



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“SOPORTE SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL DEL HOSPITAL DEL IESS AMBATO.”

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica.

Autora: Cuesta Cortez, Germania Elizabeth

Tutor: Ps, Cl. Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

Ambato – Ecuador

Mayo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el Tema:

“SOPORTE SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL DEL HOSPITAL DEL IESS AMBATO”, de Germania Elizabeth Cuesta Cortez., estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la salud

Ambato, Febrero 2015

EL TUTOR

.....
Psc, Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“SOPORTE SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL DEL HOSPITAL DEL IESS AMBATO”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2015

LA AUTORA

.....
Cuesta Cortez, Germania Elizabeth

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este trabajo de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del mismo, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero del 2015

LA AUTORA

.....

Cuesta Cortez, Germania Elizabeth

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema investigación **“SOPORTE SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL DEL HOSPITAL DEL IESS AMBATO”** de Germania Elizabeth Cuesta Cortez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Mayo 2015

Por constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre por su amor incondicional, a mi padre quien ha sabido guiarme, a mi familia a quienes amo profundamente. Y a todos quienes me abrieron las puertas para poder seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato por permitirme alcanzar uno de mis objetivos profesionales, a mi Tutor Psc, Mg. Gaibor González Ismael Álvaro, quien me ha guiado para poder llevar a cabo esta investigación y a todos quienes me han apoyado en este camino.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Portada.....	i
Aprobacion del tutor	ii
Autoria del trabajo de grado.....	iii
Derechos de autor.....	iv
Dedicatoria	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de contenidos.....	viii
Índice de cuadros	xiii
Índice de graficos	xv
Resumen.....	xvii
Summary	xviii
Introduccion	1

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

1.1 Tema.....	2
1.2 Planteamiento Del Problema.....	2
1.2.1 Contextualización.....	2
1.2.2 Análisis Crítico.	7
1.2.3 Prognosis	8
1.2.4 Formulación del problema	9
1.2.5 Preguntas Directrices.	9

1.2.6 Delimitación.....	9
1.2.6.1 Cuerpo de consentimiento.....	9
1.2.6.2 Delimitación espacial.....	9
1.2.6.3 Delimitación temporal.....	9
1.3 Justificación	10
1.4 Objetivos	11
1.4.1 Objetivo General.....	11
1.4.2 Objetivos Específicos.....	11

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos.....	12
2.2 Fundamentación Filosófica	17
2.3 Fundamentación Legal	17
2.4 Fundamentación Teórica.....	22
2.4.1 Categorías fundamentales.....	22
2.5 Hipótesis.....	27
2.6 Variables	27
CAPITULO III.....	28
MARCO METODOLÓGICO.....	28
3.1 Enfoque De La Investigación.....	28
3.2 Modalidad De La Investigación	28
3.3 Tipo De Investigación	28

3.4 Población Y Muestra.....	29
3.4.1 Población.....	29
3.4.2 Muestra.....	29
Operacionalización De Variables.....	30
3.5 Técnicas e Instrumentos.....	32
3.6 Procesamiento de la Información.....	36

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis de Resultados de las variables sociodemográficas.....	38
4.2 Análisis de los Resultados obtenidos en la evaluación del apoyo social	46
4.2.1 Análisis descriptivos de los resultados del Cuestionario MOS.....	46
4.2.2 Diferencias por sexo en el cuestionario MOS.....	49
4.2.3 Análisis de consistencia interna del cuestionario MOS	51
4.2.4 Distribución de los resultados del MOS de acuerdo al punto de corte	52
4.3 Análisis de los resultados obtenidos en la evaluación de las estrategias de afrentamiento	54
4.3.1 Análisis descriptivos de los resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento	54
4.3.2 Diferencias de resultados por sexo en los resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.....	57
4.3.3 Análisis de consistencia interna del Inventario de Estrategias de Afrontamiento	60
4.4 Análisis de correlación entre el apoyo social y el afrontamiento	61

4.4.1 Relación entre las variables Soporte Social, edad y Apoyo Social.....	65
---	----

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	68
5.2 Recomendaciones.....	69

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos Informativos.....	70
6.1.1. Título.....	70
6.1.2. Institución Ejecutora	70
6.1.3. Beneficiarios	70
6.1.4. Ubicación	70
6.1.5. Tiempo estimado de la ejecución.....	70
6.1.6. Equipo Técnico Responsable	71
6.2. Antecedentes De La Propuesta	71
6.3. Justificación	71
6.4. Objetivos	72
6.4.1. Objetivo General	72
6.4.2. Objetivos Específicos.....	72
6.5. Fundamentación Científico – Técnica	72
6.6. Plan Operativo.....	90
6.7 Marco Administrativo	94

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	99

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 3.01. Descripción de indicadores básicos en torno al Soporte Social	30
Cuadro 3.02. Descripción de indicadores básicos en torno a las Estrategias de Afrontamiento	31
Cuadro 4.01.....	39
Análisis de resultados de las variables sociodemográficas	39
Cuadro 4.05.....	47
Análisis descriptivo de los resultados del Cuestionario MOS de apoyo social	47
Cuadro 4.06.....	49
Diferencias por sexo del Cuestionario MOS de apoyo social.....	49
Cuadro 4.08.....	51
Análisis de Consistencia interna del Cuestionario MOS de apoyo social	51
Cuadro 4.09.....	53
Distribución de los resultados de MOS de acuerdo a los puntos de corte	53
Cuadro 4.11. Análisis descriptivo de los resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento	55
Cuadro 4.13.....	57
Diferencias por sexo de los resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento	57
Cuadro 4.15.....	60
Análisis de Consistencia interna del Inventario de Estrategias de Afrontamiento	60
Cuadro 4.16.....	61

Análisis de correlación entre la variable de Soporte social y las estrategias de afrontamiento	61
Cuadro 4.19.....	65
Correlaciones entre las variables Soporte Social con Edad y Apoyo Social	65
Cuadro 4.20.....	66
Resumen del modelo predictor de la variable apoyo social.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 2.01. Categorías Fundamentales	22
Gráfico 4.02. Representación gráfica de la distribución de los participantes por sexo. El sexo masculino predomina por el femenino y se encontraron diferencias significativas.	41
Gráfico 4.02. Representación gráfica de la distribución de los participantes según el estado civil. El estado civil casado(a) predomina por el resto y se encontraron diferencias significativas.	42
Gráfico 4.03. Representación gráfica de la distribución de los participantes según el tiempo de diagnóstico. El tiempo de diagnóstico entre uno a tres años predomina por el resto y se encontraron diferencias significativas.	44
Gráfico 4.04. Representación gráfica de la distribución de los participantes según el nivel de escolaridad. Predominan quienes tienen estudios primarios y secundarios.	45
Gráfico 4.05. Representación de los Indicadores del apoyo social a través de las medias y comparación con la mediana de los casos evaluados.	48
Gráfico 4.07. Representación de las medias de cada uno de los indicadores del cuestionario MOS comparado por sexo.	50
Gráfico 4.10. Distribución de las observaciones en relación a la posición que toma al punto de corte establecido.	53
Gráfico 4.12. Representación de los Indicadores de las estrategias de afrontamiento a través de las medias y comparación con la mediana de los casos evaluados.	56
Gráfico 4.14. Representación de las medias de cada uno de los indicadores del Inventario de Estrategias de Afrontamiento comparado por sexo.	58

Gráfico 4.17. Gráfico de dispersión entre la variable Soporte Social y la variable de Pensamiento Desiderativo.	62
Gráfico 4.18. Gráfico de dispersión entre la variable Soporte Social y la variable de Apoyo Social.	63
Gráfico 4.19. Gráfico de dispersión entre la variable Soporte Social y la variable de Apoyo Social.	64
Gráfico 4.21 Modelo explicativo empírico predictor del apoyo social a través del Soporte Social y la edad.	67

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“SOPORTE SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LAS ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL DEL HOSPITAL DEL IESS AMBATO.”**

Autora: Cuesta Cortez, Germania Elizabeth

Tutor: Ismael Gaibor

Fecha: Febrero 2015

RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo analizar la relación entre el soporte social y las estrategias de afrontamiento que utilizan un grupo de 50 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, que se someten al tratamiento de hemodiálisis.

Se utilizar el reactivo psicológico MOS (Social Support Survey) para determinar el tipo de soporte social que perciben los pacientes, y el reactivo psicológico CSI (Coping Strategies Inventory) para evaluar que estrategias de afrontamiento se utilizan para enfrentar la insuficiencia renal crónica. Los resultados de la investigación demostraron una relación importante y significativa en el soporte social percibido, siendo estas redes los familiares y profesionales de salud más cercanos, tomando en cuenta el apoyo emocional. Es una de las principales estrategias que utilizan los pacientes, ya que no tienen a aislarse, sino a buscar apoyo en los otros como mecanismo de afrontamiento.

PALABRAS CLAVE: SOPORTE_SOCIAL, HEMODIÁLISIS,
ESTRATEGIAS_DE_AFRONTAMIENTO,
INSUFICIENCIA_RENAL_CRÓNICA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**“SOCIAL SUPPORT AND THE RELATIONSHIP WITH COPING
STRATEGIES IN RENAL PATIENTS HOSPITAL IESS AMBATO.”**

Author: Cuesta Cortez, Germania Elizabeth

Tutor: Ismael Gaibor

Date: November 2014

SUMMARY

This research seeks to analyze the relationship between social support and the strategies of coping used in a group of 50 patients with a diagnosis of chronic renal failure, which are submitted to the hemodialysis treatment.

To determinate this factors this reaserch is going to use psychological test to determine the type of social support that patients perceive (MOS test), and reactive psychological CSI to evaluate which coping strategies are used to confront the chronic renal failure.

The results of the investigation showed a significant and meaningful relationship in the perceived social support, being these networks family members and health professionals more nearby, taking into account the emotional support. It is one of the main strategies used by the patients, because they do not have to be isolated, but to find support in the other as a mechanism for coping.

KEY WORDS: CHRONIC_RENAL_FAILURE, HEMODIALYSIS,
COPING_STRATEGIES.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal es una enfermedad con diagnóstico catastrófico, la salud de una persona con insuficiencia renal se ve comprometida en varios niveles ya que su estilo de vida tendrá que cambiar, en hábitos alimenticios, horarios para tomar medicinas, la cantidad de líquidos que ingiera, el ejercicio físico se ve limitado, y lo más importante se tienen que someter a un proceso de hemodiálisis, que es un tratamiento agresivo físicamente. Al cual tienen que acudir tres veces por semana, las máquinas de hemodiálisis tienen por objetivo cumplir con la función que los riñones del paciente ya no pueden realizar. El diagnóstico en primer instancia es difícil de aceptar ya que al tratarse de una enfermedad catastrófica, los pacientes sienten que su vida está en riesgo constante. A nivel psicológico y emocional se presentan varios síntomas como la ansiedad, frustración, tristeza, entre otros. Pensamientos recurrentes de debería, o hubiera. Sentimientos de culpa. Haciendo que la enfermedad se vuelva un cuadro completo dentro de lo médico clínico y psicológico. La red de personas con las que el paciente cuenta es el soporte social más cercano y eficiente percibido, este factor determinará también la forma en que se enfrenta la enfermedad, manejando estrategias de afrontamiento que pueden ayudar o perjudicar al avance del tratamiento.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

1.1 Tema

Soporte social y su relación con las estrategias de afrontamiento en los pacientes con insuficiencia renal del hospital del IESS Ambato.

1.2 Planteamiento Del Problema

1.2.1 Contextualización

Las enfermedades crónicas han tenido un aumento considerable en las estadísticas realizadas en los últimos años, Se calcula que las enfermedades no transmisibles, principalmente las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas causaron 35 millones de defunciones en 2005. Esta cifra supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas, incluidos el VIH /SIDA, la tuberculosis y la malaria, enfermedades materno perinatales y carencias nutricionales. El 80% de las muertes por enfermedades crónicas se registran en países de ingresos bajos y medianos, y aproximadamente 16 millones corresponde a personas de menos de 70 años. (Vega, 2009). La insuficiencia renal es una enfermedad crónica ocurre cuando un riñón está dañado y no puede trabajar de manera efectiva. Los riñones limpian el desecho de la sangre, el cual es eliminado del cuerpo en la orina. Si la enfermedad se detecta temprano, se puede desacelerar el daño al riñón, pero no se puede detener completamente. (Vann, 2012)

Recientemente, la National Kidney Foundation 2010 estadounidense ha propuesto a través de las guías de práctica clínica una definición y una clasificación de la enfermedad renal crónica con los objetivos, entre otros, de asociar criterios y facilitar de forma sencilla y práctica el diagnóstico precoz de la enfermedad independientemente de la causa original.

