoras de respeto y tampoco respetan a los demás, de manera que acumulan ira debido a que casi siempre pasan por experiencias de frustración personal y agresión por parte de los demás (García y Magaz, 2011).
- **Estilo Asertivo:** Es el equilibrio entre ambas dimensiones, incluyendo la definición previamente dada, es así que la persona reconoce y respeta las opiniones, ideas y derechos de los demás, así como los propios (Pain, 2008). Característico de personas seguras de sí mismas, que cuentan con una adecuada autoestima, con tendencia a considerarse a sí mismas y a los demás, que son consideradas y se sienten merecedoras de respeto (García y Magaz, 2011).

1.1.3 Variables que influyen en desarrollo de la Asertividad

Debido a que toda conducta social se da en un ambiente físico con una gama de factores psicológicos, socioculturales, geográficos, etc. que afectan las relaciones de los individuos con su entorno, la respuesta asertiva entonces estará también influida por la cultura en la que se encuentre el individuo, por su contexto situacional y psicológico, por las personas involucradas o percibidas en la situación, por las variables sociodemográficas ya sea el sexo, la edad, escolaridad, nivel socioeconómico, etc. así como también variables de personalidad (De Sosa, 2011).

Por lo tanto, la asertividad va a depender en parte de la situación en que tenga lugar. Así mismo, se ve influenciada por el aprendizaje de modelos de comportamiento, brindados por padres, amigos, maestros, medios de comunicación, etc. en donde se ha ido modulando nuestro comportamiento asertivo a través de refuerzos y castigos según se iba presentando. Puede suceder que la conducta asertiva no ha sido reforzada adecuadamente en su momento, por lo que la persona no lo ha aprendido a valorar este tipo de conducta como algo positivo (De Sosa, 2011).

La presentación de la conducta asertiva, también se verá influenciada por los patrones irracionales de pensamiento, que limitaran a la persona a comportarse de forma asertiva (De Sosa, 2011).

1.1.4 Características de la persona asertiva

La asertividad al igual que cualquier otro comportamiento, también está influenciado por cogniciones racionales o irracionales, que están integrados en el marco de referencia de las personas, por esta razón personas que cuentan con diálogos internos negativos acerca de sí mismos y su desempeño, tienden a tener mayor dificultad para expresar respuestas asertivas. Además, de lo anterior también hay que tomar en cuenta el concepto de autoeficacia, debido a que la respuesta asertiva va a estar relacionada a su vez con la forma en como las personas evalúen sus capacidades, y si esto lo limita a emitir una respuesta, por ejemplo, una persona poco asertiva podría tener expectativas negativas en cuanto al resultado de su comportamiento (Kail y Cavanaugh, 2011 citado por León, 2009).

Por otra parte, el individuo asertivo suele tomar consciencia de sí mismo y el mundo que lo rodea, para poder saber qué es lo que desea expresar y que es lo que los demás desean acerca de una situación, además de esto debe evaluar las probables consecuencias de emitir una conducta en un lugar determinado, y tener la capacidad de poder hacerse responsable si elige actuar (Shoemaker y Saterfield, 1977, citado por Caballo, 1983). También expresa sentimientos de manera espontánea, por lo que se siente capaz y es por lo general tomado en cuenta por los otros (Alberti y Emmons, 1978 citado por Caballo, 1983). Además, al ser la asertividad una conducta auto reforzadora, se incrementa el sentimiento

de bienestar y alivio personal, e inhibe las conductas agresivas o pasivas (Shemaker y Satterfield, 1977 citado por Caballo, 1983).

Finalmente, la persona asertiva, tiende a pensar que sus acciones pueden generar algún impacto efectivo en su medio, no piensan que son víctimas de los sucesos de la vida o de las exigencias que puedan manifestar otras personas, sino que se sienten responsables de ellos mismos y de su accionar (Jakubowski, 1977 citado por Caballo, 1983). De manera más específica, a continuación, se presentará como es el “ideal” de persona asertiva en relación a su comportamiento, sentimientos y emociones, para que con el conocimiento de la siguiente información se pueda explicar posteriormente como lograr asemejarse a este modelo.

- Comportamiento Externo:
 - Las personas asertivas presentan habla fluida, segura, sin bloqueos, logran mantener el contacto visual, muestran relajación corporal y comodidad en su postura (Castanyer, 2007).
 - Capacidad para expresar sentimientos positivos como negativos, defenderse sin necesidad de agredir, son honestos y capaces de hablar de sus gustos e intereses, poseen la capacidad para discrepar abiertamente, pedir aclaraciones, decir “no” y aceptar errores (Castanyer, 2007).

- Patrones de Pensamientos:

- Poseen conocimiento acerca de los derechos de sí mismos y de los demás.
- Poseen en su mayoría convicciones racionales.
- Sentimientos y Emociones
 - Poseen buena autoestima, no poseen sentimientos de inferioridad ni superioridad, encuentran satisfacción en sus relaciones y respeto por sí mismos.
 - Presentan adecuado control emocional.
 - Aclaran malos entendidos, y frenan o desarman a las personas que los “ataquen”.
 - Frente a la persona asertiva los demás se sienten respetados y valorados.
 - La persona asertiva suele ser considerada pero no “tonta” (Castanyer, 2007).

1.1.5 Tipos de Respuesta Asertiva:

- Asertividad Subjetiva: Describir, sin juzgar, el comportamiento de la otra persona, incluye la descripción del comportamiento del otro, de los propios sentimientos y de lo que uno desea del otro (Villagrán, 2014).

- Respuesta asertiva con conocimiento: Transmitir reconocimiento hacia la otra persona y un diseño futuro sobre los derechos e intereses propios (Villagrán, 2014).
- Asertividad Positiva: Expresar de manera adecuada lo bueno y valioso que se puede percibir en otras personas (Villagrán, 2014).
- Respuestas asertivas elementales: Expresión simple de los propios intereses y derechos (Villagrán, 2014).
- Respuesta asertiva frente a la no asertiva o a la agresiva: Hacerle ver a la otra persona como se comporta y cómo podría comportarse asertivamente (Villagrán, 2014).

1.1.6 Desarrollo de un Sistema de Creencias de Respeto por los Derechos Personales y Ajenos

Dado que estamos influenciados por la educación tradicional, hemos recibido mensajes del estilo “obediencia a la autoridad” que de alguna manera influye en nuestra forma de actuar y nos vuelve sumisos. Por ejemplo, demandas expresadas en mensajes como “mantenerse callados cuando hable un mayor” o “No expresar reclamos frente a un mayor” (Castanyer, 2007).

Estas preposiciones tradicionales pueden parecer normales; sin embargo, al ser expresadas de forma autoritaria puede generar en las

personas sentimientos de inferioridad e incapacidad para emitir reclamos y cambiar. Por otro lado, también existen modelos en los que se ha fomentado que debemos reclamar por nuestros derechos de forma agresiva, con mensajes como “hay que ser más que otros”, etc. Ambos tipos de mensajes, supeditan a las personas a actuar en un mundo de ganadores y perdedores, y no fomentan la focalización en la autoestima de cada uno, en sus propios logros y respeto a uno mismo. En otras palabras, ambos evitan reconocer los derechos que todos tenemos y que nos harían ser personas más asertivas (Castanyer, 2007).

La importancia de que los individuos tengan conocimiento acerca de los derechos humanos, recae en el hecho de reconocer la existencia de igualdad y respeto mutuo entre todas las personas (Bower y Bower, 1976 citado por Motgomery, 1997). Por otra parte, existen derechos básicos inherentes a la condición de las personas como tal que no tienen que ver con su clase social, sexo, edad o capacidad. En el año 1978 Jakubowski y Lange crearon una lista que reflejaba esta propuesta de derechos básicos, y fue adaptada por Caballo en 1991. Cabe resaltar que se debe evitar caer en la propagación ideológica extremadamente individualista que tienen estos enunciados, y a su vez analizar con sumo cuidado sus explicaciones.

A continuación, se presentarán la lista de derechos adaptada:

- Mantener la dignidad y respeto comportándonos con asertividad, siempre evitando violar los derechos básicos de los demás.

- Ser tratados con respeto y dignidad.
- Rechazar peticiones, sin sentir culpas.
- Expresar y experimentar nuestros sentimientos.
- Cambiar de opinión.
- Detenernos y pensar antes de efectuar alguna acción.
- Pedir lo que queramos, siendo conscientes del derecho de la otra persona a negarse a nuestras peticiones.
- Ser independientes.
- Cometer errores, y a su vez hacernos responsables de los mismos.
- Sentirnos a gusto con nosotros mismos.
- Tener propias necesidades y pedir a los demás que las atiendan, así como también decidir si respondemos a las necesidades de los demás.
- Si existen dificultades con otra persona, hablarlo y aclararlo.
- Obtener aquello por lo que pagamos.
- Escoger no tener un comportamiento asertivo.
- Ser escuchados y tomados en serio (Motgomery, 1999).

1.1.7 Técnicas para generar respuestas asertivas

Existen diversas técnicas para poder lograr emitir conductas que sean asertivas. En este caso se ha elegido las propuestas por Castanyer (2000) quien propone la reestructuración cognitiva, en donde resalta la relevancia de las creencias en las decisiones de las personas. Para poder

tomar consciencia de ellas se necesita realizar auto registros, en donde posteriormente se puedan analizar los pensamientos detectados y de esta manera identificar las ideas irracionales. Luego, la persona podrá elegir pensamientos alternativos y racionales.

Por otra parte, se puede trabajar con las siguientes técnicas asertivas para discusiones:

- Técnica del disco roto: Consiste en decir de manera repetitiva el propio punto de vista u argumento, sin ahondar en las discusiones ni provocaciones que pueda hacer la otra persona, para de esta manera convencer a la otra persona y que se dé cuenta que no llegara a nada con sus ataques.
- Banco de niebla: Consiste en dar la razón a las personas en las críticas que se consideren ciertas, pero negándose a su vez, evitando entrar en discusiones. Dando a entender al final que no se cambiara de postura.
- Aplazamiento Asertivo: Consiste en aplazar la respuesta a la persona que nos ha criticado, hasta el momento en que nos sintamos más relajados y podamos emitir una respuesta correcta. Es muy útil para momentos en que no tengamos una respuesta inmediata y no nos sintamos capaces de responder con claridad, o nos sintamos abrumados por la situación.

- Técnica para procesar el cambio: Consiste en desplazar la discusión hacia el análisis de la problemática de ambas personas. Es como salir del contenido y “vernors desde fuera”
- Técnica del acuerdo asertivo: Es una técnica parecida al de la Bola de Niebla, pero profundiza un poco más, expresando que la otra persona tiene razón y derecho de estar enojado, pero no admitimos la forma en que lo comunica.
- Técnica de la pregunta asertiva: Consiste en aceptar la crítica del otro, y tratar de aprender del otro, por lo que habrá que preguntar acerca de sus argumentos y que requiere que cambiemos (Castanyer, 2007).

1.2 Calidad de Vida

1.2.1 Definiciones

El término calidad de vida, está presente desde la época de los antiguos griegos, la integración del concepto dentro del campo de la salud, es reciente, y tuvo un auge marcado durante la década de los 90, y que persiste en los años de siglo XXI (Shwartzmann, 2003). Es así como el concepto de calidad de vida, empieza a tomar relevancia, sobretodo en dos aspectos, un aspecto ético, en cuanto a la toma de decisiones de los tratamientos médicos, en relación al consentimiento informado y de las intervenciones para mantener la vida, y el otro aspecto está en relación al campo de los servicios de salud, en el sentido de establecer prioridades, y diseñar e implementar programas de prevención, atención y

rehabilitación, complementado así los indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad o expectativa de vida (Lugo, García y Gómez, 2006).

La Organización Mundial de la Salud, define calidad de vida como “la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en la vida, en el contexto de la cultura, y del sistema de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.” (Lugo, García y Gómez, 2006).

Por otra parte, cabe resaltar que no se podría hablar de calidad de vida, sin antes, mencionar que se encuentra estrechamente relacionado con el desarrollo alcanzado por los grupos sociales de referencia. Y para esto no se toma en cuenta, solo el desarrollo macroeconómico que se haya alcanzado, sino el estado que de cada individuo que lo conforma (Carpio, 2001).

Además, también hay que tomar en cuenta que son las conjugaciones entre las condiciones biológicas y las condiciones culturales con aspectos psicológicos los que definen un modo de existencia práctica de los individuos, y es así que calidad de vida es concebida como la interacción de condiciones biológicas, socio-culturales y psicológicas de los individuos, y como estos se ajustan a las situaciones de su medio y como se manifiesta su comportamiento y organismo (Carpio, 2001).