La IRC se define como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina estimados < 60 ml/min/1,73 m², o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses. El daño renal se diagnostica habitualmente mediante síntomas específicos como: cansancio, debilidad, no dormir bien, menos deseo de comer de lo habitual, náuseas, comezón, falta de aire, sentido del gusto alterado, estado mental alterado. (Cabrera, 2004)

El tratamiento de la IRC dependerá de la etapa en la que se encuentre el diagnóstico, para el propósito de esta investigación se entenderá a la IRC como etapa de remplazo renal, es decir proceder a realizar el tratamiento de hemodiálisis correspondiente. La National Kidney Foundation describe a la hemodiálisis como una manera de limpiar desechos y el exceso de líquidos en su sangre por medio de una máquina. En la hemodiálisis, la sangre pasa por unos tubos del cuerpo al dializador. El dializador es el filtro de la máquina. Dentro del dializador los desechos y el exceso de líquidos son limpiados de la sangre. Después, la sangre ya limpia pasa por otro tubo de regreso para al cuerpo. (Carmack, 2012). Los pacientes diagnosticados, suelen postergar el tratamiento en espera de alternativas diferentes para mejorar su condición de salud, la alternativa más próxima y poco probable de solución es el trasplante de riñón, el cual es considerado de forma utópica. El tema en sí de los trasplantes de órganos es considerado polémico ya que existen diferentes efectos negativos alrededor de esta necesidad, el tráfico de órganos es uno de ellos. En un estudio realizado por la OMS en 2005 se demostró que en el mismo año se realizaron 66 000 trasplantes de riñón, el 60 % de ellos en los países industrializados. El 75% o más de los 21 000 trasplantes de hígado y de los 6000 trasplantes de corazón se realizaron en países industrializados o de economías emergentes. La cifra ha ido en aumento paralelamente con los diagnósticos. (OMS, Segunda Reunión Consultiva Mundial sobre Trasplante, 2007) Cabe resaltar que el estudio demuestra una demanda superior de los trasplantes de riñón que de otro órgano.

En Latinoamérica, los estudios sobre la insuficiencia renal están básicamente relacionados a datos de la última fase terminal, siendo la tasa de prevalencia muy

variable dependiendo de cada país en función del sistema de salud que rige la cobertura del tratamiento de diálisis, así por ejemplo en Puerto Rico esta tasa es de 818 pacientes por millón de población (pmp) mientras en el Perú es de apenas 111.1 pmp. Asimismo la tasa de incidencia en estos países es de 276.9 pmp y de 44.2 pmp en el Perú. (Vasquez, 2014)

Sin embargo estudios de prevalencia o incidencia de insuficiencia renal crónica que incluya a todas sus etapas no es conocida en la mayoría de países subdesarrollados e incluso desarrollados, por lo tanto se subestima el impacto que tiene la enfermedad sobre las personas y la sociedad. Investigaciones epidemiológicas en dos países en Latinoamérica reconocen cifras verdaderamente alarmantes de prevalencia poblacional de insuficiencia renal crónica, Cuba con 3,350 pacientes y Venezuela con 4,175 pacientes. Como es de suponer la magnitud del gasto público destinado a salud tiene factores dependientes de la política de salud establecida y de la capacidad financiera de los gobiernos en cada país. Por ejemplo en la década de los 80, los países desarrollados gastaron cerca de 1000 dólares per cápita mientras que los subdesarrollados gastaron solo 1 dólar per cápita. Para el 2000, se destinó para el gasto público en salud solo el 1.3 % del PBI , siendo en países Latinoamericanos del orden del 3 % (Chile, Bolivia, Costa Rica). (Vasquez, 2014)

En Ecuador, tres personas mueren diariamente esperando la donación de un órgano. 1.700 anualmente presentan algún tipo de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y al menos 500 de ellas son candidatas potenciales a un trasplante, señala un informe de la fundación. Tres mil nuevas personas llegan anualmente a una enfermedad renal terminal, de las cuales solamente entre el 20% y 30% tienen algún tipo de cobertura, el 70% fallece muchas veces en el anonimato. (INEC, 1.700 personas sufren de insuficiencia renal al año, 2009)

Entre uno y dos millones de personas en todo el país son portadoras de algún tipo de enfermedad renal diagnosticada o no descubierta. Datos de Ontot (Organización Nacional de Trasplantes de Órganos y Tejidos del Ecuador) indican que en el país hay una prevalencia de 190 pacientes por cada millón de habitantes. En el 2001 hubo 1.257 pacientes en diálisis, 970 en el IESS, 120 en

establecimientos públicos, 92 en privados y 75 en semipúblicos (estadística del IESS, 2001).

Frente a una situación nueva y estresante como lo es el diagnóstico de una enfermedad crónica el paciente generará diferentes estados emocionales e interpretaciones cognitivas de la situación en la que se encuentra, generando inevitablemente estrés. Se define al estrés como respuesta ante sucesos que amenazan la capacidad del individuo para enfrentar adecuadamente una situación. (Feldman, 2002). Esta capacidad seguirá parámetros necesarios para llevar a cabo la conducta adaptada o desadaptada entendiendo con esto la manera de afrontamiento que utiliza cada persona para controlar y manejar la situación estresante. El afrontamiento del estrés es muy subjetivo, ya que cada persona reacciona de manera distinta, lo que es muy amenazante para un individuo no lo puede ser para otro, este proceso de abstracción cognitiva está mediado por el aprendizaje de modelos o esquemas estructurados a lo largo de la vida. Estos modelos o esquemas se han categorizado como afrontamiento del estrés, que son los esfuerzos por controlar, reducir o aprender a tolerar las amenazas que conducen al estrés (Feldman, 2002) la gente por lo general se ajusta al estrés de dos maneras: el afrontamiento directo que es confrontar, negociar o retirarse de una situación potencialmente amenazante, este tipo de afrontamiento es el que se espera que se aplique comúnmente; el afrontamiento defensivo en el que, cuando surge una situación estresante poco puede hacerse para manejarla directamente, entonces se emplean mecanismos de defensa (Morris & Maisto, 2005) Entendidos como formas de engañarnos, consciente o inconscientemente, acerca de las causas del evento estresante, lo cual reducirá el conflicto pero mantendrá latente la confrontación. Se contempla una tercera estrategia que involucra al apoyo social del que se entiende el bienestar físico y psicológico proporcionado por amigos y familiares a la persona que sufre una situación de estrés. (Baron & Byrne, 1998).

Las personas que se relacionan abiertamente con los demás y comparten una vida en sociedad con un círculo de amigos, o tienen una comunicación activa dentro de sus hogares, percibirán disminución del estrés debido a que pueden compartir experiencias frustrantes con los demás, sintiendo que son comprendidos

y apoyados. Puede existir también el apoyo emocional no adecuado (Marti, 2006) aunque exista apoyo social, ya que las personas involucradas en la red social no se inmiscuyen en la búsqueda de soluciones produciendo enojo, frustración, tristeza en el paciente.

Es entonces el momento en que se percibe al soporte social como una variable que tiene una relación importante con las conductas del paciente. Se entiende al soporte social como la información, ayuda material o instrumental y apoyo emocional que se recibe de una red recíproca de vínculos sociales, dentro de un marco de aceptación, comunicación y obligación mutua, con la finalidad de amortiguar los efectos adversos de un evento estresante. Hay que tener en cuenta que red social y soporte social se diferencian como esferas conceptuales. Es así que, el soporte social no coexiste con la red social sino que depende de otros factores ajenos a la mera amplitud de las relaciones o la frecuencia de la interacción social. Sin embargo, la red social puede ser el primer paso para conseguir el soporte social. El paso final dependerá de la cualidad de las relaciones que un sujeto es capaz de encontrar dentro de la red (Giraldez & Hermedia, 1990.). Las cualidades que parecen ser especialmente críticas implican el intercambio de comunicaciones íntimas, así como la presencia de solidaridad y confianza.

La hemodiálisis es un proceso en el cual los líquidos y los sólidos son retirados del cuerpo, basándose en la difusión. La difusión se refiere al movimiento de los sólidos de un espacio de mayor concentración a uno de menor concentración. La máquina de Hemodiálisis tiene 5 partes importantes: el dializador, la bomba de sangre, la bomba dializadora, los monitores de seguridad, y una alarma. (Mallappallil & Friedman, 2010)

Se debe tomar en cuenta también el tipo de tratamiento que está llevando a cabo el paciente con IR ya que la primera impresión diagnóstica será un impacto fuerte de asimilar, en la actualidad existen diferentes formas de realizar la diálisis: la diálisis peritoneal o la hemodiálisis, el objetivo de ambas diálisis son el mismo remover y quitar el exceso de toxinas de la sangre. (Offer, Offer, & Szafir, May 2007)

1.2.2 Análisis Crítico.

El avance de la tecnología y de ciencia médica, han demostrado tener un efecto positivo en los tratamientos de enfermedades, que afectan de por vida a una persona, estos métodos empleados aunque parezca amplio, no podrían funcionar de manera adecuada, si el paciente no entiende su procedimiento y estar consciente de que manera va a contribuir al mejoramiento de su salud. Cuando hablamos de enfermedades crónicas como la insuficiencia renal abarcamos diferentes conceptos, que el paciente deberá entender ya que el procedimiento de hemodiálisis que se realizara, le conlleva a mantenerse en contacto con la máquina que realiza el procedimiento. Esto resulta atemorizante, y desesperanzador. Es aquí donde el trabajo psicológico juega un papel muy importante, ya que de este dependerá la mejor adhesión al tratamiento, y mitigar los temores y dudas.

Frente al estrés el ser humano tiene varias respuestas, desde un punto de vista psicológico las estrategias de afrontamiento determinarán de qué manera una persona decide enfrentarse al estrés. Al estudiar estos estilos o estrategias de afrontamiento en los pacientes, se podrá determinar cuáles estrategias utilizadas son las que menos resultados positivos han tenido y las que han demostrado mejorar la resiliencia del paciente frente a las adversidades y experiencias nuevas. Debido a que es una situación potencialmente amenazadora y causante de estrés, se pondrán en marcha el afrontamiento, que está vinculado estrechamente con la magnitud del soporte social que percibe el paciente. Entendemos entonces la problemática relevante o las causas de la no adhesión al tratamiento de hemodiálisis, al igual que la postergación del mismo, complicando con el tiempo el cuadro clínico de IRC.

La relación que existe con el médico tratante es determinante en la forma que el paciente decida enfrentar la decisión de someterse a las diálisis.

1.2.3 Prognosis

Las consecuencias de un mal manejo de información relacionada a cuidados de salud en pacientes que tienen diagnóstico de insuficiencia renal crónica, hace que la sintomatología medical clínica aumente el riesgo de complicaciones de salud, lo que tiene mucha relación con la forma en que el paciente se percibe a sí mismo, desencadenado en cuadros ansiosos o depresivos.

La información que se tiene sobre la insuficiencia renal y el tratamiento que se realiza en la cultura general, es limitada y muchas veces errónea. De igual forma a diferencia de otras enfermedades como el cáncer, los cuidados y la prevención sobre la IRC no se conoce, tampoco se ha demostrado interés por mejorar esta realidad. Las campañas preventivas son pocas o nulas en el país, esto es preocupante.

Esta investigación es factible, y se podrá desarrollar sin impedimentos para la recolección de información que posteriormente servirá para determinar relaciones existentes entre las variables investigadas, y aún más para dar a conocer de mejor manera la dimensión clínica y preventiva de la IRC.

1.2.4 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre soporte social y las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal del hospital del IESS Ambato?

1.2.5 Preguntas Directrices.

- ¿Qué estrategias de afrontamiento utilizan los pacientes que acuden a diálisis?
- ¿Qué grado de soporte social presentan estos pacientes?
- ¿Cómo se puede aportar a la solución de este problema?

1.2.6 Delimitación

1.2.6.1 Cuerpo de consentimiento

Campo: Desarrollo Evolutivo del Adolescente.

Área: Funciones Cognitivas

Aspecto: Psicología cognitiva y de la conducta

1.2.6.2 Delimitación espacial.

Espacios físico de la Unidad renal, área Diálisis, del Hospital del Instituto de Seguridad Social en la ciudad de Ambato, provincia Tungurahua.

1.2.6.3 Delimitación temporal

Periodo de Septiembre del 2013 – Septiembre del 2014

1.3 Justificación

La información que los pacientes necesitan para mejorar las condiciones de su salud en el área física y mental, es fundamental para que conozcan de qué manera pueden generar alternativas de solución a la situación estresante por la que están atravesando. Por lo tanto la investigación dará luz sobre la manera en que se pueden generar dichas alternativas, para dar conocimiento y por ende mejorar las condiciones de salud por las que atraviesan los pacientes dializados. Los cuidados que necesitan a nivel físico son relegados debido a diferentes factores ya sea familiar, social y uno de los más predominantes el psicológico, ya que son cuadros depresivos o ansiosos, los cuidados son dejados de lado para agravar la sintomatología clínica antes mencionada.

El proyecto de investigación es factible ya que se cuenta con la población estable en el tiempo y la apertura de los directivos del hospital para llevarla a cabo. Se ha investigado anteriormente la situación psicológica en los pacientes, con la presente investigación se podrá visualizar de una manera más específica la esfera emocional y de enfrentamiento a situaciones estresantes, lo cual podrá mejorar los protocolos médicos dentro del departamento de enfermería que se encuentra en contacto diario con los pacientes, crear un nuevo entendimiento y sensibilizar a las personas involucradas el cuidado hospitalario para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General.

Analizar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y el soporte social en los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal que se realizan diálisis en el Hospital del IESS Ambato.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Examinar las estrategias de afrontamiento de la muestra de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal, en la unidad renal del Hospital IESS.
- Identificar el grado apoyo social que tienen estos pacientes.
- Generar una propuesta de solución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

En Jordania se realizó un estudio sobre estrategias de afrontamiento en pacientes que reciben hemodiálisis, encontrando que el estrés provocado por su enfermedad afectaba en siete áreas de su vida: tiempo perdido, cambio de estilo de vida, sufrimiento asociado a los síntomas, conflictos de pareja, religiosidad, percepción de apoyo por parte del personal de salud (Al Nazly, Ahmad, Musil, & Nabolsi, 2013)

En la universidad de Colombia se realizó un estudio con el objetivo de observar si los estilos de afrontamiento asumidos por un grupo de 41 pacientes con IRC guardan relación con su calidad de vida. Para ello, se utilizaron los instrumentos SF-36 y CAE. Se observó un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes; no obstante, su funcionamiento social se encontró preservado. De acuerdo con los resultados, el afrontamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas. La evitación y la religiosidad, como estilos de afrontamiento, presentaron resultados distintos a los hallados por otros autores. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos. (Contreras, Esguerra, Espinosa, & Gómez, 2007)

La universidad de Kansas en Estados Unidos realizó un estudio publicado en su revista Valoración de la Personalidad (Journal of Personality Assessment) en el que se estudia el rol que tiene el estilo de afrontamiento en el ajuste de la insuficiencia renal el cual se investigó en una muestra de 62 pacientes voluntarios.

Se consideraron dos preguntas descriptivas. ¿Está el ajuste psicosocial relacionado con el estilo de afrontamiento? y ¿Los pacientes que reciben tratamientos diferentes basan su estilos de afrontamiento en los mismos? Los estilos de afrontamiento agresivos estaban inversamente relacionados con el ajuste psicológico. Los pacientes que recibieron tratamientos personalizados y supervisados tuvieron puntuaciones significativamente más altas en una escala de medición de defensa más pasivo. (Blodgett, 2007)

El departamento de Psiquiatría y psicología de la Universidad Hadassah Hebrew de Jerusalem – Israel por medio de su revista *Journal of Human Stress* publicó un estudio en el que se estudió a cincuenta y nueve pacientes con insuficiencia renal terminal y 59 individuos de control emparejados por edad, sexo, origen, educación y estado civil a los cuales se les administró la Prueba Shanana Sentence Completion Test (Test de frases incompletas de Shanana) al inicio del tratamiento de la hemodiálisis, para poner a prueba la hipótesis de que 1) el estrés prolongado reduce la tendencia a hacer frente activamente y que 2) el grado de reducción del estrés variaría de acuerdo a los antecedentes de los pacientes. Los resultados proveen apoyo masivo a la primera hipótesis; en casi todos los aspectos del estilo de afrontamiento que se investigó, los pacientes en hemodiálisis obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas, indicando pasividad, una percepción negativa de sí mismo y de las tendencias a retirarse o aislarse para negar la difícil realidad. Los hallazgos en la segunda hipótesis fueron equívocos. Solo el género y el nivel de educación mostraron interacción con la enfermedad y la estrategia de afrontamiento. Las mujeres parecen ser más vulnerables que los hombres. Los efectos de la educación en afrontamiento fueron reducidos como consecuencia de la enfermedad. Los hallazgos se discuten en términos de sus implicaciones para la investigación sobre el estrés y para el avance de las medidas preventivas en el tratamiento de hemodiálisis. (Shanan, Kaplan, & Garty, 2010)

El departamento de psiquiatría de la Universidad de Leeds en Inglaterra a través de su revista *Psicología y Salud (Journal Psychology & Health)*. Este estudio empleó el sistema de codificación de atribuciones Leeds (Leeds

Attributional Coding System), para investigar las atribuciones causales en las familias de dos grupos de pacientes adolescentes con Insuficiencia Renal — un grupo bien ajustado ($n = 11$) y un grupo mal ajustado ($n = 11$). Investigaciones previas con los enfermos crónicos sugirieron que un mejor ajuste estaría asociado con atribuciones más externas y universales, y que ajuste más pobre estaría asociado con un mayor número de atribuciones. Estas predicciones recibieron un apoyo general. Se observó una tendencia inesperada para los pacientes del grupo mal ajustado al culpar a sus padres por las atribuciones negativas, como se reveló en las diferencias del porcentaje interno de los grupos el control y el objetivo personal de las atribuciones se asoció con mayores diferencias de actor-observador en las familias del grupo mal ajustado. Los resultados fueron discutidos en términos de la distinción entre control primario y secundario y posibles procesos subyacentes para la investigación y la práctica clínica. (Wrighta, Brownbridgeb, Fieldingc, & Strattond, 1991)

En la Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito se llevó a cabo una investigación que estudio la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), sometidos a hemodiálisis, en el hospital Quito nro. 1 de la policía nacional que determinó que el Estilo de Afrontamiento Centrado en la Emoción fue el más utilizado por el 55% de los y las participantes, el Estilo de Afrontamiento Centrado en el Problema por el 40% de los y las participantes y solo el 5% de los participantes utiliza la Evitación del Afrontamiento. Las Estrategias de Afrontamiento: Aceptación, la Religión, el Afrontamiento Activo y Reinterpretación Positiva fueron descritas como las estrategias de mayor uso por parte de los participantes y las Estrategias de Afrontamiento identificadas como las de menor uso fueron: el Consumo de Drogas, la Desconexión conductual y el Humor. Las investigaciones respecto a los estilos señalan que el uso de las estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema son las de mayor utilidad para la persona en tanto está se relaciona con un mayor bienestar físico. Por el contrario, aquellos sujetos que preferentemente utilizan estrategias paliativas, como es el centrarse en las emociones o el escape conductual y/o cognitivo, manifiestan un mayor malestar físico (Carver y Scheier, 1994).

Sin embargo, investigaciones específicas con enfermedades crónicas señalan que en estas condiciones son mucho menos frecuentes el uso de métodos de afrontamiento activos mientras que los métodos que involucra posturas más pasivas son las más usadas (Taylor, 2003). De esta manera la predilección por el estilo enfocado en la emoción respondería a la percepción de menores niveles de control sobre la situación (como ocurre en muchas situaciones que son parte de la vivencia de la enfermedad crónica, y, en este caso con el carácter de terminal), dicho afrontamiento llevaría a que la persona despliegue sus recursos hacia la regulación de sus sentimientos como la angustia que podría generarse cuando poco o nada puede hacerse, de tal forma que este estilo ayudaría a mantener la moral en alto, mantendría la esperanza y sostendría la autoestima. Por ello, limitarse al uso de un estilo centrado en el problema no haría más que acumular sentimientos de frustración e impotencia en los pacientes mientras que el uso mixto (centrados en la emoción y luego en el problema) tendría mayores beneficios. (Villagran Venegas, 2012)

En la Universidad Técnica de Ambato se las alteraciones psicológicas frecuentes en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato. La investigación se efectuó en los meses de Septiembre 2011 hasta Enero del 2012. Las personas que forman parte de la investigación son 30 pacientes diagnosticadas con Insuficiencia Renal Crónica las mismas que asisten a realizarse su tratamiento de diálisis en el Servicio de Nefrología en el Hospital mencionado anteriormente

La información obtenida se la recolecto a través de la Historia Clínica Psicológica, el Cuestionario SF 36 sobre el Estado de Salud para determinar la calidad de vida del paciente renal, y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Llegando a la conclusión que en la población investigada es evidente el predominio de la ambivalencia afectiva con un 17%, seguido de un 13% que corresponde a los sentimientos inadecuados, hiporexia, insomnio, 10% desequilibrio emocional, angustia, ira, e impotencia 7% labilidad emocional, pudiéndose apreciar que las alteraciones psicológicas están latentes en el 100% de los pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad, cabe mencionar que la propuesta de solución se basa en el modelo Cognitivo- Conductual cuyo objetivo

principal es la modificación de creencias irracionales y emociones inadecuadas mediante técnicas que se encuentran dentro de este modelo psicoterapéutico, siendo esta la indicada para evitar que estas alteraciones se desencadenen en cuadro clínico y mejorar la calidad de vida del paciente renal. (Jerez Cevallos, 2012)

En el campo de la medicina investigaciones exhaustivas se han llevado a cabo para determinar factores de predominancia en el tratamiento de la Insuficiencia Renal, se revisa un estudio de carácter descriptivo transversal cuyo objetivo principal fue identificar la relación que existe entre los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, sometidos a hemodiálisis regular. Se incluyó pacientes atendidos en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica y en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis; la muestra quedó constituida por 30 pacientes a los que se les aplicó una encuesta de 9 preguntas, y que después de tabular y analizar sus resultados determinamos que predomina el sexo masculino con un 60% del total de la población estudiada, en cuanto al grupo de edad, el comprendido entre 40 a 75 años, es el que predomina, comprobando una vez más la vulnerabilidad de esta población respecto de esta enfermedad renal, se demuestra también que el 60% de los pacientes estudiados conviven menos de 2 años con esta patología, y el 73% lleva menos de 2 años en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. El 57% de la población estudiada refiere que su calidad de vida es regular y que a pesar del apoyo psicológico brindado por profesionales (93% de pacientes), y del apoyo familiar (56%); presentan sentimientos negativos, de los cuales, el que predomina es la invalidez, este último contexto lo refieren el 70% de los pacientes, se aclara también que las actividades diarias de la población investigada en el 87% refieren que son muy perturbadas. En cuanto al factor social, el 87% refiere que sí cuenta con los suficientes recursos económicos para solventar su tratamiento, lo que puede justificarse por el apoyo Gubernamental que tienen en la actualidad. Y a su vez, el control de los pacientes con esta patología en el 57%, es realizado por profesionales de la salud. (Pupiales Guamán, 2013)

2.2 Fundamentación Filosófica

Esta investigación se fundamenta en el paradigma crítico-propositivo, el objetivo de la misma será entender la relación que existe en el soporte social y los estilos o estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes que acuden a hemodiálisis, conocer esta relación ayudara a comprender de qué manera se desenvuelven los pacientes identificar conductas des adaptativas, en el trascurso del tratamiento de su enfermedad.

La investigación buscarlas posibles soluciones y alternativas para el mejoramiento del estilo de vida del paciente.

Para la recolección de información se trabajara con los pacientes y el personal de enfermería de la unidad renal, esto ayudará a mejorar la efectividad de la investigación.