Es importante resaltar que la calidad de vida no va a representar las condiciones reales y objetivas, sino la evaluación de las mismas por parte del individuo (Andrew y Withey, 1976 citado por Oblitas, 2010) y es a partir de esta premisa que se entienda calidad de vida como el conjunto de evaluaciones realizadas por el individuo acerca de cada uno de los dominios de su vida actual (Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban, 1982 citado por Oblitas, 2010). Desde este campo y desde una perspectiva psicológica, la calidad de vida es un concepto que hace referencia a al tipo de respuesta tanto individual como social ante un conjunto de situaciones que se presentan a lo largo de la vida diaria., por esta razón, aun cuando se evalúen componentes de bienestar que sean objetivos, se considerara primordialmente la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, y se analizara cuáles son los procesos que han contribuido a la satisfacción de la misma (Slevin, Plant, y Lynch, 1988 citado por Oblitas, 2010).

Desde una perspectiva psicológica, el estudio de Calidad de Vida, pasa a ser un estudio a nivel de bienestar individual o grupal, y para Moix (1986) citado por Ugarte (2001) el bienestar de un individuo se refleja a partir de tres características:

- Objetividad: Es un estado de condiciones y circunstancias objetivas.
- Externalidad: Se puede observar de forma directa desde el exterior.

- Minimalidad: Requiere de determinados requisitos mínimos si se desea lograr un estado de bienestar.

1.2.2 Factores que influyen en la Calidad de Vida

Al ser los ancianos una de las muestras más estudiadas en relación al término Calidad de vida, se pudo visualizar en ellos algunos factores de bienestar, que se presume se puede relacionar y generalizar a otras poblaciones:

- Independencia funcional: Grado de funcionalidad física, psíquica, y económica.
- Vida en familia o pareja: Como es el apoyo social y familiar.
- Relación familiar y social: Que está referida a la percepción tanto objetiva como subjetiva de soledad (Ugarte, 2001).

Por otra parte, se ha visto que las personas que se ven afectadas por determinadas enfermedades o presentan problemas de salud, tienden a percibir su calidad de vida, influenciándola por los procesos que incluyen su estado de salud, ya sea síntomas, diagnóstico, tratamientos, etc. Por esta razón se ha incrementado la cantidad de estudios e interés acerca de la calidad de vida de personas que padecen una enfermedad, y ha surgido así el concepto de “calidad de vida relacionada con la salud” el cual es definida por Patrick y Erickson citado por Oblitas (2010) como “el valor asignado a la duración de la vida con sus modificaciones por

impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones que es influido por las enfermedades, lesiones y tratamientos” Entonces la calidad de vida en personas que padecen de una enfermedad se verá influido por factores como síntomas y quejas subjetivas, diagnósticos, funcionamiento fisiológico, funcionamiento psicológico y cognitivo, funcionamiento físico, percepciones generales de salud y funcionamiento social, que muchas veces se ven alteradas por las características propias de las diversas enfermedades (Oblitas, 2010).

1.2.3 Evaluación de Calidad de Vida

La Organización Panamericana de la Salud buscó de alguna manera poder establecer indicadores y explicaciones basadas en las condiciones de vida de las poblaciones, que determinan de alguna manera los perfiles de salud, concluyo en cuatro dimensiones:

- La dimensión de los procesos predominantes biológicos: Incluye potencial genético y capacidad inmunológica.
- La dimensión de los procesos predominantes ecológicos: Incluye medio ambiente, residencial y laboral.
- La dimensión de los procesos reproductivos de las formas de conciencia y de conducta: Incluye determinantes culturales, hábitos y formas de conducta, estilos de vida individuales y colectivos.

- La dimensión de los procesos predominantes económicos: Incluye formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios (Ugarte, 2001).

Los instrumentos que son utilizados para la medición de la calidad de vida son diversos, a nivel mundial en el área de nefrología se utilizan instrumentos genéricos como el SF-36, Sickness Impact Profile “SIP”, EQ5D del EuroQol, en cuanto a los instrumentos específicos, se utiliza

Kidney Disease Quality of Life KDQoL y Kidney Disease Questionnaire KDQ (Mapes, Lopes y Satayathum, s.f., y De Castro, Vannini, Draibe y Fernandes. s.f., citado por Palacios, 2010).

El Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, resulta de gran interés, debido a que evalúa no solo el área física sino que incluye aspectos de la esfera mental; dentro de la esfera física evalúa el grado de limitación de las personas para realizar actividades físicas, el rol físico, el grado en que la salud física puede interferir tanto en el trabajo como en la actividad de la vida diaria, el dolor corporal, la existencia e intensidad del dolor y como este afecta en el trabajo y salud general, tomando en cuenta la valoración que tiene cada persona de su salud. Y en el área mental, incluye la vitalidad, que tiene que ver con la sensación de energía, la función social, el grado en que tanto los problemas de salud física como

emocional puede interferir con la vida social cotidiana, el rol emocional, y salud mental, evaluando la salud mental en general (Mapes et al citado por Palacios, 2010).

Diez años atrás, la percepción de calidad de vida estuvo centrado en respuestas ante los efectos físicos, psicológicos y sociales que produce una afección u enfermedad en la vida cotidiana del paciente y en la capacidad del mismo para lograr recuperar el bienestar (Ruiz, Román, Martín, Alférez y Prieto, 2003 citado por Contreras, Esguerra, Espinoza y Gómez, 2007); sin embargo, en la actualidad el concepto es considerado como la evaluación que hace el individuo en relación a su estado de salud, en concordancia con su funcionamiento social, físico, y cognitivo, la movilidad, y el cuidado personal para realizar sus actividades de la vida diaria, así mismo incluye el bienestar emocional y la percepción general de salud (Alvarez-Ude, 2001; Badia & Lizán, 2003; Schwartzmann et al., 1999 citado por Contreras et al, 2006).

Se considera entonces que la variable calidad de vida debe ser evaluada por distintas áreas, ya que en ella convergen múltiples factores (Contreras et al, 2006) por lo que se recomienda estudiarla considerando los dominios físicos, donde se incluirían los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad, los dominios psicológicos, que evalúan el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, depresión, y la autoestima, y los dominios sociales, que consideran las relaciones

interpersonales, la actividad diaria y la rehabilitación laboral (Sanabria, 2003 citado por Contreras et al, 2006).

1.2.4 Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica

Zuñiga (1999) menciona que los pacientes con enfermedad renal crónica se benefician de los avances de la medicina moderna en sus tratamientos; sin embargo, a la par son conscientes de sus reales limitaciones, lo que para ellos no necesariamente representa calidad de vida. Investigaciones muestran que dos tercios de los pacientes que padecen esta afección consideran su calidad de vida inferior a bien, ya que hay que considerar que el proceso de diálisis generará no solo cambios en su aspecto físico, sino también generará modificaciones en su estilo de vida, alteraciones psicológicas, y en la vida laboral, y además esto influye en su medio social y familiar, quienes también se ven afectados.

El paciente con enfermedad renal crónica deberá aprender a adaptarse considerando las limitaciones que generan la enfermedad y el tratamiento, lo que ocasionará además un cambio en su estilo de vida (Valderrabano, Jofre & López-Gómez, 2001 citado por Contreras et al, 2006). Es así que en este contexto el paciente percibirá su calidad de vida en relación a como enfrentan aquellos factores que amenazan su salud y se observa que muchos de ellos valoran su calidad de vida en función a diversos factores que pasarán por alto la presencia misma de la

enfermedad y su tratamiento dependiendo de una adecuada adhesión al tratamiento, el bienestar del paciente y su respuesta al tratamiento de sustitución renal. Sin embargo, en general se puede afirmar debido a la existencia de evidencia, que la Enfermedad Renal Crónica y las características del tratamiento modifican y alteran notablemente la calidad de vida del paciente tanto a nivel físico como psicológico y social (Cidoncha et al., 2003 citado por Contreras et al, 2006).

La dimensión física es una de las que se ve más afectados en los pacientes hemodializados, ya que usualmente presentan sensaciones de cansancio, debilidad, náuseas, falta de apetito y percepción de mal sabor de boca (Hailey & Moss, 2000 citado por Contreras et al, 2006). A nivel familiar, se ha visto que las relaciones de pareja se ven alteradas producto de la cantidad de tiempo que ocupa el paciente en el tratamiento, por el descenso laboral, deterioro en las respuestas sexuales y por el cambio de roles sociales que su condición puede ocasionar (Alarcón, 2004; Hersh-Rifkin & Stoner, 2005; Suet-Ching, 2001 citado por Contreras et al, 2006).

En cuanto a la dimensión psicológica, las manifestaciones de esta índole que suelen presentarse con frecuencia en los pacientes con enfermedad renal crónica, son la depresión y la ansiedad, además existen evidencia de que las alteraciones que se producen en los estados emocionales afectan de manera notable el bienestar de los pacientes y esto

genera alzas en las tasas de mortalidad (Gil, 2003 citado por Contreras et al, 2006) Otras reacciones que suelen ser frecuentes son respuestas de hostilidad e ira hacia el personal asistencial y al régimen terapéutico frente a las limitaciones del tratamiento y enfermedad (Hersh Rifkin y Stoner, 2005 citado por Contreras et al, 2006).

1.2.5 Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida

Para lograr el mejoramiento de la calidad de vida, se debe tomar en cuenta el concepto nuclear de bienestar, en donde se relacionan diversas dimensiones como biológica o del sustrato somático, aspectos subjetivos, que incluyen motivaciones, valores, pensamientos, procesamiento y estructuración de la realidad, así como el entorno físico, que viene a ser el ambiente y territorio, y finalmente la calidad de las interacciones sociales (Oblitas, 2010).

Para Oblitas (2010) se debe tomar en cuenta que

Los esquemas cognitivo emocionales que creamos y mantenemos generan eventos que inciden en nuestra bioquímica más interna, que determinan el curso de procesos biológicos a nivel molecular; pues facilitan o inhiben la expresión de disposiciones genéticas capacitantes o incapacitantes. Dieta, ejercicio físico, pautas de comunicación familiar y social, creencias, actitudes, prácticas espirituales, etc., son factores que afectan nuestra salud presente y futura. El cuerpo, la mente y el ambiente físico y social, están interconectados y son, por tanto, interdependientes. Dentro de la

dimensión física se debe tomar en cuenta la práctica de adecuados hábitos nutritivos, realización de actividad física, y aprendizaje en ejercicios de respiración. En relación a la dimensión subjetiva – cognitiva – emocional, se debe tomar en cuenta el aprendizaje de técnicas que puedan disminuir emociones negativas como estrés, ansiedad, depresión entre otras, para esto se puede entrenar en técnicas de reestructuración cognitivo – emocional, identificación de pensamientos automáticos e irracionales, así como la práctica en técnicas de relajación con ejercicios de respiración, imaginación y visualización. Finalmente, en cuanto a la dimensión social, se debe tomar el mantenimiento de adecuadas relaciones interpersonales, poniendo en práctica la asertividad, habilidades sociales y sentido del humor.

1.3 Enfermedad Renal Crónica

1.3.1 Definiciones

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema que ha alcanzado gran magnitud a nivel mundial, generando gran impacto en los sistemas de salud (Obrador, G., Boulón, Gómez, Laris y Contreras, 2012). Nuestro país no es ajeno a esta realidad, en el año 2014 más de 10000 pacientes se encontraban en terapia de reemplazo renal a nivel nacional en Essalud, y en el año 2012 se invirtió 324 millones de soles en la atención de las personas aseguradas con esta enfermedad (Bravo, 2014).

Se define Enfermedad Renal Crónica como el funcionamiento anormal de los riñones por un tiempo superior a 3 meses, o a la alteración en la estructura de los mismo, es frecuente que la enfermedad no es detectada hasta la presentación de los estadios terminales, momento en el cual se requerirá tratamiento sustitutivo o trasplante renal, lo que lleva a su vez a deterioro en calidad de vida (Alemano, Celia, Cusumano, Depine, Greloni, Inserra, Rosa, Wassermann, Zucchini, 2010).

Por otra parte la National Kidney Foundation clasifica la ERC en 5 estadios, tomando como base la reducción de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG), por lo que el estadio 1 y 2, corresponderán a Daño renal con disminución discreta de la TFG, el estadio 3, corresponde a disminución moderada de la TFG, el estadio 4, a disminución severa de la TFG y finalmente el estadio 5 corresponde a Insuficiencia Renal o fase terminal (Comité de Metabolismo Mineral y Óseo, SLANH, 2012), la cual va a requerir tratamientos sustitutivos de la función renal, por medio de Terapias de reemplazo renal o diálisis, situación que genera gran impacto en los pacientes, sus familias y los sistemas de salud (Loza, 2014).

Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de un pronóstico de ERC, estos factores muchas veces pueden desarrollarse durante la vida del individuo y pueden ser susceptibles a prevención. Los factores de riesgo relacionados con la enfermedad son: Factores de susceptibilidad, que aumentan la susceptibilidad al daño renal, y están

relacionados con la edad, la historia familiar de enfermedad renal, bajo peso en el nacimiento, la raza, y reducción de masa renal; Factores de iniciación, que son por lo que se inicia directamente el daño, los cuales son la diabetes, hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes, infecciones sistémicas, infección del tracto urinario, cálculos urinarios, obstrucción del tracto urinario, y toxicidad a drogas, y finalmente los factores de progresión, que son los que causan empeoramiento de daño renal y declinación más rápida de la función renal, y están relacionados con la proteinuria, hipertensión arterial, control pobre de glicemia en diabetes, y tabaquismo (Flores, Alvo, Borja, Morales, Vega, Zuñiga, Müller, Münzenmayer, 2009).

1.3.2 Impacto de la enfermedad

La enfermedad renal crónica es una enfermedad que afectará no solo el estado de salud física de la persona, también tendrá efectos a nivel emocional, económico, y social. Mientras los pacientes se encuentran a la espera de un proceso de trasplante renal, el cual en su mayoría de casos es difícil de conseguir, se ven obligados a ingresar a programas de terapia de reemplazo renal; en donde tendrán que someterse a un tratamiento estricto en el que deberán modificar su vida social, someterse a múltiples canulaciones, poseer un tipo especial de dieta, restringirse la ingesta de líquidos, pasar por diversas técnicas dolorosas y en muchos casos se presenta el abandono familiar así como la pérdida de esperanza en el

trasplante renal. Todo esto afecta al paciente de manera que se observa una notable disminución en su colaboración en relación al tratamiento, además de la adquisición de conductas negativas hacia la diálisis (Rodríguez, Capillo y Avilés, 2013).

1.3.3 Hemodiálisis

Es un proceso de extracción de productos de desecho de la sangre de pacientes con falla de riñón; se realiza debido a que los riñones ya no poseen la capacidad de filtrar de manera adecuada, los productos de residuo que se acumulan de manera constante en la corriente sanguínea, fuera del cuerpo.

Durante la hemodiálisis, la sangre fluye a través de tubos acoplados al cuerpo del paciente hacia una máquina que filtra los residuos acumulados, así mismo la sangre que es filtrada regresa al cuerpo del paciente por medio de otro tubo. Este proceso es hecho en un tiempo aproximado de dos a cuatro horas, tres veces por semana (Ferreira, s.f.).

El lugar donde se posicionan los tubos en el cuerpo para el proceso de hemodiálisis recibe el nombre de acceso vascular, generalmente se ubica en un brazo o una pierna. Existen tres tipos de acceso vascular, la fístula arteriovenoso, para la que se deberá hacer una cirugía menos, la cual conectará una arteria y una vena en el brazo, otro tipo es el injerto, el cual es un tubo especial que conectará una arteria con una vena, y finalmente el catéter, el cual es un tubo que se ubica de en una vena del

cuello o pierna, y durante la hemodiálisis es conectada de manera directa hacia la máquina (American Kidney Fund, 2016).

1.3.4 Consecuencias Emocionales de la enfermedad y tratamiento

Una de las principales dificultades de los pacientes con enfermedad renal crónica es la pérdida del control interno y de medio ambiente. Durante la sesión de hemodiálisis, los pacientes pasan de una actitud activa a una más pasiva, haciéndose dependientes no solo de las personas encargadas de atenderlos, sino también de la máquina. Por lo que los pacientes empezaran a asumir una nueva identidad, ajustándose a su nueva realidad, que incluye sus relaciones familiares, sociales y laborales, así el individuo pasa por una serie de situaciones estresantes (Rudnicki, 2006).

Por otro lado, cabe resaltar que, al iniciar un programa de hemodiálisis, la mayoría de pacientes pasan por un proceso de ajuste, descrito por diversas etapas, la primera de ellas es llamada “la luna de miel”, referido a las conductas del paciente durante las primeras sesiones, este puede encontrarse eufórico por la mejora sintomática, que conlleva además a una necesidad de vivir bien, mayor confianza en la vida y felicidad, esta etapa puede tener una duración de seis semanas a seis meses. Es común que el paciente se muestre colaborador y agradecido, con los procedimientos y profesionales de la salud; sin embargo, también se presentan intensos episodios de ansiedad frente al tratamiento. Al

finalizar esta etapa, le sigue un periodo de desencanto y desanimo, ya que empiezan a aparecer cuestiones reales que previamente eran evitadas como preocupación por el empleo, la familia, responsabilidades económicas, entre otros, aparecen entonces los sentimientos de desamparo y tristeza. La última etapa es la de “adaptación”, en donde se empieza a aceptar las limitaciones y complicaciones del tratamiento, se da de manera gradual y se presencia fluctuaciones entre bienestar físico y emocional, por lo que es común encontrar pacientes que presentan vivencias de satisfacción alternadas con episodios depresivos de diferentes duraciones (Kaplan De-Nour, 1984 citado por Rudnicki, 2006).

Según Menzies & Stewart (1968), Reichman & Levy (1972), Kaplan De Nour (1984), Levy (1984) citados por Rudnicki (2006), se realizaron diversos estudios en relación a la personalidad de pacientes con enfermedad renal, y se encontró que enfrentan la situación con los siguientes mecanismos de adaptación:

- Negación: Los pacientes tienden a negar la enfermedad renal y la dependencia a la máquina, y a diferencia que los pacientes con enfermedad orgánica, el renal crónico presenta una dificultad marcada para hablar acerca de su enfermedad. Usar el mecanismo de negación en un intento de manejar frustraciones, no es negativo; sin embargo, empieza a carecer de efectividad cuando se utiliza para bloquear cualquier expresión de agresividad a partir del sentimiento

de dependencia y el pensar que no se puede expresar debido a la relación de este tipo. La reacción de los pacientes puede ser de diversos tipos, algunos pueden responder de manera favorable, aceptando los inconvenientes, mientras que otros reaccionan con excesiva dependencia, adoptando el papel de enfermo, eludiendo sus responsabilidades (Bihl, Ferrans & Powers, 1988 citado por Rudnicki, 2006).

- Desplazamiento: Esta técnica de enfrentamiento suele darse en relación a la fistula, el paciente renal crónico tiende a hablar de su fistula y la necesidad de hacerse otras, es frecuente que verbalicen temor a pasar por otra cirugía. A pesar de que muchos de los pacientes, puedan sentir vergüenza de la fistula, la cuidan con mucho esmero. Esta preocupación, puede comprenderse como un desplazamiento en relación al miedo en cuanto al cambio de esquema corporal, la amenaza de una mutilación mayor, o la muerte, este desplazamiento puede otorgarle al paciente un sentimiento de dominio y de control expresándose en el cuidado que hacen de la fístula (Menzies & Stewart, 1968, Kaplan De-Nour, 1984, Barros & Barros, 1986 citado por Rudnicki, 2006).
- Proyección: Son frecuentes las verbalizaciones como “Nadie puede entender lo que significa estar en hemodiálisis” a su vez surge la idea

que la perplejidad y el miedo por el cambio corporal se proyectan sobre la sociedad, en especial hacia la familia (Rudnicki, 2006).

2. INVESTIGACIONES EN TORNO AL PROBLEMA INVESTIGADO, NACIONALES E INTERNACIONALES

2.1 Nacionales

Cassarretto y Paredes (2006) realizaron una investigación titulada *Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*, en la ciudad de Lima, Perú. El objetivo de esta investigación fue identificar los principales estilos y estrategias de afrontamiento que son utilizados por los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal. Participaron 40 pacientes mayores de 20 años, pertenecientes a un programa de trasplante de riñón de un hospital del seguro social de Lima. Se utilizó como instrumentos, una encuesta personal, que sirvió para obtener información acerca de características sociodemográficas y el Inventario sobre estilos y estrategias de Afrontamiento. Se encontró lo siguiente, los pacientes utilizan con mayor frecuencia estrategias como la planificación, la aceptación y la reinterpretación positiva – crecimiento en menor medida, usan estrategias como desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo. Además, los autores lograron concluir que las investigaciones en relación a los estilos de afrontamiento han señalado que las estrategias de afrontamiento que están focalizados en el problema, usualmente son usadas por personas que perciben un mayor bienestar físico; por otro lado, pacientes que hacen mayor uso de estrategias paliativas como el de centrarse en

las emociones, o el de escape conductual y cognitivo, tienden a tener mayor malestar físico. Entonces, es posible señalar que los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, tienden a percibir la enfermedad como un evento del cual no tienen control personal, ya que implica una amenaza constante al bienestar y la salud y por el tipo de tratamiento restrictivo, por ello, el que los pacientes solo se centren en el problema, llevaría a que acumulen sentimientos de frustración e impotencia, mientras que si usan un estilo mixto, centrado en la emoción y luego en el problema llevaría a mayores beneficios.

Chávez (2014), realizó una investigación titulada *Calidad de Vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis Hospital Arzobispo Loaysa, en la ciudad de Lima, Perú*. El siguiente estudio es de tipo cualitativo, descriptivo de corte transversal, se utilizó una muestra de 50 pacientes pertenecientes al Servicio de Hemodiálisis del Hospital, y se seleccionó como instrumento una entrevista estructurada y el cuestionario de Salud SF-36. Tuvo como objetivo, determinar la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica para de esta manera poder proporcionar información al servicio de Hemodiálisis del Hospital y poder diseñar a futuro programas preventivos promocionales que promuevan la adopción de estilos y calidad de vida saludable.

Se concluyó que la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis es de regular a deficiente, las limitaciones físicas, propias de la enfermedad, percibidas, generan al mismo tiempo estados de desánimo y depresión y nerviosismo.

Alfaro (2011) realizó una investigación titulada *Calidad de Vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de Hemodiálisis en la ciudad de Lima, Perú*. La siguiente investigación tuvo como objetivo conocer el tipo de relación que hay entre la calidad de vida relacionada a la salud y el locus de control de la salud en un grupo de pacientes en hemodiálisis. La muestra estaba conformada por un grupo de 100 pacientes con edades entre 20 y 70 años, de cuatro centros de diálisis de la ciudad de Lima. Se utilizó como instrumento el Cuestionario de Salud SF-36 y La Escala Multidimensional de Locus de Control. Los resultados mostraron un mayor locus interno y una menor orientación externa, están relacionados con mejores niveles de Calidad de Vida relacionada a la Salud.

Del Rio (2016) realizó un estudio titulado *Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional, Lima, Perú*. La siguiente investigación tuvo como objetivo determinar los estilos de vida de 67 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis, los resultados que se hallaron son los siguientes, 54% de pacientes presentan estilos de vida no saludable, y 31 % tienen estilos saludables, en la dimensión psicológica, el 41% de los pacientes no presentan estilos de vida saludables y en la dimensión social, 73% tampoco lo hacen, lo que podría afectar su calidad de vida. Este porcentaje de pacientes tiende a mostrar una comunicación agresiva con sus familiares y amigos, no reaccionan con calma ante los problemas, tienen mal estado de ánimo y no verbalizan de manera adecuada sus emociones.

2.2 Internacionales

Perales, García y Reyes (2012) realizaron una investigación titulada *Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Jaén, España*. Este estudio tuvo como objetivo identificar la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, y a la vez evaluar la capacidad predictiva de variables psicosociales como apoyo social, autoeficacia, optimismo, depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento sobre los niveles de calidad de vida. Para este estudio se evaluó a 39 pacientes de la provincia de Jaén. Y se obtuvieron los siguientes resultados, los pacientes mostraron niveles inferiores en su calidad de vida, y la depresión fue el principal predictor de calidad de vida, así mismo el grado de preocupación, estrategias de tipo pasiva frente al estrés, fatalismo, sentimientos de indefensión-desesperanza también se asocian a menores niveles de calidad de vida, por el contrario, la autoeficacia, el optimismo, el apoyo social y espíritu de lucha muestran mayores niveles de calidad de vida.

Arancibia, Behar, Marín, Inzunza y Madrid (2016) realizaron una investigación titulada *Funcionamiento psicosocial en pacientes agudos y crónicos no psiquiátricos en régimen hospitalario: depresión, alexitimia y falta de asertividad en Valparaíso, Chile*. El estudio fue de corte transversal y buscó caracterizar de manera comparativa el funcionamiento psicosocial en pacientes agudos y pacientes crónicos hospitalizados. La muestra estuvo conformada por 80 pacientes de los Servicios de

Medicina Interna, Oncología y Traumatología del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso. Los resultados demuestran que existen mayores niveles de depresión, alexitimia y falta de asertividad para pacientes con enfermedades crónicas. Esto se explica debido a que frente al pronóstico de ciertas enfermedades crónicas, los individuos se vuelven más propensos al estrés y aumento de conductas poco saludables, lo que podría generar desordenes como la depresión y alexitimia, así mismo, existe una tendencia de pacientes crónicos a responder con falta de asertividad, asociada a rasgos de sumisión, sentimientos de ineficacia personal, agresión auto dirigida que se expresa con culpa o crítica, y dificultad para expresar emociones o sentimientos propios.

Rodríguez, Castro, Merino (2005) realizaron una investigación titulada *Calidad de Vida en Pacientes Renales Hemodializados en la ciudad de Concepción, Chile*. La siguiente investigación es de tipo descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue conocer las características personales y de calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. Para lo cual se tuvo una muestra de 90 pacientes de dos centros de diálisis, los pacientes poseían las siguientes características, la mayoría tenían una edad entre 45 y 64 años, tres cuartas partes de ellos tenían pareja, más de la mitad declaro baja escolaridad, y todos tenían algún sistema previsional. Para medir el constructo calidad de vida se usó el cuestionario genérico de salud SF-36, obteniéndose los siguientes resultados, en relación a cada dimensión: en la dimensión de función física, un 76.7% de los pacientes presentan algún grado de limitación para poder realizar actividades que

impliquen esfuerzo físico intenso, en la dimensión de rol físico, el 70% de los pacientes refiere que su salud física afecta el desempeño laboral así como actividades de la vida cotidiana, en la dimensión de rol emocional, entre 44.4 y 51.1% de pacientes refiere que existen problemas emocionales que interfieren con sus actividades cotidianas y desempeño laboral, en la dimensión rol social, el 64.4% de los pacientes mencionan que tanto el estado de su salud física como la presencia de problemas emocionales no han supuesto una dificultad para realizar sus actividades sociales; sin embargo, un 35.6% si ha presentado dificultades, en la dimensión de dolor corporal, el 64.4% de los pacientes refieren la presencia de dolor en alguna parte de su cuerpo, en la dimensión de energía y vitalidad, aproximadamente el 50% de los pacientes manifiesta estar siempre o casi siempre lleno de vitalidad y con energía, por otra parte la otra mitad refiere sentirse cansado y agotado casi todo el tiempo, en la dimensión salud mental, un 71.1% de los pacientes menciona que algunas veces, o nunca se ha sentido nervioso, por otro lado, un 28.9% reconoce sentirse de esta manera siempre o casi siempre y un 44.5% manifestó haber tenido sentimientos de tristeza y desanimo, y finalmente en la dimensión de salud general, 65.6% percibe su salud como regular a mala, el 31.1% la percibe como buena y solo el 3.3% refiere una excelente y muy buena salud. Se concluye con la investigación que aproximadamente la mitad de pacientes que participaron en la investigación poseen una calidad de vida por encima del nivel promedio.

Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007) realizaron un estudio titulado *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal*

crónica en tratamiento de hemodiálisis en Bogotá, Colombia. La siguiente investigación es de tipo descriptivo correlacional, tuvo como finalidad observar si los diversos estilos de afrontamiento poseen relación con calidad de vida en un grupo de 41 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que se encontraban en tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal de la Fundación Hospital San Carlos de la ciudad de Bogotá, Colombia, para lo cual se utilizaron como instrumentos de evaluación el SF-36 y CAE. Obteniendo los siguientes resultados, el estilo Focalización en la Solución del Problema correlaciono positivamente con Salud Mental, Auto focalización Negativa correlacionó de manera inversa con diversas dimensiones de la calidad de vida, como Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental e Índice Sumario Mental; Expresión Emocional Abierta se relacionó de manera inversa con Rol Emocional, Salud Mental, e Índice Sumario Mental; Evitación se relacionó de manera directa con Función Física e Índice Sumario Físico, y la Religión como estilo de afrontamiento se relacionó de manera inversa con Función Física y Vitalidad.

En este estudio el estilo de afrontamiento denominado Expresión Emocional Abierta, obtuvo una puntuación promedio baja, dado que el grupo a pesar de las limitaciones que se presentan en las diversas áreas de su vida, tienden a asumir su condición con estrategias activas, racionales, focalizadas en el problema más que de manera emocional. Por otra parte, se encontró que la auto focalización negativa fue el estilo de afrontamiento con mayor asociación con la calidad de vida, los pacientes tienden a poseer mayor autculpa, autoconvencimiento negativo, indefensión y

sentimientos de inferioridad para poder resolver una situación. Así mismo, dentro de este estilo pasivo de afrontamiento, se encuentra la expresión emocional abierta, que está relacionada con la forma hostil, y agresiva con que los pacientes descargan su mal humor, la cual correlaciona de manera inversa con rol emocional y salud mental.

González, Herrera, López y Nieves (2011) realizaron una investigación titulada *Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica en un hospital nacional de Cuba*. El siguiente estudio busca dar a conocer cómo se modifican, influyen y expresan los factores psicológicos en pacientes con patologías como la Insuficiencia Renal Crónica. Se utilizó como instrumentos Inventario de expresión de Ira Estado – Rasgo, Cuestionario de Estados reiterados de frustración, Inventario de Ansiedad Rasgo Estado e Inventario de depresión de Beck. La muestra estuvo conformada por 32 pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica. Al abordar el estado emocional y bienestar psicológico, un 25% manifestó sentir cierto grado de inseguridad al momento de tomar decisiones, y requieren de apoyo de otras personas para poder hacerlo, por otra parte, los pacientes con estadios tres, cuatro y cinco manifiestan ansiedad, depresión e ira que se va agravando en relación a la evolución y severidad de la enfermedad, así mismo la afectación física genera una afectación en el estado emocional y evolución de enfermedad.

3. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES

3.1 Asertividad

Definición Conceptual; “Cualidad que define aquella clase conductas sociales que constituye un acto de respeto por igual a las cualidades y características personales de uno/a mismo/a y de aquellas personas con quienes se desarrolla la interacción (García y Magaz, 2003 citado por López, 2013).

Definición Operacional; La variable será operacionalizada con la medición del instrumento Autoinforme de Conducta Asertiva (ADCA-1). Mide el grado de capacidad de defensa de los derechos personales, tomando en cuenta el respeto de los derechos de otras personas, constituida por dos dimensiones auto-asertividad y hetero-asertividad (Pain, 2008).

3.2 Calidad de Vida

Definición Conceptual; Manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en la vida, en el contexto de la cultura, y del sistema de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones (Organización Mundial de la Salud citad por Lugo, García, y Gómez, 2006). Por lo que se entenderá como el conjunto de evaluaciones realizadas por el individuo acerca de cada uno de los dominios de su vida actual (Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban, 1982 citado por Oblitas, 2010).

Definición Operacional; La variable será operacionalizada con la medición del instrumento Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud Short Form 36

(SF-36). Corresponde a la evaluación de la percepción que se tiene sobre el estado de salud a través de ocho dimensiones genéricas sobre la salud, Función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general (Araya y Yañez, 2006).

Tabla 1. Matriz de Operacionalización de variables. Elaboración Propia

Variables	Dimensiones	Escala de Medición	Ítems	Instrumento
Asertividad	* Auto-Asertividad: Grado en que una persona se respeta a sí misma, acepta sus propias ideas, sentimientos y comportamientos.	Escala de intervalo	Auto asertividad: 1 al 20	Autoinforme de Conducta Asertiva, ADCA-1.
	* Hetero-Asertividad: Grado en que una persona respeta a los demás, acepta sus opiniones, sentimientos y comportamientos.		Hetero asertividad: 21 al 35	(Manuel García Pérez y Ángela Magaz Lago, 2011)

Variables	Dimensiones	Escala de Medición	Ítems	Instrumento
Calidad de Vida	Función Física: Grado en que falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria.	Escala de intervalo	Función Física: ítem 3 (10 preguntas)	Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud Short Form - 36 (SF-36)
	Rol Físico: Grado en que la falta de salud interfiere con el trabajo y otras actividades.		Rol Físico: Ítem 4 (4 preguntas)	
	Dolor Corporal: Medida en que la intensidad del dolor padecido genera efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.		Dolor Corporal: Ítem 7 y 8 (2 preguntas)	
	Salud General: Valoración personal del estado de salud, incluyendo situación actual, y perspectivas futuras, así como la resistencia a enfermar.		Salud General: Ítem 2 y 11 (5 preguntas)	
	Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al cansancio y desanimo.		Vitalidad: Ítem 9 (4 preguntas)	
	Función Social:		Función Social: Ítem 6 y 10 (2 preguntas)	
			Rol Emocional: Ítem 5 (1 pregunta)	

Grado en que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud, generan efecto en la vida social.

Salud
Mental:
Ítem 9 (5
preguntas)

Rol emocional:
Grado en que los problemas emocionales afectan las actividades diarias.

Salud Mental:
Valoración de la salud mental general.

4. HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis General

4.1.1 Existe una relación alta entre asertividad y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana.

4.2 Hipótesis Específica

- Existe una alta relación entre asertividad y la dimensión Salud General en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana.
- Existe una alta relación entre asertividad y la dimensión función social en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana.
- Existe una alta relación entre asertividad y la dimensión rol emocional en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana.
- Existe una alta relación entre asertividad y la dimensión salud mental en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de nivel básico, debido a que su finalidad principal es generar nuevos conocimientos con respecto a las variables de estudio, y no busca modificar la realidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El tipo es descriptivo o no experimental, ya que no hubo manipulación intencional de variables. Así mismo al trabajar con datos recolectados producto de la labor psicológica en el centro donde se llevó a cabo el estudio, será de tipo retrospectivo (Hernández et al, 2010).

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es correlacional. La finalidad de los estudios correlacionales es conocer el grado de asociación o relación que pueda existir entre dos o más variables, conceptos, o categorías en un contexto en particular. Los estudios correlacionales, una vez hayan evaluado la relación entre varias variables, miden cada una de ellas, para posteriormente cuantificar y analizar la vinculación (Hernández et al, 2010).

3. NATURALEZA DE LA POBLACIÓN

3.1 Población

En la presente investigación se hizo uso de una base de datos secundaria de la clínica donde se realizó el estudio. La población estuvo conformada por pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una clínica de Lima Metropolitana.

3.2 Descripción de la población

En la presente investigación se hizo uso de una base de datos secundaria, de la cual se pudo obtener datos sociodemográficos referidos a la población. Los participantes fueron cuarenta y cinco personas que recibían tratamiento de hemodiálisis; de las cuales el 14% tiene entre 20 a 40 años, 36% entre 41 y 60 años y 50% pertenece a un rango de edad 61 y 71 años. El 78% eran varones y el 22% mujeres. En relación a su nivel educativo, el 8% cuenta con educación superior, 72% recibió educación técnica y 19% cuenta con secundaria completa. Así mismo, más de la mitad de ellos son casados o convivientes (61%), y 30% son personas solteras. Por último, en cuanto a la comorbilidad con otras enfermedades, 44% de los participantes padece de Hipertensión y el 44% de Diabetes e Hipertensión.

3.3 Muestra y método de muestreo

En la presente investigación no se utilizó método de muestreo, ya que al ser datos que se recopilaron de las evaluaciones de rutina que se realizaron en el centro en donde se llevó a cabo el estudio, se utiliza la información de todos los participantes y los datos se recopilaron de manera censal.

3.4 Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que se encuentren en Tratamiento de Hemodiálisis.

4. INSTRUMENTOS

En la siguiente investigación se hace uso de una base de datos secundaria, provista por el área de Psicología de una Clínica de Lima Metropolitana, por lo tanto,

los instrumentos no han sido seleccionados ni manipulados durante la aplicación, a continuación, se describe las características de las pruebas usadas en el servicio de psicología.

4.1 Autoinforme de Conducta Asertiva

En la siguiente investigación se aplicó el Autoinforme de Conducta Asertiva (ADCA-1), creado por E. Manuel García Pérez y Ángela Magaz Lago en el año 1991, el objetivo de la prueba es valorar el grado en que las personas interactúan entre sí con un sistema de cogniciones asertivas, que actúan como moduladores para el comportamiento instrumental y emocional asertivo, es decir identifica los estilos cognitivos, actitudes, y valores que se dan en las interacciones sociales (García y Magaz, 2011), para esto se valora e nivel de asertividad de adolescentes, jóvenes y adultos, a través de la valoración del nivel de auto-asertividad, que es el respeto en uno mismo de los derechos asertivos básicos, y la hetero-asertividad que es el respeto hacia los demás en relación a estos mismos derechos (Reyes, 2003).

El ADCA-1 está formado por dos escalas, la primera contiene 20 elementos que tienen el objetivo de evaluar la variable auto-asertividad y la segunda, contiene 15 elementos, que permiten evaluar la hetero-asertividad. Este instrumento es de auto reporte, que se aplica en un tiempo de 10 a 20 minutos y puede ser administrado a personas desde los 12 años. Así mismo, el ADCA – 1 está orientado a evaluar estilos asertivos de forma general (Reyes, 2003).