El diseño del proyecto será participativo, abierto, flexible y nunca acabado, debido a que esto servirá para seguir incrementando o cambiando ciertos aspectos del proyecto mientras se va descubriendo, verificando o anulando.

Posteriormente la investigación tendrá un predominio del análisis cualitativo, por lo que se utilizarán diferentes técnicas psicológicas para el manejo y la obtención de información como son: la entrevista psicológica, la historia clínica y los reactivos psicológicos o test.

2.3 Fundamentación Legal

La Constitución del Ecuador se compromete a velar por ciertos tipos de derechos a los que todos los ciudadanos podemos acceder, es por eso que se ha dado la importancia necesaria para mantener una calidad de vida justa y digna. En el caso de enfermedades terminales o crónicas estos artículos dentro de la constitución han dado importancia la mantenimiento y acceso a los tratamientos para la enfermedad, logrando que muchos de los recursos sean accesibles para la comunidad.

CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR

ASAMBLEA NACIONAL

Sección séptima

Salud

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

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

Sección séptima: Personas con enfermedades catastróficas

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

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

Parte III

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

TEXTO DE LA CARTA SOCIAL EUROPEA (Turín, 18 de octubre de 1961)

Carta Social Europea.

Turín, 18 de octubre de 1961. Consejo de Europa.

Parte II

Artículo 11. Derecho a la protección de la salud.

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines:

1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente.

2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma.
3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidérmicas, endémicas y otras.

Artículo 12. Derecho a la Seguridad Social.

Para garantizar el ejercicio efectivo al derecho a la Seguridad Social, las partes contratantes se comprometen:

1. A establecer o mantener un régimen de Seguridad Social.
2. A mantener el régimen de Seguridad Social en un nivel satisfactorio, equivalente, por lo menos, al exigido para la ratificación del Convenio Internacional del Trabajo (número 102) sobre normas mínimas de Seguridad Social.
3. A esforzarse por elevar progresivamente el nivel del régimen de Seguridad Social.
4. A adoptar medidas, mediante la conclusión de los oportunos acuerdos bilaterales o multilaterales, o por otros medios, sin perjuicio de las condiciones establecidas en esos acuerdos, encaminadas a conseguir:
 - a) La igualdad de trato entre los nacionales de cada una de las partes contratantes y los de las demás partes en lo relativo a los derechos de Seguridad Social, incluida la conservación de las ventajas concedidas por las leyes de Seguridad Social, sean cuales fueren los desplazamientos que las personas protegidas pudieren efectuar entre los territorios de las partes contratantes.
 - b) La concesión, mantenimiento y restablecimiento de los derechos de Seguridad Social, por medios tales como la acumulación de los períodos de seguro o de empleo completados de conformidad con la legislación de cada una de las partes contratantes.

Artículo 13. Derecho a la asistencia social y médica.

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las partes contratantes se comprometen:

1. A velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de Seguridad Social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado.
2. A velar por que las personas que se beneficien de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales.
3. A disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar.
4. Aplicar las disposiciones mencionadas en los párrafos 1, 2 y 3 del presente artículo, en condiciones de igualdad con sus nacionales, a los de las restantes partes contratantes que se encuentren legalmente en su territorio, conforme a las obligaciones derivadas del Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica, firmado en París el 11 de diciembre de 1953.

Artículo 14. Derecho a los beneficios de los servicios sociales.

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a beneficiarse de los servicios sociales, las partes contratantes se comprometen:

1. A fomentar u organizar servicios que, utilizando los métodos de un servicio social, contribuyan al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad, así como a su adaptación al medio o entorno social.
2. A estimular la participación de los individuos y de las organizaciones benéficas o de otra clase en la creación y mantenimiento de tales servicios.

2.4 Fundamentación Teórica

2.4.1 Categorías fundamentales.

Cabe recalcar que para el estudio de las dos variables expuestas en esta investigación es necesario también conocer de donde provienen y en que ámbitos se encuentran desarrollados con el fin de tener una mayor amplitud para el mejor manejo de las mismas y la mayor cantidad de información para ser utilizada en nuestro medio como una propuesta útil y de fácil acceso para los profesionales y profesionales de la carrera.

Grafico 2.01. Categorías Fundamentales

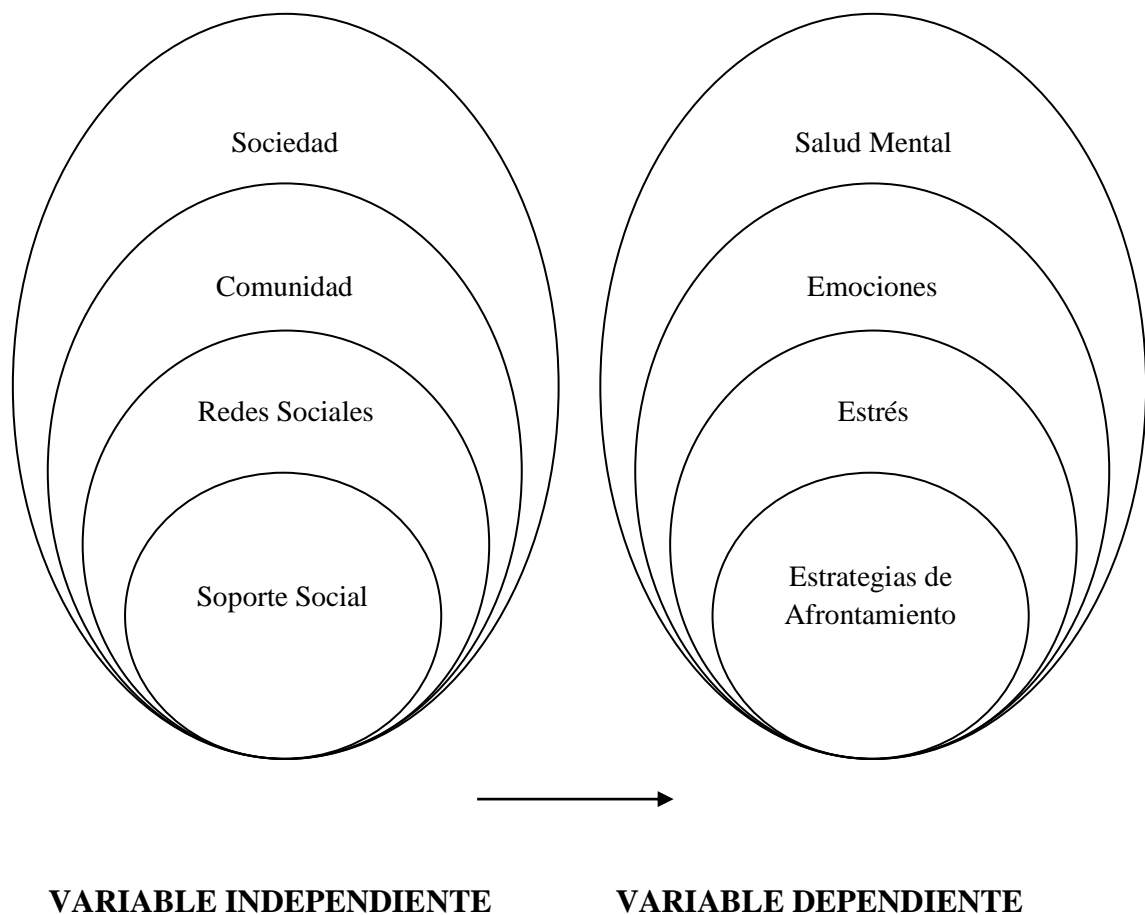


Grafico 1: Categorías Fundamentales

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Variable Independiente

Sociedad

Existen varias definiciones para el concepto de sociedad, tomando en cuenta lo requerido se ha tomado el concepto de Joshep Fichter, que la define así: una sociedad es una colectividad organizada de personas que viven juntas en un territorio común, cooperan en grupos para satisfacer sus necesidades sociales básicas, adoptan una cultura común y funcionan como una unidad social distinta. (Fichter, 1993)

En la misma definición podemos distinguir sus elementos; ellos se dividen en materiales y espirituales.

Se entiende entonces por sociedad un grupo de individuos marcados por una cultura en común, un cierto folklore y criterios compartidos que condicionan sus costumbres y estilo de vida y que se relacionan entre sí en el marco de una comunidad.

Comunidad

Se denomina comunidad a aquel grupo o conjunto que puede estar conformado por personas o animales y que ciertamente comparten una serie de cuestiones como ser el idioma, las costumbres, valores, tareas, roles, estatus y zona geográfica, entre otras.

Natalio Kisnerman: El concepto de comunidad proviene del latín communis, que significa hombres conviviendo juntos en un espacio, compartiendo algo, convivencia, comunicación, unidad. Por lo tanto, podemos en principio decir que es un sistema de relaciones sociales en un espacio definido, integrado en base a intereses y necesidades compartidas. (Buenas tareas, 2012)

Básicamente lo que convierte a una comunidad en tal es la creación de una identidad común, es decir, que todos los integrantes de la misma, sin excepción de ningún tipo, siguiendo y respetando a rajatabla las cuestiones que mencionamos más arriba, lograrán. Entonces, un objetivo en común, como puede ser el logro del

bien común de todos aquellos que componen la comunidad será la identidad de esa comunidad. (Definiciones ABC)

Redes sociales de apoyo

Una definición aceptable de la Red Social es la de un conjunto bien definido de actores- individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, etc. que están vinculados unos a otros a través de una o un conjunto de relaciones sociales. Mitchell añade que las "características de estos lazos como totalidad pueden ser usados para interpretar los comportamientos sociales de las personas implicadas" (Mitchell, 1969.)

Apoyo social

Dar y recibir apoyo de otras personas forman parte de la vida diaria de los individuos. En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.) (Maté, González, & Álv, 2011)

Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social. Las principales son (Gallar, 2006):

a) Redes de apoyo social natural: La familia, amigos y allegados, compañeros de trabajo, vecinos, compañeros espirituales.

Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente.

El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural

precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad.

b) Redes de apoyo social organizado: Organizaciones de ayuda al enfermo, Seguridad Social, empresa para la que se trabaja muchas cuentan con sistemas organizados de ayuda al empleado, instituciones de acogida, organizaciones de voluntariado.

A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos.

Variable Dependiente

Salud mental

La OMS define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2010)

Emociones

Para Lazarus y Lazarus (Lazarus & Lazarus, 1994) las emociones constan de un estado emocional subjetivo, un impulso a actuar, cambios corporales que preparan y mantienen el afrontamiento de la situación desencadenante del estado emocional y un lenguaje corporal que comunica esas emociones a los demás. Siguiendo ese planteamiento, podemos hablar de 3 componentes principales en las emociones:

1. Experiencia (cognitiva) que sirve para adaptarse cognitivamente y matizar las cualidades de las emociones.
2. Cambios neurofisiológicos y endocrinos (físicos) que regulan la intensidad de la emoción y la adaptación fisiológica.
3. Expresión emocional (social). Permiten la adaptación social y la comunicación del estado emocional.

Estrés

Siguiendo la línea teórica de Lazarus, (Lazarus & Folkman, 1986) definen el concepto de estrés refiriéndose a las interrelaciones que se producen entre la persona y su contexto, en el que está inserto. El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal. Por medio se encuentra la evaluación cognitiva que realiza el sujeto; pero además, tiene en cuenta el elemento emocional que conlleva esta situación.

Estrategias de afrontamiento

Según Lazarus y Folkman (Lazarus & Folkman, 1986), las estrategias de afrontamiento constituyen herramientas o recursos que el sujeto desarrolla para hacer frente a demandas específicas, externas o internas. Estos recursos pueden ser positivos al permitirles afrontar las demandas de forma adecuada, o negativos, y perjudicar su bienestar biopsicosocial.

2.5 Hipótesis

El soporte social influye en las estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica.

Hipótesis Nula

El soporte social no influye en las estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica.

2.6 Variables

Variable Independiente:

- Soporte Social

Variable Dependiente:

- Estrategias de Afrontamiento

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

La presente investigación se realizará en el Hospital del IESS

3.1 Enfoque De La Investigación

La investigación a realizarse tendrá una modalidad cuantitativa debido a que se utilizaran los datos obtenidos por los reactivos psicológicos escogidos para cada variable, los cuales no dan lugar a la subjetividad alguna, sino que proporcionan resultados cuantificables medibles y comprobables, debido a la validez y confiabilidad de los reactivos psicológicos.