En cuanto a las propiedades psicométricas, respecto a la confiabilidad, se utilizó el método de test-retest y el de consistencia interna, los coeficientes de

correlación test-retest fueron de 0.87 para auto-asertividad ($p < .001$) y 0.83 en hetero-asertividad ($p < .001$). En relación a la consistencia interna obtuvo un alpha de Cronbach de 0.90 en auto-asertividad y 0.85 para hetero-asertividad. En cuanto a la validez de contenido, se validó por medio de criterio de jueces, a quienes se les presentó la definición de cada subescala y se calificó la pertenencia del ítem a cada una de ellas. El grado de acuerdo fue de 100%. Se ha concluido que el ADCA-1 es un instrumento confiable y válido para la evaluación de los estilos cognitivos de interacción social (Reyes, 2003).

En la investigación Validación del instrumento ADCA-1 elaborada por Pain, 2008 se obtiene datos psicométricos en cuanto de la prueba en nuestro país. Respecto a la revisión y adaptación lingüística, la subescala autoasertividad se reformularon 6 ítems y en la subescala de hetero asertividad fueron reformulados 7 ítems, haciendo modificaciones menores cambiando una palabra por otra más utilizada en el Perú, se utilizó un criterio de jueces, conjuntamente, en cuanto a la validez de contenido, se presentó a los jueces, la definición de cada subescala y se evaluó si cada uno de los elementos que conforman la evaluación de auto-asertividad y hetero-asertividad constituyen una respuesta emocional o un comportamiento asociado a la variable evaluada. El grado de acuerdo fue de 100%. En relación a la consistencia interna, el alfa obtenida para auto asertividad es 0.799 y para hetero asertividad es de 0.821, lo que muestra buena confiabilidad para ambas subescalas. Se concluye que el ADCA-1 es un instrumento confiable, con una buena consistencia interna.

4.2 Cuestionario de calidad de Vida SF -36

Para medir la calidad de vida se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, el cual ha sido validado en más de 76 países del mundo; contando a su vez con países hispanos, como Colombia, Ecuador, Paraguay, y Perú (Flores, R., y Díaz, C., 2012). El cuestionario fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992 para el Medical Outcome Study y tiene la finalidad de proporcionar un perfil del estado de salud y la calidad de vida en poblaciones adultas, en relación a 8 dimensiones de salud. Además, es útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población en general, en subgrupos específicos, poder comparar el efecto de diversas enfermedades, y detectar los beneficios en la salud obtenidos a partir de diversos tratamientos (Vilagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo, Permanyer, Quintana, Santed, Valderas, Ribera, Domingo, Alonso, 2005). La versión en español del cuestionario es la adaptación realizada en España por Alonso y cols., quienes seleccionaron el menor número de conceptos que mantuvieran la validez del instrumento inicial, es así como el cuestionario genera un perfil del estado de salud y en la actualidad por su utilidad y simpleza, es el más usado cuando se trata de estudios de salud a nivel mundial, tanto para estudios de tipo descriptivos como de evaluación (Araya y Yañez, 2016). Cuenta con 36 ítems que valoran los estados positivos y negativos de la salud, y cubren las escalas de función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, las escalas están ordenadas de manera que frente a la presencia de mayor puntuación implicara mejor estado de salud (Hinojosa, 2006). Adicionalmente, el SF – 36 contiene un ítem de transición que indaga el cambio de estado de salud en relación al año anterior, este ítem no forma parte del cálculo en

alguna de las escalas; pero, sirve para obtener información sobre el cambio percibido en el estado de salud en relación al año previo a la administración del cuestionario (Vilagut, et al., 2005). En relación a la administración del SF -36, se aplicará a personas mayores de catorce años y es recomendable que sea autoadministrado (Vilagut, et al., 2005). En relación a los aspectos psicométricos del instrumento la confiabilidad se probó a partir del análisis de consistencia interna, a través del coeficiente de Alfa de Cronbach, el cual supero el valor mínimo recomendado de .70 para todas las dimensiones en gran porcentaje de las investigaciones; sin embargo, en la Función Social reporta en ocasiones puntajes inferiores a dicha cifra (Mendoza, 2007; Vilagut, 2005 citado por Alfaro, P., 2011). En nuestro contexto, se toma en cuenta los resultados hallados por Alfaro, P. en su investigación “Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en la ciudad de Lima” quien midió la confiabilidad con el coeficiente de alfa de Cronbach, siendo la dimensión de Función Social la de menor coeficiente (.58) y la única que no alcanzo el valor esperado de .70, las demás dimensiones lograron superar la cifra. Así mismo el bajo coeficiente de Función Social no resulta extraño puesto que es usual que esta dimensión sea la única que no logre alcanzar los valores requeridos (Vilagut, 2005 citado por Alfaro, 2011).

5. PROCEDIMIENTO

- Trámite administrativo necesario para llevar a cabo la investigación en una clínica de Lima Metropolitana, se conversó y coordinó con la psicóloga

encargada del área de Psicología de la Clínica, brindándole información sobre los objetivos y utilidad de los resultados de la investigación.

- Elaboración de una solicitud de autorización para el uso de la base de datos de las pruebas aplicadas a los usuarios en el año 2016 en el área de diálisis de la Clínica por parte del servicio de Psicología. Los instrumentos ya habían sido previamente establecidos y aplicados como parte del proceso de atención de la clínica, por lo tanto, no se precisó del uso de consentimiento informado a cada paciente, además cabe resaltar que, si bien no hubo la posibilidad de seleccionar las pruebas a utilizar, se escogió los resultados de las pruebas psicológicas relacionadas a las variables a estudiar.
- Al finalizar la recolección de los datos, se procedió a realizar el análisis estadístico.

Consideraciones Éticas

La investigación al buscar encontrar la relación entre las variables asertividad y calidad de vida, solo requerirá que los participantes muestren disposición de colaborar durante un periodo corto de tiempo con la solución de las escalas que se les brinde. Por lo tanto, para cuidar el principio de beneficencia, los datos obtenidos de las evaluaciones servirán posteriormente como información significativa mediante la cual se podrán plantear programas de prevención y promoción de salud que beneficiarían a los participantes, así mismo

cabe resaltar que los datos obtenidos de las evaluaciones serán guardados de manera confidencial.

En relación al principio de autonomía, debido a que las escalas seleccionadas para la investigación también son utilizadas como parte de los procesos de evaluación psicológica del área, no se brindará un formato de consentimiento informado; sin embargo, los participantes poseen total libertad de aceptar o no colaborar con las evaluaciones, sin condicionar ni interferir con las actividades de índole psicológica brindadas por el área, que les corresponde.

Finalmente, los programas o actividades que se realicen posteriormente al estudio, serán dirigidos hacia toda la población, incluso a aquellos que no participaron en la recolección de datos, cuidando así el principio de justicia.

6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados por medio de un software estadístico, haciéndose uso de promedios, modas, medianas, frecuencias y desviaciones estándar para su descripción, así mismo, para el análisis de correlación se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, y para poder interpretar la fuerza de cada una de las correlaciones, se compararon los resultados con los criterios de Cohen.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados en el orden en que fueron planteados los objetivos e hipótesis al inicio de la investigación.

En primer lugar, respondiendo al objetivo general del presente estudio, se comprobó la existencia de una correlación entre asertividad y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una clínica de Lima Metropolitana. El valor de correlación (r) es de 0.30 lo cual indica que la fuerza de correlación es baja. Así mismo este resultado señala que la hipótesis general *Existe una relación alta entre asertividad y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana* es rechazada en cuanto a la fuerza de correlación.

Estos resultados nos indican que si bien es cierto existe relación entre asertividad y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una clínica de Lima Metropolitana, al ser la fuerza de la relación baja, el hecho de que los pacientes se muestren asertivos no serviría como un factor determinante para mejorar la percepción que se tiene de la calidad de vida.

Tabla 2. Correlación entre Asertividad y Calidad de Vida.

		Calidad de Vida
Asertividad	Coefficiente de correlación	0.30

N=45

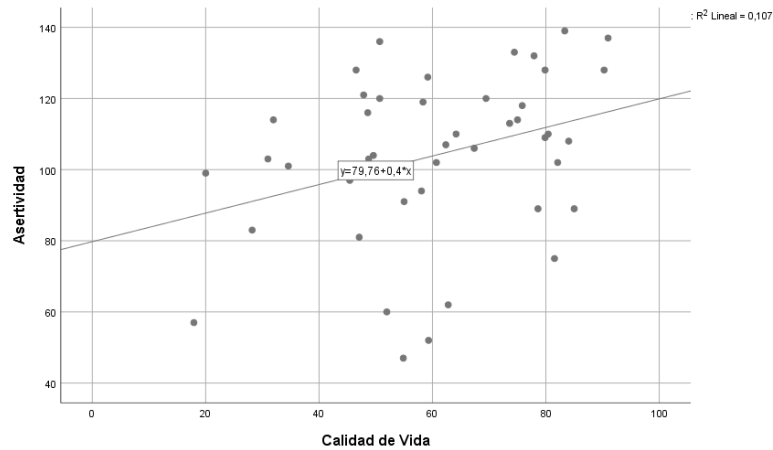


Gráfico 1. Gráfico de dispersión de la variable asertividad y calidad de vida.

Para responder al primer objetivo específico: *Determinar las diferencias en asertividad y sus dimensiones en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana según sexo*. Se identifica que en los participantes existen diferencias estadísticamente significativas en las variables hetero-asertividad y asertividad ($p < .05$). Así mismo se considera señalar el tamaño del efecto, como una manera de cuantificar la efectividad de la variable en los sujetos. En la dimensión auto-asertividad se tiene un tamaño del efecto $d_{\text{Hedges}} = 0.53$ correspondiente a un efecto mediano, siendo la mayor puntuación para varones ($M=64.0$, $DE=10.9$) a diferencia de las mujeres ($M=57.2$, $DE=14.8$). Para la dimensión hetero-asertividad se tiene tamaño del efecto mediano $d_{\text{Hedges}} = 0.51$, donde la puntuación en varones ($M=45.9$, $DE=10.8$) también es mayor al de las mujeres ($M=39.7$, $DE=13.3$). Luego para el nivel de asertividad, encontramos un tamaño del efecto mediano $d_{\text{Hedges}} = 0.57$.

En estos resultados encontramos que los pacientes varones suelen mostrar conductas asertivas tanto de tipo hetero-asertivo y auto-asertivo, es decir tienden a respetar sus propios derechos, así como los ajenos, aceptando sentimientos, ideas y comportamientos propios y ajenos en mayor medida que las mujeres.

Tabla 3. Análisis de diferencias en Asertividad y sus dimensiones.

	Mujer (n=20) M (DE)	Varón (n=25) M (DE)	U	P	d_{Hedges}
Auto-asertividad	57.2 (14.8)	64.0 (10.9)	187.5	0.15	0.53
Hetero-asertividad	39.7 (13.3)	45.9 (10.8)	177	0.09	0.51
Asertividad	96.9 (25.2)	109.8 (19.9)	175.5	0.08	0.57

N=45

Para dar respuesta al segundo objetivo específico: *Determinar las diferencias en calidad de vida y sus dimensiones en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana según sexo.* Se identifica que en los participantes existen diferencias estadísticamente significativas en las variables función física, salud mental, función social y calidad de vida ($p < .05$). Así mismo se considera señalar el tamaño del efecto, como una manera de cuantificar la efectividad de la variable en los sujetos. En la dimensión función física se tiene un tamaño del efecto $d_{\text{Hedges}} = 0.72$ correspondiente a un efecto mediano, siendo la mayor puntuación para varones ($M=72.6$, $DE=30.0$) a diferencia de las mujeres ($M=49.3$, $DE=34.8$). Para la dimensión rol físico se tiene tamaño del efecto mediano $d_{\text{Hedges}} = 0.54$, donde la puntuación en varones ($M=64.5$, $DE=23.5$) también es mayor al de las

mujeres (M=51.3, DE=25.9). Luego para la dimensión dolor corporal, encontramos un tamaño del efecto mediano $d_{\text{Hedges}} = 0.61$ en donde los varones obtienen mayores puntuaciones (M=80.6, DE=20.2) en relación a las mujeres (M=63.9, DE=34.6), en cuanto a la dimensión Salud General, se tiene un tamaño del efecto $d_{\text{Hedges}} = 0.18$ correspondiente a un efecto trivial, siendo la mayor puntuación para varones (M=63.4, DE=17.8) a diferencia de las mujeres (M=60.5, DE=15.0). Para la dimensión vitalidad se tiene tamaño del efecto bajo $d_{\text{Hedges}} = 0.26$, donde la puntuación en varones (M=52.2, DE=22.9) también es mayor al de las mujeres (M=45.9, DE=25.8), así mismo en la dimensión rol emocional las puntuaciones de los varones (M=68.0, DE=25.0) supera al de las mujeres (M=57.5, DE=26.5) y se tiene tamaño del efecto bajo $d_{\text{Hedges}} = 0.41$. En cuanto a la dimensión Salud Mental también las puntuaciones de los varones (M=63.4, DE=20.2) son mayores que el de las mujeres (M=46.0, DE=19.0) y se tiene tamaño del efecto alto $d_{\text{Hedges}} = 0.89$. Luego para la dimensión función social se tiene tamaño del efecto mediano $d_{\text{Hedges}} = 0.58$, donde la puntuación en varones (M=91.5, DE=19.3) es mayor al de las mujeres (M=78.1, DE=26.9). Finalmente, para las puntuaciones de los niveles de calidad de vida, se obtiene un tamaño del efecto mediano $d_{\text{Hedges}} = 0.79$, donde también la puntuación en varones (M=66.8, DE=16.4) supera al de las mujeres (M=52.9, DE=19.1).

Los resultados hallados nos indican que los pacientes varones perciben una mejor calidad de vida que las mujeres, especialmente en las dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal, salud mental y función social, es decir que logran no verse limitados en actividades de la vida diaria que requieren esfuerzo físico, ni dejan

que los problemas físicos y emocionales propios de la enfermedad, generen efectos en su vida social.

Tabla 4. Análisis de diferencias en Calidad de Vida y sus dimensiones.

	Mujer (n=20) M (DE)	Varón (n=25) M (DE)	U	P	d_{Hedges}
Función Física	49.3 (34.8)	72.6 (30.0)	156	0.03	0.72
Rol Físico	51.3 (25.9)	64.5 (23.5)	184	0.12	0.54
Dolor Corporal	63.9 (34.6)	80.6 (20.2)	198.5	0.22	0.61
Salud General	60.5 (15.0)	63.4 (17.8)	202	0.26	0.18
Vitalidad	45.9 (25.8)	52.2 (22.9)	223	0.53	0.26
Rol Emocional	57.5 (26.5)	68.0 (25.0)	196	0.21	0.41
Salud Mental	46.0 (19.0)	63.4 (20.2)	129	0.005	0.89
Función Social	78.1 (26.9)	91.5 (19.3)	184	0.08	0.58
Calidad de Vida	52.9 (19.1)	66.8 (16.4)	144.5	0.016	0.79

N=45

Para comprobar la primera hipótesis específica se ha utilizado el puntaje de la variable asertividad y la dimensión salud general de la variable calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana. Se ha encontrado que la relación que hay entre asertividad y la dimensión salud general es baja. ($r=0.33$)

Lo que nos indica que el uso de la asertividad en los participantes de este estudio se relaciona con la dimensión de salud general; sin embargo, no es determinante para

mejorar la percepción que tienen acerca de su valía personal, así como de su situación actual y futura, características de salud general.

Tabla 5. Correlación entre Asertividad y Dimensión Salud General.

		Salud General
Asertividad	Coefficiente de correlación	0.33

N=45

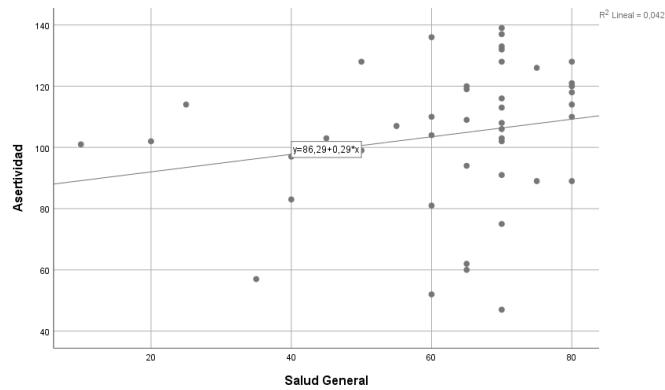


Gráfico 2. Gráfico de dispersión de la variable asertividad y salud general.

Para comprobar la segunda hipótesis específica se ha utilizado el puntaje de la variable asertividad y la dimensión función social de la variable calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana. Se ha encontrado que la relación que hay entre asertividad y la dimensión función social es baja. ($r=0.26$)

Estos hallazgos nos indican que la asertividad que muestran los participantes afecta en poca medida la dimensión función social, es decir que la asertividad no es un factor determinante para la percepción de calidad de vida relacionada con el grado en que problemas físicos o emocionales afectan el bienestar social.

Tabla 6. Correlación entre Asertividad y Dimensión Función Social.

		Función Social
Asertividad	Coefficiente de correlación	0.26

N=45

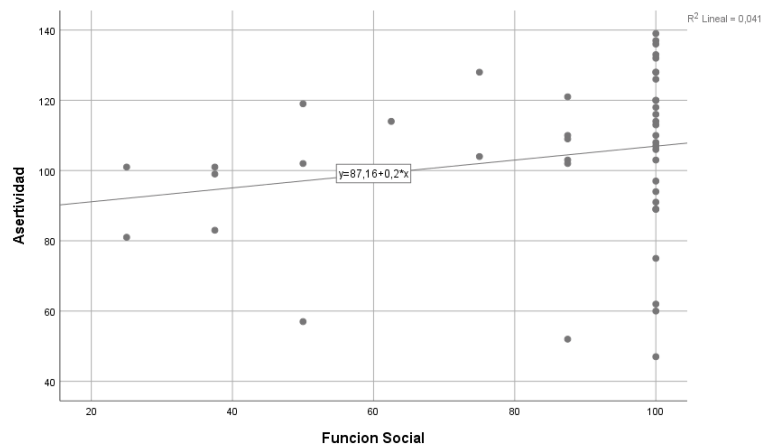


Gráfico 3. Gráfico de dispersión de la variable asertividad y dimensión función social.

Para comprobar la tercera hipótesis específica se ha utilizado el puntaje de la variable asertividad y la dimensión rol emocional de la variable calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica

de Lima Metropolitana. Se ha encontrado que la relación que hay entre asertividad y la dimensión rol emocional es moderada. ($r=0.44$)

Este hallazgo nos muestra que la asertividad afecta de manera moderada la percepción de la dimensión rol emocional de la variable calidad de vida, en el sentido que al usar la asertividad se genera alguna mejoría en la percepción del grado de los efectos que producen los problemas emocionales en la vida diaria de los participantes.

Tabla 7. Correlación entre Asertividad y Dimensión Rol Emocional.

		Rol Emocional
Asertividad	Coefficiente de correlación	0.44

N=45

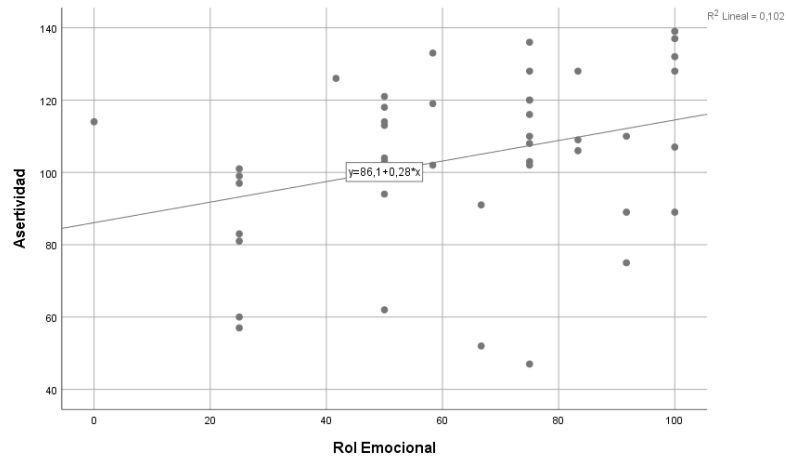


Gráfico 4. Gráfico de dispersión de la variable asertividad y dimensión rol emocional.

Para comprobar la cuarta hipótesis específica se ha utilizado el puntaje de la variable asertividad y la dimensión salud mental de la variable calidad de vida en

pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana. Se ha encontrado que la relación que hay entre asertividad y la dimensión salud mental es baja. ($r=0.30$)

Este hallazgo nos indica que la asertividad que muestran los participantes se relaciona en un nivel bajo con la dimensión salud mental de la variable calidad de vida, es decir que presentar conductas asertivas no son un factor determinante para la valoración de la salud mental.

Tabla 8. Correlación entre Asertividad y Dimensión Salud Mental.

		Salud Mental
Asertividad	Coefficiente de correlación	0.30

N=45

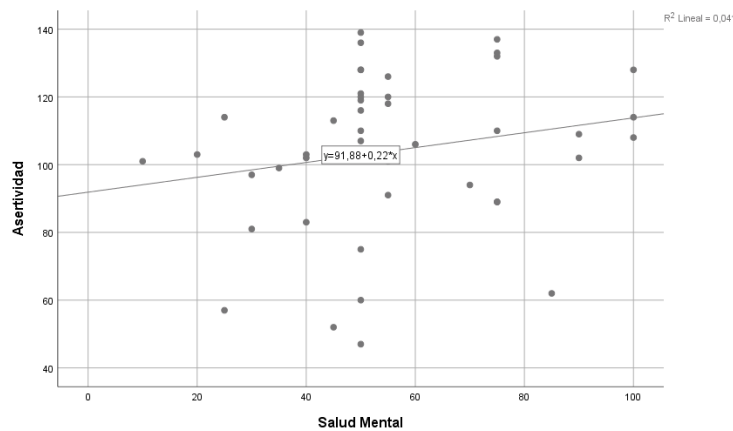


Gráfico 5. Gráfico de dispersión de la variable asertividad y dimensión salud mental.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

De acuerdo al Objetivo General se busca identificar la relación entre las variables asertividad y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana; de acuerdo a los resultados, se encuentra una relación positiva baja. Este hallazgo nos hace presumir la no existencia de una relación tipo causal entre ambas variables y escaso efecto de la variable asertividad en su relación con calidad de vida. Al respecto, se han realizado diversos estudios en cuanto a la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica, y se ha encontrado que en comparación con la población en general, existe una disminución en sus percepciones de calidad de vida, en especial en relación a su salud física, producto de los cambios significativos que se dan en su apariencia, alimentación, limitación de actividades diarias, etc. (Gonzabay y Montesinos, 2015). Por lo tanto, son diversas las formas de afrontamiento que adoptan estos pacientes, por ejemplo encontramos datos en la investigación de Cassaretto y Paredes (2006) en donde pacientes con enfermedad renal crónica utilizan estrategias de afrontamiento como escape conductual y cognitivo, los cuales se manifiestan en comportamientos de distanciamiento social, evasión de emociones, usualmente, negativas, dificultad para afrontar y responsabilizarse de sus acciones, desconexión con el medio, entre otras, generando un deterioro en su calidad de vida; o en investigaciones como las de Chávez (2014) y Alfaro (2011) en donde los pacientes tienen una mayor locus de control interno, en donde los pacientes perciben mayor control de su vida, valorando sus habilidades y manifestando responsabilidad personal, y por ende una mejoría en sus niveles de calidad de vida. Entonces

encontramos datos en donde se muestra que los pacientes presentan algunas conductas de tipo asertivas como es el hecho de tomar consciencia acerca de su enfermedad y no percibirse como víctimas de las circunstancias pudiendo así tomar responsabilidad en sus acciones y expresar malestar o bienestar con su medio, y también muestran conductas de tipo no asertivas, al limitarse a expresar emociones sobretodo de tipo negativas, generándose así una mejor o menor calidad de vida respectivamente; sin embargo, a pesar de que se muestran conductas parcialmente asertivas dentro de estos moduladores, también vemos influencia de otros aspectos personales, como rasgos de personalidad y apoyo social y familiar, y puede deberse a esto que la asertividad no llega a ser una variable determinante para la mejora de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana, esta idea es reforzada por Sanabria (2003) citado por Contreras et al. (2006) quien nos indica que una adecuada percepción en la calidad de vida depende de la interacción de diversas áreas (físico, psicológico y social). Específicamente a nivel psicológico, se deben reforzar atributos como autoestima, autonomía, relaciones sociales saludables, en donde el uso del constructo asertividad se pone de manifiesto. Todos estos factores actúan en conjunto para la valoración de una óptima calidad de vida. Siendo la asertividad no la única determinante de bienestar.

Como parte de los objetivos específicos se encontró que los pacientes varones tienden a mostrarse más asertivos y a la vez suelen mostrar más conductas autoasertivas y hetero-asertivas en relación con las participantes mujeres con

enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Estudios como el de Morales y Díaz (2014) citado por Cabrera y Lappin (2016) manifiestan que muchas veces las mujeres que padecen enfermedades crónicas suelen recibir mayor apoyo externo y cultural, por lo que de cierta forma los varones se ven en la obligación de adoptar recursos de protección y desarrollo de independencia, cuestión que no se da, usualmente con las mujeres. En comparación con los resultados hallados, uno de los recursos usados por pacientes varones con enfermedad renal crónica que conforman el presente estudio, podría ser la asertividad ya que permite la expresión libre de opiniones, comportamientos y sentimientos, por una parte, sin pasar por alto los derechos ajenos, generando a su vez mayor autonomía. Así mismo, algunos estudios han señalado que las mujeres tienden a reportar niveles más altos de ansiedad social a nivel cognitivo y fisiológico, por lo que es frecuente que manifiesten conductas de escape y evitación, contrarias a respuestas asertivas, mientras los varones suelen mostrar mayor seguridad personal y mayor autoestima, lo que permite mejor adaptación en diversos ámbitos y van acompañados de conductas tipo asertivas (García y Lacunza, 2009 citado por Gonzáles, Guevara, Jiménez y Alcázar, 2018); sin embargo, esta comparación por sexos no resulta determinante. Del Prette (2004) citado por Maluenda, Navarro y Varas (2016) señala que un aspecto importante a considerar en el estudio de las diferencias del uso de la asertividad según el sexo, es que los resultados varían según la localidad en donde se halle la población estudiada, debido a las diferencias culturales.