3.2 Modalidad De La Investigación

Se realizara una investigación de campo, acudiendo a la Unidad Renal del Hospital del IESS Ambato, para recolectar la información mediante test y entrevistas estructuradas, además de las historias clínicas respectivas de los pacientes.

3.3 Tipo De Investigación

Para la presente investigación se realizara una investigación correlativa, para determinar el modo en el que la variable independiente de soporte social, se relaciona con la variable dependiente que son los estilos o estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con insuficiencia renal crónica. Se pretenderá establecer la causa efecto de las variables.

3.4 Población Y Muestra

3.4.1 Población

La población total con la que se realizara la investigación es de 50 pacientes diagnosticados con insuficiencia renal, que acuden a realizarse las hemodiálisis en el Hospital Del IESS en la ciudad de Ambato.

Población incluyente: 45 pacientes que acuden a realizarse hemodiálisis en los horarios establecidos por la dirección técnica del Hospital del IESS

Población Excluyente: Se excluyeron 5 pacientes a los cuales se impedía tomar el test debido a problemas externos, como el estado actual de los mismos mientras estaban conectados a la máquina mientras se realizaban la hemodiálisis, o por la falta de comprensión de las preguntas.

En total el número de pacientes es de: 50 pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica.

3.4.2 Muestra

No se procederá a tomar una muestra específica, se trabajará con toda la población incluyente.

Operacionalización De Variables

Variable Independiente: Soporte Social

Cuadro 3.01. Descripción de indicadores básicos en torno al Soporte Social

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e Instrumentos
El soporte social es la información, ayuda material o instrumental y apoyo emocional que se recibe de una red recíproca de vínculos sociales, dentro de un marco de aceptación, comunicación y obligación mutua, con la finalidad de amortiguar los efectos adversos de un evento estresante.	Se compone de 20 ítems, salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5. La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. Los 19 ítems restantes recogen valores referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional.	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción Íntima. • Apoyo emocional/informacional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19). • Apoyo instrumental (preguntas 2, 5, 12 y 15). • Interacción social positiva (preguntas 7, 11, 14 y 18). • Apoyo afectivo (preguntas 6, 10 y 20). 	<p>¿Qué tipo de soporte social reciben los pacientes?</p> <p>¿Cómo les ayudan a los pacientes las redes de apoyo con las que cuentan?</p> <p>¿Cuál es el tipo de soporte social que más beneficia a los pacientes?</p>	<p>▪Test:</p> <p>Se utilizara el Cuestionario MOS (Social Support Survey), desarrollado por Sherbourne y Steward en 1991, el cual permite evaluar el soporte social.</p>

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Variable dependiente: Estrategias de Afrontamiento

Cuadro 3.02. Descripción de indicadores básicos en torno a las Estrategias de Afrontamiento

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e Instrumentos
<p>Las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que se despliegan con la finalidad de encarar las demandas internas y externas evaluadas como excedentes y desbordantes de los recursos del individuo</p>	<p>Está compuesto por 40 ítems, presenta una estructura jerárquica de ocho estrategias primarias. Cuatro estrategias secundarias y dos estrategias terciarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución de problemas: • Reestructuración cognitiva. • Apoyo social. • Expresión emocional. • Evitación de problemas. • Pensamiento desiderativo. • Retirada social. • Autocrítica. 	<p>¿Cuáles son los estilos o estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con IRC?</p> <p>¿Cuáles son las estrategias que prevalecen?</p>	<p>Test: Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (Coping Strategies Inventory), el cual permite evaluar las estrategias de afrontamiento que utiliza la gente ante eventos estresantes.</p>

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

3.5 Técnicas e Instrumentos

Se utilizarán baterías de tests encaminadas a determinar de una manera objetiva y estandarizada los resultados de las variables, para lo cual se utilizarán los siguientes instrumentos:

A) Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (Coping Strategies Inventory). Se utiliza el cuestionario adaptado al español por (Cano, Rodríguez, & García, 2007) del instrumento creado por Tobin et al. (1989). La escala se compone de 40 ítems que se responden en una escala Likert de 5 puntos desde 0=En absoluto hasta 4=Totalmente. El CSI mide 8 estrategias distintas.

El CSI está compuesto por 40 ítems, presenta una estructura jerárquica de ocho estrategias primarias. Las cuatro estrategias secundarias y dos estrategias terciarias, se toman en cuenta únicamente de forma empírica sin afectar los resultados finales de la calificación del inventario. La persona comienza por describir detalladamente la situación estresante.

Las ocho escalas primarias son:

1. Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
2. Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
3. Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
4. Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
5. Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
6. Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.

7. Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.

8. Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpción y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias:

1. Manejo adecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado.

2. Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante.

3. Manejo inadecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.

4. Manejo inadecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpción.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias:

1. Manejo adecuado: incluye las subescalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante.

2. Manejo inadecuado: incluye las subescalas Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

B) Cuestionario M.O.S. para investigar apoyo social (MOS)

El cuestionario MOS (Social Support Survey) fue desarrollado por Sherbourne y Steward en 1991 para su utilización en pacientes en pacientes de Atención Primaria. Tiene la ventaja de estar más orientado hacia elementos estructurales del apoyo social, y no solamente funcionales, y de incluir una primera pregunta sobre el tamaño de la red social. (L de la Revilla & Fleitas, 2005)

El cuestionario MOS se compone de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5.

La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. Los 19 ítems restantes recogen valores referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional, distribuidos de la siguiente manera:

Apoyo emocional/informacional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19).

Apoyo instrumental (preguntas 2, 5, 12 y 15).

Interacción social positiva (preguntas 7, 11, 14 y 18).

Apoyo afectivo (preguntas 6, 10 y 20).

Índice de apoyo social global: Se obtiene sumando los 19 ítems. La pregunta número 1 no cuenta dentro de la suma ya que sirve solo para referencia del número de personas con las que cuenta el entrevistado.

Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares)

b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos;

c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo.

d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales divertirse o des estresarse.

e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto.

C) Historia clínica

Para obtener una base de datos de los pacientes y obtener la información necesaria, se realizara una historia clínica de cada paciente, la misma que constara de los siguientes parámetros:

Se encuentra dividida en 6 áreas con categorías que incluyen respuestas abiertas y cerradas de diferente opción.

Las áreas incluyen:

- Datos personales (4 ítems): considera aspectos tales como nombre, edad, fecha de evaluación y fecha y lugar de nacimiento. El nombre del paciente se reservará, y se utilizara únicamente para la finalidad de recolección de datos de la investigación.
- Datos demográficos (4 ítems): considera aspectos tales como sexo, estado civil, nivel educativo, lugar de procedencia.
- Datos médicos (1 ítems): considera el tiempo del diagnóstico.
- Composición familiar (1 ítem): considera con qué personas vive el paciente.
- Actividad laboral y Manutención (1 ítems): considera el tipo de actividad laboral que realiza el entrevistado.

3.6 Procesamiento de la Información

La forma en que se alcanzaran los objetivos planteados en la investigación se realizara mediante la aplicación de la historia clínica, posteriormente el cuestionario de estimación de afrontamiento (CSI) y el Test MOS en ese orden.

Se contara con la colaboración del personal de enfermería que atienden en la Unidad Renal para programar las entrevistas que se realicen con cada paciente.

Objetivo 1

1. Examinar los estilos y las estrategias de afrontamiento de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal, en la unidad renal del Hospital IESS.

Mediante la entrevista se aplicará el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento COPE, elaborado por Carver, Scheir y Weintraub en 1989, el cual permite evaluar las formas o estilos de afrontamiento que utiliza la gente ante eventos estresantes. Está compuesto de 52 ítems, contiene trece subescalas, correspondientes a los trece estilos de afrontamiento propuestos, agrupados de la siguiente manera:

A. Estilos de afrontamiento que se centran en el problema

B. Estilos de afrontamiento que se centran en la emoción

C. Otros estilos de afrontamiento. Cubre las siguientes estrategias:

Se procederá a calificar y tabular las respuestas del Test aplicado, para obtener los resultados.

Objetivo 2

2. Identificar el soporte social que tienen los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal en la unidad renal del Hospital IESS.

Mediante la aplicación el Test MOS, el cual permite evaluar el soporte social. Elaborado por Manuel Barrera en 1981, está compuesto de 32 ítems, consta de

cuatro índices separados que indican: tamaño de redes percibidas, redes efectivas, satisfacción y necesidad de soporte.

Se procederá a calificar y tabular las respuestas del Test aplicado, para obtener los resultados.

Objetivo 3

3. Determinar las diferencias entre los estilos y las estrategias afrontamiento y el soporte social de un grupo de pacientes diagnosticados con IRC considerando ciertas variables sociodemográficas (sexo, lugar de procedencia, lugar de residencia, tiempo del diagnóstico, tipo de tratamiento, cambio de tratamiento y comorbilidad).

Se realizara las historias clínicas de cada paciente, para conocer su psicoanamnesis familiar, social, familiar, de pareja, laboral, enfermedad

Con los datos de ambas variables se realizará una tabla de contingencia y se calculara la prueba chi cuadrado para determinar si existe relación entre estas

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis de Resultados de las variables sociodemográficas

Para el desarrollo del análisis descriptivo de los resultados preliminares que se realizó en una muestra de 45 voluntarios de este estudio. Se procedió a la interpretación de los resultados de las variables sociodemográficas que fueron: la edad, la composición familiar, el sexo, el estado civil, el tiempo del diagnóstico y el nivel educativo.

La presentación de los resultados se lo hace con la media aritmética (M) y la desviación estándar (Ds) en el caso de las variables discretas (edad y composición familiar), mientras que para las variables nominales (sexo, estado civil, tiempo de diagnóstico y nivel educativo) los resultados se muestran con las frecuencias (f) y la representación porcentual de la misma (%). En el caso de variables nominales se utilizó la prueba Ji Cuadrado (X^2) para identificar la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas (Ver cuadro 4.01).

Cuadro 4.01.**Análisis de resultados de las variables sociodemográficas**

Variables	Media	Ds	Contraste
Edad	54,88	15,4%	
Composición familiar	3,7	2,9%	
	Frecuencia	Porcentaje	X²
Sexo			
Femenino	13	28,9%	8.002*
Masculino	32	71,1%	
Estado civil			
Soltero(a)	7	15,6%	29.578***
Casado(a)	27	60,0%	
Divorciado(a)	6	13,3%	
Viudo(a)	5	11,1%	
Tiempo de diagnóstico			
De 1 a 6 meses	4	8,9%	21.111**
De 6 meses a 1 año	9	20,0%	
De 1 a 3 años	15	33,3%	
De 3 a 5 años	9	20,0%	
De 5 a 7 años	3	6,7%	
De 7 a 9 años	3	6,7%	
De 11 años o más	2	4,4%	
Nivel educativo			
Primaria	16	35,6%	10.2
Secundaria	16	35,6%	
Técnico	3	6,7%	
Universitaria	10	22,2%	

Nota: * $p < ,05$; ** $p < ,005$; *** $p < ,001$.

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Análisis:

Los resultados de las variables sociodemográficas muestran que la media de la edad de los participantes evaluados fue de 54,88 años en promedio, la composición familiar de los participantes fue 3,7 integrantes por familia. La distribución por el sexo estuvo compuesto del 71,1% por hombres y el 28,9% por mujeres (Ver gráfico 4.01), además se encontraron diferencias estadísticamente significativas $X^2 = 8,002$; $p < ,05$. Con respecto a la variable estado civil (Ver gráfico 4.02) el 15,6% fueron solteros, el 60% casados, el 13,3% divorciados y el 11,1% fueron viudos; la prueba Ji Cuadrado $X^2 = 29,578$; $p < ,001$ mostró que existieron diferencias estadísticamente significativas.

Interpretación:

El número de los integrantes de la familia en Ecuador es de 3,8 integrantes (INEC, Tamaño de los hogares ecuatorianos, 2010) lo cual se ve reflejado en el resultado encontrado en el número de integrantes de las familias de los pacientes en el presente estudio. Con el tiempo las familias ecuatorianas han reducido su número de integrantes lo que se entiende también como un menor número de apoyo social, sin que esto sea relativo con el apoyo emocional que reciben los pacientes.