Así mismo se encuentra que los pacientes varones con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del presente estudio, muestran mejor percepción de calidad de vida en relación que las mujeres sobre todo en las dimensiones de función física, salud mental y función social. En relación a lo encontrado Álvarez (2014) indica que son numerosos los estudios que demuestran que la calidad de vida en las mujeres, ya sea en población general como en las pacientes en diálisis, suele ser peor en relación con los varones, mostrando una peor percepción de su calidad de vida a nivel biopsicosocial y muchas veces suelen mostrar dificultades de adaptación. Estudios como el de Fernández (2005) citado por Contreras et al (2006) menciona que una de las causas de esta diferencia según sexo se debe a que las mujeres presentan ansiedad y depresión con mayor frecuencia que los hombres, lo que agrava la percepción que tienen de su calidad de vida. Sin embargo, al no existir una explicación precisa de la diferencia entre sexos, es importante tomar en cuenta factores culturales, por las atribuciones tradicionales para ambos sexos en cuanto a diversas actividades de la vida diaria.

Para el objetivo específico Identificar la relación entre asertividad y la dimensión Salud General en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana, se encontró una correlación baja de 0.33, de modo que la percepción que pueda tener el paciente acerca de su estado de salud, así como de su situación actual y perspectivas futuras, no se ven influidas en su totalidad por el uso de la asertividad. Reafirmando lo ya mencionado, Alberti y Emmons (2006) citado por Villagrán (2014) afirman que al ser la persona

un paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, presenta una alta predisposición a cambios y afectaciones a nivel emocional, cognitivo, físico y social, alterando a su vez de manera notable su estado de salud general. Por lo que, cuando los pacientes manifiestan comportamientos parcialmente asertivos, como el comunicar emociones negativas producidas por la incertidumbre de su situación futura o participan de manera activa en su tratamiento, mostrándose receptivos a las indicaciones y respetando opiniones del personal asistencial, recae en una mejoría en percepción de bienestar y por ende en la calidad de vida, específicamente en lo relacionado a la dimensión salud general. Sin embargo, este uso de conductas asertivas va de la mano con el reforzamiento de acciones de manejo de estrés, e incremento de autoestima (Cidoncha, 2003 citado por Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo 2006), por lo tanto, la asertividad no es un factor determinante en la mejoría de la dimensión salud general.

Para el objetivo Identificar la relación entre asertividad y la dimensión función social en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana, se encontró una correlación baja de 0.26. Estos resultados se soportan con estudios como los de Hersh y Stoner (2005) citados por Contreras et al (2006) quienes encuentran que una de las reacciones más recurrentes de los pacientes que pasan por un tratamiento de hemodiálisis es la ira y hostilidad dirigida hacia el personal asistencial y entorno social más próximo frente a los diversos problemas físicos y emocionales que se van presentando, generando una baja percepción de la calidad de vida en su dimensión función social; sin

embargo, pese a que se presentan conductas claramente no asertivas no es el único determinante de la baja percepción en la dimensión función social, sino que se encuentra evidencia de que se requiere el desarrollo de diversas habilidades sociales para lograr una adecuada relación dentro del entorno familiar y social y de esta manera lograr una mejora en la percepción de calidad de vida. Entonces esta baja relación se da porque pese a que la asertividad es una conducta importante dentro de la interacción social, también existen otras habilidades sociales que se ponen de manifiesto además de otros recursos personales como el apoyo social, lo que hace presumir que la asertividad requiere trabajar de manera conjunta con otras variables y así generar mejorías en la percepción de calidad de vida especialmente en la dimensión función social.

En relación al objetivo Identificar la relación entre asertividad y la dimensión rol emocional en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana, se encuentra una relación moderada con un valor de 0.44. Se sabe que frente al diagnóstico de una enfermedad grave o incurable que implique procedimientos dolorosos o que limiten la capacidad de funcionamiento, como pasa con la enfermedad renal crónica, los pacientes suelen experimentar ansiedad, sensación de indefensión, sentimientos de incapacidad, percepción de vulnerabilidad, etc., que afectan de manera significativa la percepción de calidad de vida y específicamente la dimensión relacionada al rol social; por lo tanto, el individuo en muchas ocasiones logra ser capaz de desarrollar estrategias que le permitan tener cierto control de la situación, disminuyendo así la intensidad de los

efectos perniciosos de la enfermedad. Entonces en confirmación de los resultados hallados Aldwin (2000), Felton y Reverson (1984) citados por Cassaretto y Paredes (2006) proponen que una de las formas de afrontamiento de los efectos emocionales de las enfermedades crónicas, se logran cuando se ponen de manifiesto parte de una conducta asertiva, como por ejemplo aceptar los límites y pérdidas que la enfermedad conlleva, lograr mantener un equilibrio entre los sentimientos positivos y negativos acerca de la vida y uno mismo, y expresando con facilidad sentimientos negativos y positivos propios de la enfermedad de manera cognitiva y conductual. Entonces el manifestar algunas conductas asertivas en el sentido de hacer frente a los efectos emocionales propios de la enfermedad respetando derechos propios y ajenos mediante la expresión libre de opiniones, sentimientos y acciones podría recaer en una mejor percepción de la dimensión rol emocional de la calidad de vida.

Finalmente, para el objetivo Identificar la relación entre asertividad y la dimensión salud mental en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana, se encuentra una relación baja con un valor de 0.30. Además de los efectos negativos que produce la enfermedad renal crónica en la salud física, otra de las áreas con mayor afectación es el de salud mental, ya que son diversas las reacciones emocionales que se producen a lo largo de la enfermedad y que afectan el bienestar psicológico y por ende la percepción de la dimensión salud general de la variable calidad de vida (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007). Es por esta razón que los pacientes con enfermedad renal crónica muchas veces presentan diversas formas de afrontamiento de índole

psicológica como la solución de problemas que correlaciona positivamente con la calidad de vida o la auto focalización negativa que se asocia de forma inversa con la calidad de vida, así mismo la evitación y religiosidad también correlacionan con la calidad de vida, de la misma manera encontramos algunos aspectos de la asertividad que forman parte de estos estilos de afrontamiento, por ejemplo cuando se expresan y comunican emociones y se asumen responsabilidades en las decisiones. Más no se observa un comportamiento asertivo en su totalidad que modifique la percepción que se tiene sobre la salud mental, y esto puede deberse a que se necesita participación de diversos factores personales y emocionales para que los pacientes puedan percibir una mejoría en su salud mental.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

- Se halló una correlación baja (0.30) entre asertividad y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana.
- Los pacientes varones suelen mostrar conductas asertivas tanto de tipo heteroasertivo y auto-asertivo en comparación con las mujeres.
- Los pacientes varones perciben una mejor calidad de vida que las mujeres, especialmente en las dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal, salud mental y función social en comparación con las mujeres.
- La correlación entre asertividad y la dimensión salud general en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana es baja con un valor de 0.33.
- La correlación entre asertividad y la dimensión función social en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana es baja con un valor de 0.26.
- La correlación entre asertividad y la dimensión rol emocional en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana es moderada con un valor de 0.44.

- La correlación entre asertividad y la dimensión salud mental en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en una Clínica de Lima Metropolitana es baja con un valor de 0.30.

RECOMENDACIONES

- Al haber obtenido una correlación baja entre asertividad y calidad de vida, sería importante considerar la evaluación de las habilidades sociales de manera global y poder identificar la relación con calidad de vida.
- Determinar el nivel de asertividad en pacientes con enfermedad renal crónica tomando en cuenta variables cualitativas como la comorbilidad, el estado civil, grado académico y procedencia.
- Realizar el estudio con una cantidad mayor de participantes.
- Realizar la réplica de este estudio con el uso de pruebas específicas para pacientes que se encuentran en Hemodiálisis.
- Dado las características en este tipo de pacientes, se recomienda elaborar instrumentos específicos para evaluar asertividad y calidad de vida.
- Promover investigación específica desde la Psicología de la Salud en torno a población con padecimiento de enfermedad renal crónica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albornoz, J., Navarro, G. y Varas, M. (2016). Asertividad: Diferencias de sexo en estudiantes universitarios chilenos medidas a través del Inventario de Gmbrill y Richey. *Revista de estudios y Experiencias en Educación*. 16 (31) pp. 55-68. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2431/243152008004/>
- Alemano, G., Celia, E., Cusumano, A., Depine, A., Greloni, G., Inserra, F., Rosa, G., Wassermann, A., y Zucchini., A. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000069cnt-2012-08-02_guia-prevencion-deteccion-precoz-enfermedad-renal-cronica-adultos.pdf
- Alfaro, P. (2011). *Calidad de Vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de paciente con tratamiento de Hemodiálisis*. (Tesis de Pregrado). Pontifica Universidad Católica del Perú, Perú.
- Álvarez, F. (2014). Factores asociados al estado de salud percibido de los pacientes en hemodiálisis crónica. Recuperado de http://revistaseden.org/files/art134_1.pdf
- American Kidney Fund. (2016). Hemodiálisis. Recuperado de <http://www.kidneyfund.org/espanol/fallarenal/hemodilisis.html?referrer=https://www.google.com.pe/>
- Aranciba, M., Behar, R., Marín, S., Inzunza, N., y Madrid, E. (2016). Funcionamiento psicosocial en pacientes agudos y crónicos no psiquiátricos en régimen hospitalario: depresión, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Médica*

- Chile. 1424 (144)*. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n11/art08.pdf>
- Araya, P. y Yañez, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida en pacientes mastectomizadas, tratadas en el instituto nacional del cáncer entre los años 2003 y 2005. Recuperado de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/araya_p/sources/araya_p.pdf
 - Bravo, C. (2014). EsSalud: Adultos mayores sufren de enfermedad renal crónica. Recuperado de <http://www.essalud.gob.pe/essalud-30-de-adultos-mayores-sufren-enfermedad-renal-cronica/>
 - Caballo, V. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Revista Estudios de Psicología. (13) (5)*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/65876.pdf>
 - Cabrera, S. y Lappin, G. (2016) Resiliencia en pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten a un hospital estatal de Chiclayo-2015. Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/689/1/TL_CabreraEnriquezSilvia_LappinGonzalesGabriella.pdf
 - Carpio, C. (2001). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorensense de Psicología. 14(1), 3-15*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/242412517_Calidad_de_vida_Un_analisis_de_su_dimension_psicologica_Quality_of_life_An_analysis_of_its_psychological_dimension.

- Cassaretto, M., y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. [Exclusivo en línea]. Revista de Psicología de la PUCP. Recuperado el 4 de octubre de 2016, de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/775/743>
- Castanyer, O. (2007). La Asertividad: expresión de una sana autoestima. Henao, Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Chávez, J. (2014). Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis Hospital Arzobispo Loaysa. (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Comité de Metabolismo y Óseo. (2012). Guías de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de Trastornos minerales y Óseos en la Enfermedad Renal Crónica en Adultos. Recuperado de <https://www.dropbox.com/sh/75sv0miv5vi57v3/AACPuazn9ECXPASqsstYBi3Ba/GU%C3%8DAS%20DE%20PRACTICA%20CL%C3%8DNICATMO-ERC.PDF?dl=0>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J, Gutiérrez, C, y Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/647/64750305/>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., y Gómez, V. (2007). Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

(IRC) en Tratamiento de Hemodiálisis. *Sácielo*, 10 (2). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a16.pdf>

- De Sosa, M. (2011). *Influencia de la Asertividad en el Estilo Comunicacional de los Miembros de Parejas de Entre uno y cinco años de Convivencia en la Ciudad de Rosario*. (Tesis de Pregrado). Universidad Abierta Interamericana, Ciudad de Rosario.
- Del Rio, R. (2016). Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional – 2015. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4695/Del%20Rio_sr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de la unidad de hemodiálisis de EsSalud de Cusco. Tesis para optar el grado de Magíster en Psicología Clínica. Gamboa, M.E. (2010)
- Evaluación de la Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica. Tesis para optar el grado de Magíster en Epidemiología Clínica. Palacios Guillen, A., 2010.
- Ferreira J. y Espada, J. (2010). Habilidades Sociales y Enfermedad Mental. *Av. Psicol.* 18(1). Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/juanpereira.pdf>
- Flores, G. y Díaz-Loving, R. (2004). Escala Multidimensional de Asertividad. México: Manual Moderno.
- Flores, J., Alvo, M., Borja, H., Morales, J., Vega, J., Zuñiga, C., Müller, H., y Münzenmayer, J. (2009). Enfermedad Renal Crónica: Clasificación,

identificación, manejo y complicaciones. *Revista Médica de Chile* (137), 137-177.

doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000100026>

- Flores, M. (2002). Asertividad: una habilidad social necesaria en el mundo de hoy. [Exclusivo en línea]. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*. Recuperado el 15 de noviembre de 2016, de <http://www.cirsociales.uady.mx/revUADY/pdf/221/ru2214.pdf>
- García, C. (2005). Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento en estudiantes universitarios. *Revista Liberbit*, 11(63-74). Recuperado de http://revistaliberabit.com/es/revistas/liberabit11/GARCIA_NUNEZ.pdf
- García, M., y Magaz, A. (2011). *Autoinformes de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales. Manual de Referencia*. Recuperado de <http://www.gac.com.es/editorial/INFO/Manuales/adcaMANU.pdf>
- Gonzabay, V. y Montesinos, G. (2015). Vivencias y expectativas de los pacientes con enfermedad renal crónica que cursan terapia sustitutiva renal con diálisis del servicio de Nefrología y Unidad de diálisis del Hospital Carlos Andrade Marín,
- Gonzáles, C., Guevara, Y., Jiménez, D. y Alcázar, R. (2018) Relación entre asertividad, rendimiento académico y ansiedad en una muestra de estudiantes mexicanos. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v21n1/es_0123-9155-acp-21-01-00116.pdf
- González, Y., Herrera, L., López, J., y Nieves, Z. (2011). Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Psicológica Científica.com*, 13(20). Recuperado de

<http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estadoemocional/>

- Guerra, V. Sanhueza, O, y Cáceres. (2012). Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_04.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. D.F. México: Mc Graw-Hill.
- Herrera, P., Pacheco, J., y Taype, A. (2016) La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. *Acta Med Perú*, 33 (2). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n2/a07v33n2.pdf>
- Hinojosa, E. (2006). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_insuf_rena_cronica.pdf
- León, M. (2009). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Constarricense de Psicología*, 28 (1), 41-42. Recuperado de <http://oaji.net/articles/2016/3238-1464390798.pdf>
- León, M. (2014). Revisión de la Escala de Asertividad de Rathus. Adaptada por León y Vargas. *Revista Reflexiones*, 93 (1), 157 -171. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/viewFile/13751/13081>

- López, L. (2013). *Asertividad, Estado Emocional y Adaptación en Adolescentes*. Recuperado de <http://www.gacinvestigacion.com/wpcontent/uploads/2014/03/TesinaAsertividad-Estado-Emocional-y-Adaptaci%C3%B3n-en-Adolescentes.pdf>
- Loza, C., y Ramos, W. (2015). *Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú*. Recuperado de [http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20(1).pdf)
- Loza, M. (2014). *La Enfermedad Renal Crónica en el Perú Epidemiología e Impacto de la Salud Pública*. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>
- Lugo, L., García, H., y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 24 (2). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05>
- Maluenda, J., Navarro, G. y Varas, M. (2016). Asertividad: Diferencias de sexo en estudiantes universitarios chilenos medidas a través del inventario de Gambrill y Richey. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 16 (31), 55-68. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2431/243152008004.pdf>

- Ministerio de Salud. (2015). *Diabéticos e hipertensos pueden padecer de una enfermedad renal*. Recuperado el 15 de noviembre de 2016, de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16193>
- Motgomery, W. (1999). *Asertividad, Autoestima y solución de conflictos interpersonales*. Lima, Perú: Círculo de Estudios Avanzada.
- Novel, G., Llunch, T., y Rigol, A. (1988). *Asertividad y fomento de la salud mental*. *Revista ROL de Enfermería*, 116. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/62564/1/017605.pdf>
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México, D.F.: Ediciones Paraninfo.
- Obrador, G. (2012). *Guías Latinoamericanas de Práctica Clínica sobre la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de los Estadios 1-5 de la Enfermedad Renal Crónica*. Recuperado de https://www.dropbox.com/sh/75sv0miv5vi57v3/AACp9jlfxpW_zcCT_aFsQxyRa/GLPC_ERC.pdf?dl=0
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Enfermedades no Transmisibles*. Recuperado el 15 de noviembre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Orozco, A., y Castiblanco, L. (2015). *Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. *Revista Colombiana de Psicología*. 1(24). Recuperado de <file:///E:/Tesis/Dialnet-FactoresPsicosocialesEIntervencionPsicologicaEnEnf-5113685.pdf>

- Ortego, M., López, S., y Álvarez, M. (2011). Las Habilidades Sociales. En *Open Course Ware*. Recuperado de http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/cienciaspsicosociales-i/pdf-reunidos/tema_07.pdf
- Pain, O. (2008). *Asertividad en docentes tutores de instituciones educativas públicas: validación del instrumento ADCA-1*. (Tesis de pregrado). Pontífice Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Palacios, M., (2010). Calidad de vida en mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terapia adyuvante en un Hospital de Lambayeque 2008 – 2010. Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/300/1/TL_Palacios_Benzaquen_MelissadelPilar.pdf
- Perales, C., García, A., y Reyes, A. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista de Nefrología de Madrid*. 32 (5). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000700009
- Pereira, J. y Espada, J. (2010). Habilidades Sociales y Enfermedad Mental. *Revista Av. Psicológica*. 18 (1). Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/juanpereira.pdf>
- Pérez, G. (2010). Factores Psicosociales y Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. *Revista de Psicología*, 6. Recuperado de

[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2223-](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322010000100007&script=sci_arttext)

[30322010000100007&script=sci_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322010000100007&script=sci_arttext)

- Pérez, T., Rodríguez, A., Buset, N., Rodríguez, F., García, M., Pérez, P., Parodis, Y., y Rodríguez, J. (2011). Psiconefrología: aspectos psicológicos en la poliquistosis renal autosómica dominante. *Sácielo*, 31(6). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952011000600014&script=sci_arttext
- Quito, 2015. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9852/Vivencias%20y%20expectativas%20de%20los%20pacientes%20con%20Enfermedad%20Renal%20Crónica%20que%20cursan%20terapia%20sustitu.pdf?sequence=1>
- Reyes, Y. (2003). Relación entre el rendimiento académico, la ansiedad ante los exámenes, los rasgos de personalidad, el autoconcepto y la asertividad en estudiantes del primer año de psicología de la UNMSM. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/Reyes_T_Y/T_completo.pdf
- Rodríguez, E., Campillo, M., y Avilés, M. (2013). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>

- Rodríguez, M. (2008). Calidad de vida en pacientes nefrópatas con terapia dialítica. *Revista CONAMED*, 13 (2). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3626926.pdf>
- Rodríguez, M., Castro, M., y Merino, J. (2005). Calidad de Vida en Pacientes Renales Hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 11 (2). doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200007>
- Rudnicki, T. (2006). Aspectos Emocionales del Paciente Renal Crónico. *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*, 2 (2). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v2n2/v2n2a08.pdf>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9 (2). doi: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&tlng=es%2325
- Tellado, F. (2015). Discapacidad y riesgo de exclusión en la enfermedad renal crónica. Recuperado de http://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/512/Discapacidad_y_riesgo_de_exclusi%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ugarte. (2001). *Calidad de Vida, VII Seminario Internacional*. Lima, Perú: Ediciones Universidad San Martín de Porres.
- Velázquez, C., Montgomery, W., Montero, V., Pomalaya, R., Dioses, A., Araki, R. y Reynoso, D. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. *Revista de Investigación*

Psicológica, 11 (2). Recuperado de

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3845>

- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanter, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Ribera, A., Domingo, A., y Alonso, J. (2005). Gac. Sanit. 19 (2), 135 – 50. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv19n2/revision1.pdf>
- Villagrán, W. (2014). *Bienestar Psicológico y Asertividad en el Adolescente*. (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango.
- Zuñiga, M., Carrillo, G., Fos, P., Gandek, B., y Medina, M. (1999). Evaluación del Estado de Salud con la Encuesta SF-36 resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41 (2). Recuperado de <http://chime.med.ucla.edu/publications/docs/SF-36%20Mexico%20Spanish.pdf>

ANEXOS

ADCA – 1: AUTOINFORME DE CONDUCTA ASERTIVA

N	Ítems	Nunca o Casi Nunca	A veces, en alguna ocasión	A menudo, con cierta frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Cuando alguien dice algo con lo que no estoy de acuerdo, me pone nervioso/a tener que exponer mi propia opinión.				
2	Cuando estoy enojado/a, me molesta que los demás se den cuenta.				
3	Cuando hago algo que creo que no gusta a otros, siento miedo o vergüenza de lo que puedan pensar de mí.				
4	Me disgusta que los demás me vean, cuando estoy nervioso/a.				
5	Cuando me equivoco , me cuesta reconocerlo ante los demás				
6	Si se me olvida algo, me molesto conmigo mismo/a.				
7	Me molesto, si no consigo hacer las cosas perfectamente.				
8	Me siento mal cuando tengo que cambiar de opinión.				
9	Me pongo nervioso/a o tenso/a cuando quiero elogiar o halagar a alguien.				
10	Cuando me preguntan algo que desconozco, busco justificar mi ignorancia.				
11	Cuando estoy triste, me disgusta que los demás se den cuenta.				
12	Me siento mal conmigo mismo/a, si no entiendo algo que me están explicando.				
13	Me cuesta trabajo aceptar las críticas que me hacen, aunque comprenda que son justas.				
14	Cuando me critican sin razón, me enfada o me pongo nervioso/a tener que defenderme.				
15	Cuando creo haber cometido un error, busco excusas que me justifiquen.				
16	Cuando compruebo que no se algo, me siento mal conmigo mismo/a.				
17	Me cuesta hacer preguntas personales.				
18	Me cuesta pedir favores.				
19	Me cuesta decir que no, cuando me piden que haga algo que yo no quiero hacer.				

20	Cuando me elogian o halagan, me pongo nervioso/a y no sé qué hacer o decir.				
21	Me molesta que no me entiendan, cuando explico algo.				
22	Me irrita mucho que me den la contra.				
23	Me molesta que los demás no comprendan mis razones o mis sentimientos.				
24	Me molesta, cuando veo que la gente cambia de opinión con el paso del tiempo.				
25	Me molesta que me pidan ciertas cosas, aunque lo hagan de buenas maneras.				
26	Me molesta que me hagan preguntas personales.				
27	Me desagrada comprobar que la gente no se esfuerza en hacer su trabajo lo mejor posible.				
28	Me irrito, cuando compruebo la ignorancia de algunas personas.				
29	Me siento mal, cuando una persona que aprecio toma una decisión equivocada.				
30	Me enfado, si veo a alguien comportándose de un modo que no me gusta.				
31	Me disgusta que me critiquen.				
32	Me enoja con la persona que me niega algo razonable, que he pedido de buenas maneras.				
33	Me altera, ver a personas que no controlan sus sentimientos: lloran, gritan, se muestran demasiado contentas...				
34	Me desagrada que no se dé a las cosas la importancia que tienen.				
35	Me molesta que alguien no acepte una crítica justa.				

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF 36

1	En general, usted diría que su salud es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
2	¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
3	Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?					
				Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a	Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.					
b	Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos, o caminar más de 1 hora.					
c	Coger o llevar la bolsa de compra.					
d	Subir varios pisos por la escalera.					
e	Subir un solo piso por la escalera.					
f	Agacharse o arrodillarse.					
g	Caminar un kilómetro o más.					
h	Caminar varios centenares de metros.					
i	Caminar unos 100 metros.					
j	Bañarse o vestirse por sí mismo					
4	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?					
		Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Solo alguna vez	Nunca
a	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?					
b	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?					
c	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?					
d	¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?					
5	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?					

		Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Solo alguna vez	Nunca	
a	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?						
b	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?						
c	¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?						
6	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
7	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
8	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo de casa y las tareas domésticas)?	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
9	Las preguntas que siguen refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia...						
		Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Solo alguna vez	Nunca	
a	se sintió lleno de vitalidad?						
b	estuvo muy nervioso?						
c	se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
d	se sintió calmado y tranquilo?						
e	tuvo mucha energía?						
f	se sintió desanimado y deprimido?						
g	se sintió agotado?						
h	se sintió feliz?						
i	se sintió cansado?						

10	Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Solo alguna vez	Nunca
11	Por favor diga si le parece Cierta o Falsa cada una de las siguientes frases:					
		Totalmente Cierta	Bastante Cierta	No lo sé	Bastante Falsa	Totalmente Falsa
a	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.					
b	Estoy tan sano como cualquiera					
c	Creo que mi salud va a empeorar					
d	Mi salud es excelente					