La variable que se refiere al tiempo de diagnóstico (ver gráfico 4.03) evidenció que el 8,9% tiene un diagnóstico entre 1 a 6 meses, el 20% entre 6 meses y un año; el 33,3% entre uno y tres años, el 20% entre tres y cinco años, el 6,7% de cinco a siete años, el 6,7% de siete a nueve años y el 4,4% de once años o más. En relación al nivel educativo (ver gráfico 4.04) el 35,6% tiene estudios primarios, el 35,6% estudios secundarios, el 6,7% estudios técnicos y el 22,2% formación universitaria. Los resultados de la prueba Ji Cuadrado $X^2= 10,2$; $p> ,05$ no mostraron la existencia de diferencias estadísticamente significativas.

Cuadro 4.02.
Análisis de resultados de las variables por sexo

SEXO			
Femenino	13	28,9%	8.002*
Masculino	32	71,1%	

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Análisis:

En la investigación participan 13 mujeres que representan el 28,9%, y 32 hombres que representan el 71,1% de la población total.

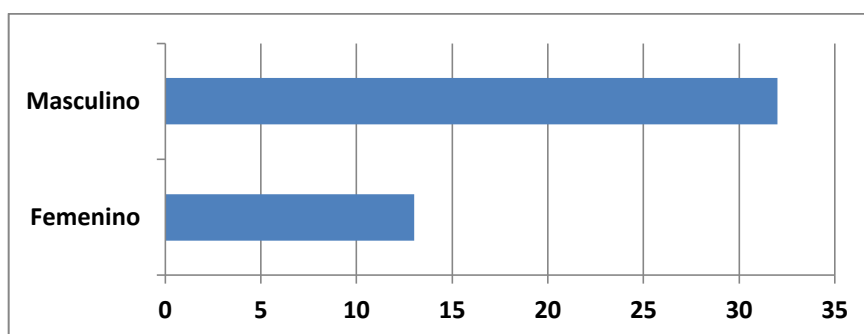


Gráfico 4.02. Representación gráfica de la distribución de los participantes por sexo. El sexo masculino predomina por el femenino y se encontraron diferencias significativas.

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

El gráfico 4.02 muestra que existe una mayor predominancia del sexo masculino con respecto al femenino entre los participantes del estudio.

Interpretación:

En comparación con la población del Ecuador, el sexo masculino es superior en comparación al femenino en lo que respecta a enfermedades catastróficas, específicamente sobre la insuficiencia renal con un total de 5.886 pacientes siendo 3.171 hombres y 2.715 mujeres (INEC, 2011). Lo cual explica la presencia de un mayor número de pacientes hombres en las observaciones registradas en la presente investigación.

Cuadro 4.03.
Análisis de resultados de las variables por estado civil

Estado civil			
Soltero(a)	7	15,6%	
Casado(a)	27	60,0%	29.578***
Divorciado(a)	6	13,3%	
Viudo(a)	5	11,1%	

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Análisis:

De los pacientes 7 son solteros que representan el 15,6%; 27 son casados representan el 60,0%; 6 son divorciados representan el 13,3%; y 5 son viudos representando el 11,1%.

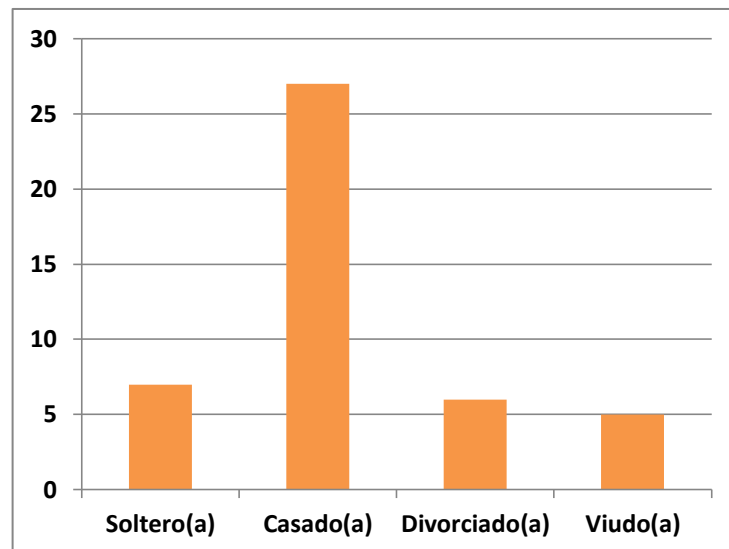


Gráfico 4.03. Representación gráfica de la distribución de los participantes según el estado civil. El estado civil casado(a) predomina por el resto y se encontraron diferencias significativas.

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

El gráfico 4.03 evidencia un mayor predominio de los participantes con estado civil de casados y casadas, en segunda posición se colocan los solteros y las solteras, le siguen los divorciados y divorciadas y finalmente los viudos y viudas.

Interpretación:

El promedio de parejas casadas en Ecuador es predominante en lo que refiere al estado conyugal, lo que muestra un apoyo emocional proporcional al apoyo social, ya que los pacientes es su mayoría son casados.

Cuadro 4.04.
Análisis de resultados de las variables por diagnóstico
Tiempo de diagnóstico

De 1 a 6 meses	4	8,9%	
De 6 meses a 1 año	9	20,0%	
De 1 a 3 años	15	33,3%	
De 3 a 5 años	9	20,0%	21.111**
De 5 a 7 años	3	6,7%	
De 7 a 9 años	3	6,7%	
De 11 años o más	2	4,4%	

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Análisis:

De acuerdo al tiempo de diagnóstico se encontró que: 4 pacientes tienen diagnóstico de 1 a 6 meses representado el 8,9%; de 6 meses a un año 9 pacientes, representando el 20,0%; de 1 a 3 años 15 pacientes representando el 33,3%; de 3 a 5 años 9 pacientes, representando el 20,0%; de 5 a 7 años 3 pacientes, representado el 6,7%; de 7 a 9 años 3 pacientes representando el 6,7%; y por ultimo diagnóstico de 11 años o más 2 pacientes replantando el 4,4% en la investigación.

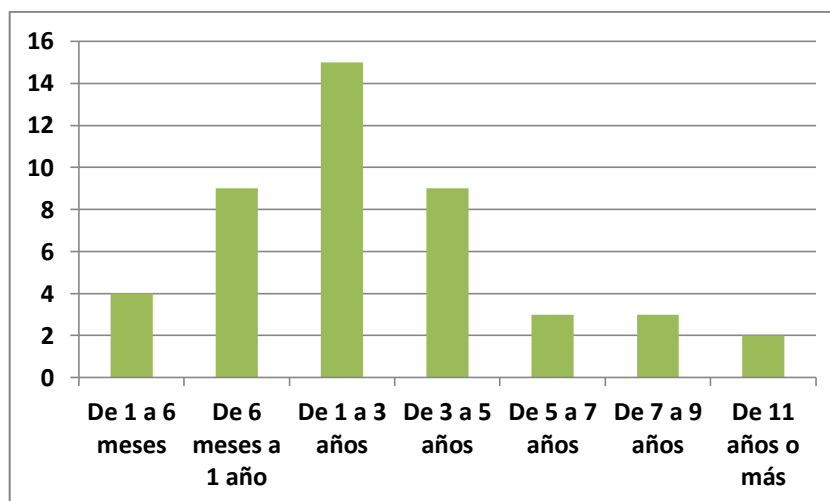


Gráfico 4.04. Representación gráfica de la distribución de los participantes según el tiempo de diagnóstico. El tiempo de diagnóstico entre uno a tres años predomina por el resto y se encontraron diferencias significativas.

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

El gráfico 4.04 evidencia un predominio de los participantes con diagnóstico de uno a tres años, le siguen aquellos que tienen diagnóstico de seis meses a un año y de tres a cinco años. Luego aquellos diagnósticos entre uno y seis meses.

Interpretación:

La predominancia del diagnóstico de 1 a 3 años, se ve influenciado en gran parte por la etapa de aceptación por la que están cursando los pacientes, ya que tienden a rechazar el tratamiento por hemodiálisis por un periodo de tiempo, entendiéndose a este fenómeno como la etapa de negación y miedo. Los pacientes no consideran la hemodiálisis como su primera opción ya que es una realidad catastrófica aceptar la intervención de la máquina para mantener su salud y por lo tanto una vida normal, cuando se ha accedido al tratamiento por hemodiálisis los pacientes experimentan un estado afectivo denominado “estado psíquico de uremia terminal” que consiste en la vivencia de todos los trastornos psicológicos, a producto del alto nivel de uremia, a saber, déficit de concentración, apatía, insomnio, irritabilidad, agitación, tristeza, ansiedad, disminución en el interés sexual y cambios de personalidad que pueden llegar incluso a cuadros psicóticos. (Hidalgo, 1997). Síntomas de depresión y ansiedad están relacionados con la IRC con la eventual aceptación de la hemodiálisis. Estos síntomas pueden ser intensos

y durar desde meses hasta los años. Por lo tanto se puede explicar de mejor manera el número de pacientes que tienen predominancia en la investigación.

Cuadro 4.04.
Análisis de resultados de las variables por nivel educativo

Nivel educativo			
Primaria	16	35,6%	10.2
Secundaria	16	35,6%	
Técnico	3	6,7%	
Universitaria	10	22,2%	

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Análisis:

Se encuentra en el nivel educativo que 16 pacientes tienen estudios primarios representando el 35,5%; 16 pacientes tienen estudios secundarios, representando el 35,5%; 3 pacientes tienen estudios técnicos, representado el 6,7%; y 10 pacientes tienen estudios universitarios, representando el 22,2%.

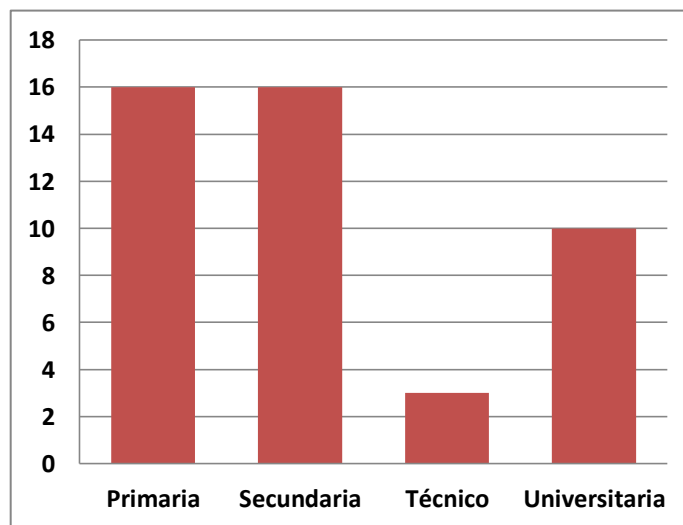


Gráfico 4.04. Representación gráfica de la distribución de los participantes según el nivel de escolaridad. Predominan quienes tienen estudios primarios y secundarios.

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

El gráfico 4.04 evidencia un predominio de los participantes con estudios terminados en primaria y secundaria, le siguen aquellos con formación universitaria y finalmente los de nivel técnico.

Interpretación:

El nivel educativo de los pacientes se encuentra distribuido de igual forma en el nivel primario y secundario, tomando en cuenta la edad media de los pacientes este cuadro se puede explicar de mejor manera, siendo de 54 años. Las condiciones socio económicas de antes eran distintas a la de la actualidad.

En el plano psicológico esta predominancia puede ser un factor que intervenga en la psi coeducación que reciben los pacientes respecto a la enfermedad y a los cuidados que deben tener.

4.2 Análisis de los Resultados obtenidos en la evaluación del apoyo social

4.2.1 Análisis descriptivos de los resultados del Cuestionario MOS

El cuestionario MOS de apoyo social comprende una escala de 20 ítems, dividida en cuanto factores: a. Apoyo emocional/informacional, 7 ítems (Máx: 35 puntos; Min: 7 puntos), b. Apoyo instrumental, 4 ítems (Máx: 20 puntos; Min: 4 puntos), c. Interacción Social Positiva, 4 ítems (Máx: 20 puntos; Min: 4 puntos) y d. Apoyo afectivo, 3 ítems (Máx: 15 puntos; Min: 3 puntos). La puntuación global de apoyo social se realiza con 19 ítems (Máx: 95 puntos; Min: 19 puntos).

Los resultados obtenidos tras la evaluación de los 45 casos (n) son representados a través de los estadísticos descriptivos de tendencia central como la Media (M), la Mediana (Me) y el Error típico de la Media (Em) así como un estadístico de dispersión como es la Desviación Estándar (Ds).

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la evaluación de los 45 casos en función de los cuatro indicadores y el puntaje global y con los respectivos estadísticos descriptores (Ver cuadro 4.05).

Cuadro 4.05.**Análisis descriptivo de los resultados del Cuestionario MOS de apoyo social**

Indicadores	Media		Desv. típ.	Mediana
	Estadístico	Error típico	Estadístico	
Apoyo emocional/informacional	31,67	1,01	6,8	33
Apoyo instrumental	16,40	,50	3,38	17
Interacción social positiva	16,42	,46	3,09	17
Apoyo afectivo	12,02	,45	3,04	13
Total Soporte	75,36	2,15	14,4	78

Nota: $n = 45$ casos.

Fuente: Cuestionario MOS (1991)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

En el indicador de Apoyo Social se obtuvieron los siguientes resultados: la media y la desviación estándar fue de $M = 31,67$; $Ds = 1,01$; además la mediana correspondió $Me = 33$. En el caso del indicador Apoyo instrumental, los resultados obtenidos fueron: $M = 16,4$; $Ds = 3,38$. En el indicador Interacción social positiva se obtuvo: $M = 16,42$; $Ds = 3,09$. Para el caso del indicador Apoyo afectivo los resultados fueron $M = 12,02$; $Ds = 3,04$. Finalmente en el puntaje global de soporte los resultados que se obtuvieron $M = 75,36$; $Ds = 14,4$ (Ver gráfico 4.05).

Interpretación:

La red de apoyo con la que cuentan los pacientes son relativas al apoyo social que reciben, en primera instancia la familia comprende el elemento más significativo dentro del reconocimiento de apoyo social. Tomando en cuenta también el factor de la edad de los pacientes, se puede entender de mejor manera la estabilidad social que perciben, ya que tienen estructurado su sistema social.

Investigaciones han demostrado la importancia que tiene la familia dentro de procesos de enfermedades crónicas, tratándose de la IRC, en donde se pone de manifiesto la relación entre apoyo social recibido y el funcionamiento familiar en pacientes tratados con hemodiálisis, donde esta relación resultó altamente significativa. Dentro de este análisis se determinó que mientras más disfuncional era la familia, más bajo era el apoyo percibido por los pacientes. (Valdés, 2003)

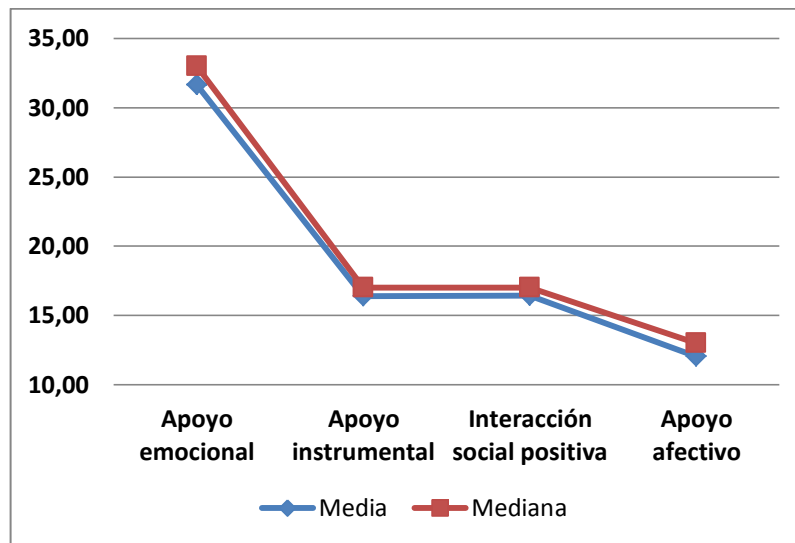


Gráfico 4.05. Representación de los Indicadores del apoyo social a través de las medias y comparación con la mediana de los casos evaluados.

Fuente: Cuestionario MOS (1991)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

El gráfico 4.05 muestra que todos los indicadores correspondientes al apoyo social se encuentran por debajo de la mediana, es decir, que los resultados generales de la muestra se encuentran por debajo del 50% del total de los puntajes obtenidos durante la evaluación.

Interpretación:

De acuerdo con los valores correspondientes del test MOS, podemos decir lo siguiente:

El apoyo emocional/informacional ha obtenido resultados más altos, lo que quiere decir entonces que los pacientes perciben un mayor soporte en aspectos como consejos, orientación profesional referente a la enfermedad. Los pacientes cuentan con profesionales que les dan las pautas necesarias para llevar un mejor estilo de vida, percibiendo también un sentido de pertenencia ya que al estar afiliados al seguro social, gozan de ciertos beneficios, reduciendo así también factores de estrés en aspectos económicos, lo que se relaciona con el apoyo instrumental directamente.

La interacción social positiva tiene un valor adecuado en la interpretación, este ítem hace referencia a las personas con las cuales el paciente puede contar para realizar actividades recreativas, el resultado muestra que los pacientes perciben a estas personas dentro de los integrantes de su familia, por lo tanto percibirán de igual forma el apoyo afectivo, como muestras de preocupación por su estado de salud, cariño, comprensión, disponibilidad de tiempo para ser escuchados. Reforzando así el apoyo social percibido.

4.2.2 Diferencias por sexo en el cuestionario MOS

A fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los resultados del cuestionario MOS se procedió a separar al conjunto de casos evaluados (n= 45) de acuerdo a su distribución por sexo: masculino (n1= 13) y femenino (n2= 32) y a representar los resultados obtenidos según el sexo con respecto a la Media y la Desviación Estándar. Para la verificación de diferencias entre las medias se utilizó la Prueba *t de student* (*t*) y comprobar si existe significancia estadística entre las diferencias (ver cuadro 4.06).

Cuadro 4.06.
Diferencias por sexo del Cuestionario MOS de apoyo social

<i>Indicador</i>	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>		<i>t de student</i>
	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	
Apoyo emocional	31,3125	6,99971	32,5385	6,46291	,544
Apoyo instrumental	16,1875	3,42135	16,9231	3,35315	,657
Interacción social positiva	16,0938	3,44879	17,2308	1,83275	1,121
Apoyo afectivo	12,0313	2,97825	12,0000	3,31662	-,031
Total Soporte	73,6087	14,97191	74,7500	13,01373	,191

Nota: * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001.

Fuente: Cuestionario MOS (1991)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Los resultados de la comparación por sexo mostraron que en todos los indicadores del apoyo social y en la puntuación global no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Ver gráfico 4.07).

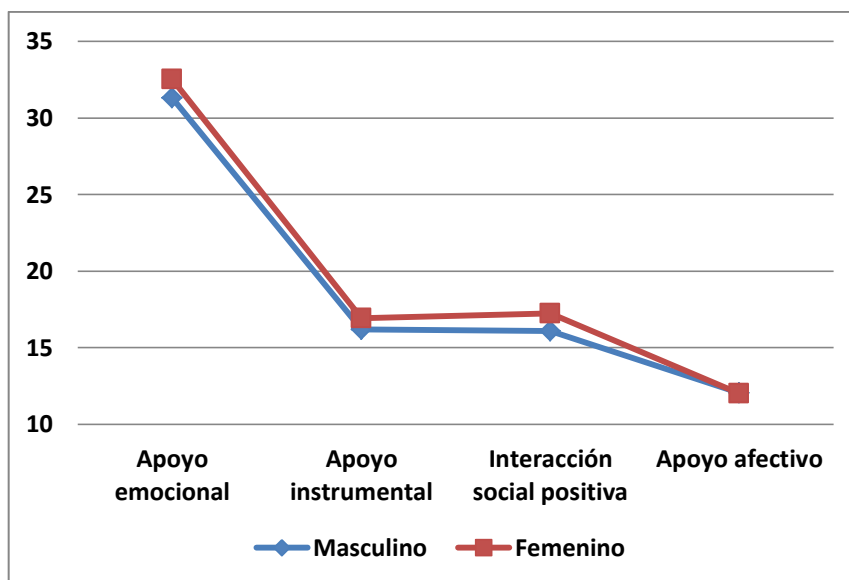


Gráfico 4.07. Representación de las medias de cada uno de los indicadores del cuestionario MOS comparado por sexo.

Fuente: Cuestionario MOS (1991)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

El gráfico 4.07 mostró que los resultados del sexo femenino son ligeramente superiores a los resultados del sexo masculino aunque éstos no son estadísticamente significativos.

Interpretación:

Se puede establecer una diferencia en la forma en que las mujeres perciben el soporte social de su entorno. El análisis de estos resultados puede deberse en gran parte a la forma en que las mujeres expresan su emocionalidad ya que es socialmente aceptado que una mujer se muestre más sensible, afectada o triste a diferencia de los hombres, a los que se les está restringida más la expresión de emociones y afecto. Podemos observar también que las mujeres tienen más a la interacción social positiva, lo que significa tener la disponibilidad de compartir tiempo con otras personas, esto se entiende de forma clara si se tiene en cuenta el contexto social de las familias y de la edad promedio de los pacientes, suponiendo más estabilidad social. En lo que respecta al apoyo emocional, las mujeres se muestran receptivas a la información pertinente para los cuidados de la enfermedad.

El factor de apoyo afectivo es percibido de igual forma por hombres y mujeres, lo que nos demuestra apertura para brindar y recibir muestras de preocupación y cariño por sus redes sociales, tomando en cuenta la situación de salud en la que se encuentran, tornándolos más vulnerables al medio externo, utilizan de manera constante este medio para sentirse apoyados.

4.2.3 Análisis de consistencia interna del cuestionario MOS

La consistencia interna comprende un proceso de verificación de la fiabilidad del instrumento utilizado para la evaluación general de la muestra (n= 45 casos). Dicho proceso comprende la utilización del coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach (α) para identificar el grado de consistencia interna de cuestionario en general así como de cada uno de sus factores (Ver cuadro 4.08).

Cuadro 4.08.

Análisis de Consistencia interna del Cuestionario MOS de apoyo social

Indicadores	Ítems	Alpha Estadístico	Ítem retirado	Alpha Estadístico
Apoyo emocional	7 ítems	,760	-	,760
Apoyo instrumental	4 ítems	,557	5	,624
Interacción social positiva	4 ítems	,483	-	,483
Apoyo afectivo	3 ítems	,563	19	,604
Total Soporte	19 ítems	,884	-	,884

Nota: n = 45 casos.

Fuente: Cuestionario MOS (1991)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Los resultados del análisis de fiabilidad muestra que en el indicador Apoyo Emocional con siete ítems se obtuvo un $\alpha = ,760$; lo que quiere decir que su consistencia interna es mediana. En el caso del indicador Apoyo Instrumental con cuatro ítems se obtuvo un $\alpha = ,557$; lo que se traduce que su consistencia interna es baja. En lo que respecta al indicador llamado Interacción Social Positiva con cuatro ítems, el resultado fue de $\alpha = ,483$; que muestra una consistencia interna baja. Para el indicador Apoyo Efectivo con tres ítems los resultados de la fiabilidad mostraron un valor de $\alpha = ,563$; esto muestra un grado bajo de fiabilidad. Finalmente en el caso del Soporte Total con todos los 19 ítems evaluados, los resultados de la evaluación de consistencia interna reflejaron un $\alpha =$

,884; que se traduce que de manera general y en conjunto el cuestionario MOS cuenta con una fiabilidad alta.

Interpretación:

El cuestionario MOS de apoyo social ha sido utilizado en varios estudios con pacientes enfermos, ya que es uno de los test especializados en medir las necesidades sociales en esta área de la salud. Ha sido validado en diferentes países como Argentina (Rodríguez, 2007), quienes validaron el instrumento con 375 participantes. El estudio consideró que el cuestionario MOS era un instrumento válido y confiable para tener una visión multidimensional del apoyo social y que tenía aplicabilidad para detectar situaciones de riesgo social.

En Portugal la valoración fue realizada por Alonso, Montes, Menéndez y Graça (2007), con una muestra de 101 pacientes con enfermedades crónicas de un centro de salud rural. En la investigación se concluyó que el cuestionario MOS versión Portuguesa contaba con buenas propiedades psicométricas para medir y evaluar los aspectos multidimensionales del apoyo social en población portuguesa.

4.2.4 Distribución de los resultados del MOS de acuerdo al punto de corte

Las categorías de interpretación de los puntajes del MOS dividen los resultados en dos. Los puntajes que se encuentran por encima del punto de corte (57 puntos) que denotan una presencia de soporte social y los puntajes que se encuentran por debajo del punto que manifiestan una baja presencia de soporte social.

Los resultados a continuación se muestran representados por las frecuencias esperadas en cada categoría y la representación porcentual de las frecuencias.

La prueba de contraste se la hará a través del estadístico Ji Cuadrado (X^2) el modelo teórico manifiesta una mayor presencia de observaciones sobre el punto de corte, es decir con presencia de apoyo social y una menor proporción bajo el punto de corte, es decir con baja presencia de apoyo social (H_0) (Ver cuadro 4.09).

Cuadro 4.09.

Distribución de los resultados de MOS de acuerdo a los puntos de corte

Punto de corte	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia esperada	Contraste X^2
Sobre el punto de corte	40	88,9%	36	(1)2,222
Bajo el punto de corte	5	11,1%	9	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Fuente: Cuestionario MOS (1991)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Los resultados de la evaluación mostraron que el 88,9% de las observaciones se encontraron por el encima del punto de corte, es decir que referencian presentar una considerable presencia de soporte social que los acompaña. El 11,1% de las observaciones se encontraron por debajo de corte, es decir que existe percepción de parte de los participantes de baja presencia de soporte social. La prueba de contraste a través del Ji Cuadrado mostró $X^2(1) = 2,222$; $p > ,05$ no se pudo rechazar la hipótesis nula por lo tanto frecuencia obtenida coincide con el modelo teórico esperado (Ver gráfico 4.10).

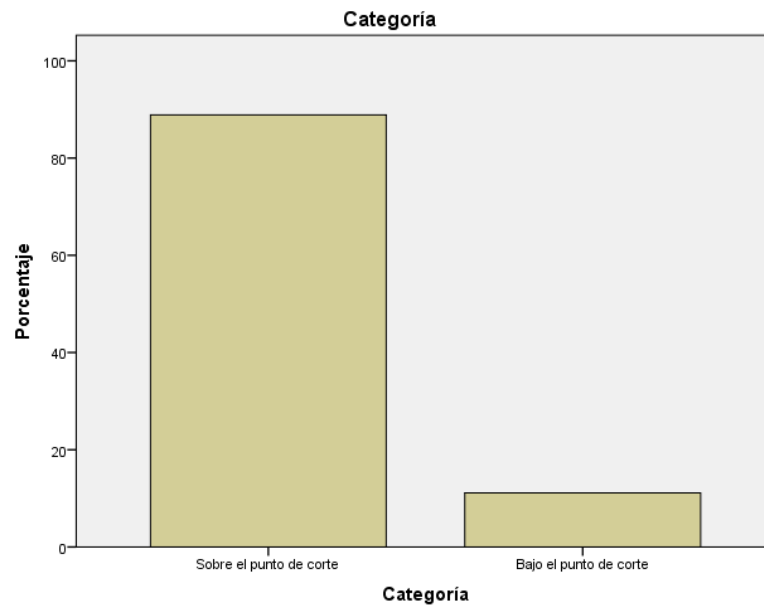


Gráfico 4.10. Distribución de las observaciones en relación a la posición que toma al punto de corte establecido.

Fuente: Cuestionario MOS (1991)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Se evidencia una presencia marcada de observaciones por encima del punto de corte, con lo que se puede corroborar que los participantes cuentan con marcada presencia de soporte social.

Interpretación:

De acuerdo con los datos obtenidos anteriormente en el test podemos constatar que los pacientes perciben un apoyo social adecuado para su desenvolvimiento social, esto se debe en gran parte a factores como: la familia, de quienes perciben además apoyo afectivo y pueden tener una interacción social positiva; la afiliación al seguro social es otro punto a favor con el que cuentan los pacientes ya que remarcan su sentido de pertenecía, coinciden con otras personas que están pasando por su misma situación emocional, al igual que de salud. Su red social también la conforman las enfermeras que los atienden tres veces por semana y con las cuales aprenden a desarrollar empatía, ya que las mismas se muestran atentas a sus necesidades físicas mientras se realizan la hemodiálisis. A diferencia de la diálisis peritoneal en la que el paciente tiene que aprender una secuencia de pasos para poder realizarlo, en la hemodiálisis se cuenta con ayuda especializada lo que hace que el sentido de peligro y riesgo disminuya en los pacientes.

4.3 Análisis de los resultados obtenidos en la evaluación de las estrategias de afrontamiento

4.3.1 Análisis descriptivos de los resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

El inventario de estrategias de afrontamiento comprende una escala de 40 ítems, dividida en ocho factores, cada una con cinco ítems (Máx: 20 puntos; Mín: 5 puntos): a. Resolución de problemas (REP), b. Autocrítica (AUT), c. Expresión emocional (EEM), d. Pensamiento desiderativo (PSD), e. Apoyo Social (APS), f. Reestructuración cognitiva (REC), g. Evitación de problemas (EVP), h. Retirada social (RES). La puntuación global de estrategias de afrontamiento se realizó con los 40 ítems.

Los resultados obtenidos tras la evaluación de los 45 casos (n) son representados a través de los estadísticos descriptivos de tendencia central como la Media (M), la Mediana (Me) y el Error típico de la Media (Em) así como un estadístico de dispersión como es la Desviación Estándar (Ds).

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la evaluación de los 45 casos en función de los ocho indicadores y el puntaje global y con los respectivos estadísticos descriptores (Ver cuadro 4.11).

Cuadro 4.11. Análisis descriptivo de los resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Indicadores	Media		Desv. típ. Estadístico	Mediana
	Estadístico	Error típico		
REP	16,22	,53	3,57	17
AUC	13,47	,85	5,71	15
EEM	14	,66	4,42	15
PSD	15,84	1,05	7,07	16
APS	13,82	1,18	7,88	13
REC	15,51	,61	4,06	17
EVP	12,8	,65	4,36	13
RES	13,48	,79	5,27	15
GLOBAL	113,02	3,14	20,84	116

Nota: $n = 45$ casos.

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (1989)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

En el indicador de REP se obtuvieron los siguientes resultados: la media y la desviación estándar fue de $M= 16,22$; $Ds= 3,57$. En el caso del AUC, los resultados obtenidos fueron: $M= 13,47$; $Ds= 5,71$. En lo que respecta a EEM se obtuvo $M= 14$; $Ds= 4,42$. En lo que respecta al PSD los resultados obtenidos fueron $M= 15,84$; $Ds=7,07$. En el indicador APS se obtuvo: $M= 13,82$; $Ds= 7,88$. Para el caso del REC los resultados fueron $M= 15,51$; $Ds= 4,06$. Para el caso del EVP fue $M= 12,8$; $Ds= 4,06$. En el indicador RES los resultados fueron $M= 13,48$; $Ds= 5,27$. Finalmente en la valoración global los puntajes obtenidos fueron: $M= 113,02$; $Ds= 20,84$ (Ver gráfico 4.12).

Interpretación:

Las estrategias de afrontamiento son entendidas por los pacientes como conductas que realizan con o sin intención de realizarlas, son tomadas más como un mecanismo de defensa frente a la enfermedad. Por lo tanto existirán diferencias en las interpretaciones que cada uno le dé a las preguntas y las respectivas respuestas.

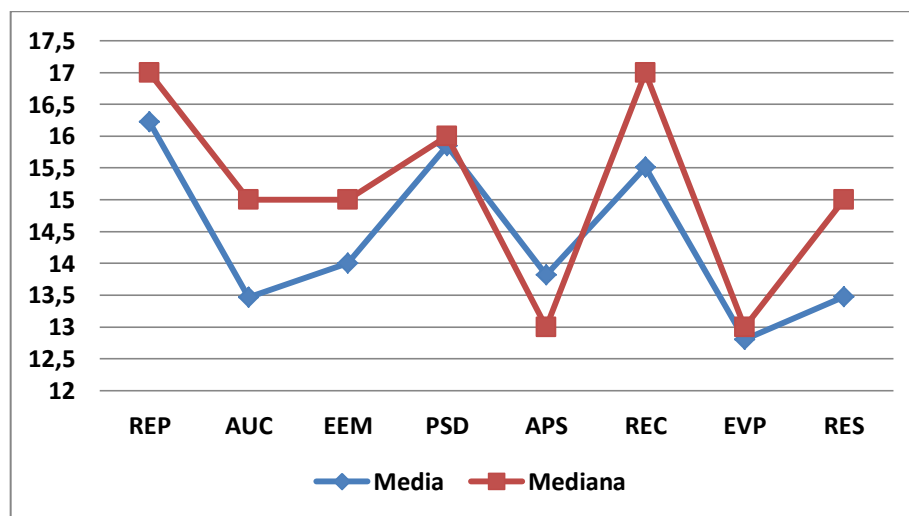


Gráfico 4.12. Representación de los Indicadores de las estrategias de afrontamiento a través de las medias y comparación con la mediana de los casos evaluados.

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (1989)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

El gráfico 4.12 muestra que los indicadores REP, AUC, EEM, PSD, REC, EVP, RES correspondientes a las estrategias de afrontamiento se encuentran por debajo de la mediana, es decir, que los resultados generales de la muestra se encuentran por debajo del 50% del total de los puntajes obtenidos durante la evaluación. En el caso del indicador APS este es el único que se encuentra por encima de la mediana.

Interpretación:

La estrategia de afrontamiento APS (Apoyo social), se encuentra dentro del contexto del test, como una estrategia de manejo adecuado centrado en la emoción, lo que refleja una mejor respuesta de adaptación frente a la situación estresante. En este caso, se entiende al apoyo social como una estrategia de búsqueda de apoyo emocional lo que quiere decir que los pacientes como habíamos visto anteriormente tenderán a relacionar su red social representada con personas que le sirvan de ayuda para entender mejor lo que necesitan para manejar de mejor forma su enfermedad, por lo tanto no se aislaran ni se mostraran reacios a la ayuda brindada por los otros, influenciados también por el sentido de vulnerabilidad que tienen de ellos mismos.

4.3.2 Diferencias de resultados por sexo en los resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

A fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento se procedió a separar al conjunto de casos evaluados ($n= 45$) de acuerdo a su distribución por sexo: masculino ($n_1= 13$) y femenino ($n_2= 32$) y a representar los resultados obtenidos según el sexo con respecto a la Media y la Desviación Estándar. Para la verificación de diferencias entre las medias se utilizó la Prueba *t de student* (*t*) y comprobar si existe significancia estadística entre las diferencias (ver cuadro 4.13).

Cuadro 4.13.
Diferencias por sexo de los resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Indicador	Masculino		Femenino		t de student
	Media	Desviación	Media	Desviación	
REP	15,9375	4,03163	16,9231	2,01914	,836
AUC	12,7500	5,68530	15,2308	5,59991	1,332
EEM	13,3750	4,76377	15,5385	3,07179	1,509
PSD	14,9375	4,15768	15,3846	3,15009	,348
APS	12,5313	4,91859	14,0000	3,67423	,970
REC	14,9375	4,23455	16,9231	3,32820	1,508
EVP	12,0313	4,48283	14,6923	3,49725	1,912+
RES	12,6875	5,80010	15,3077	2,75029	1,552
GLOBAL	109,1875	22,49651	124,0000	10,56724	2,263*

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (1989)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Los resultados de la comparación por sexo mostraron que en el indicador EVP se encontraron diferencias parcialmente significativas $t= 1,912$; $p < ,07$; los resultados muestran que el sexo femenino tiene mayor puntaje que en el masculino. Por otra parte en la escala global los resultados mostraron $t= 2,263$; $p < ,05$; lo que evidencia diferencias estadísticamente significativas en el que el sexo femenino evidencia mayor presencia de estrategias de afrontamiento que en el masculino (Ver gráfico 4.14).

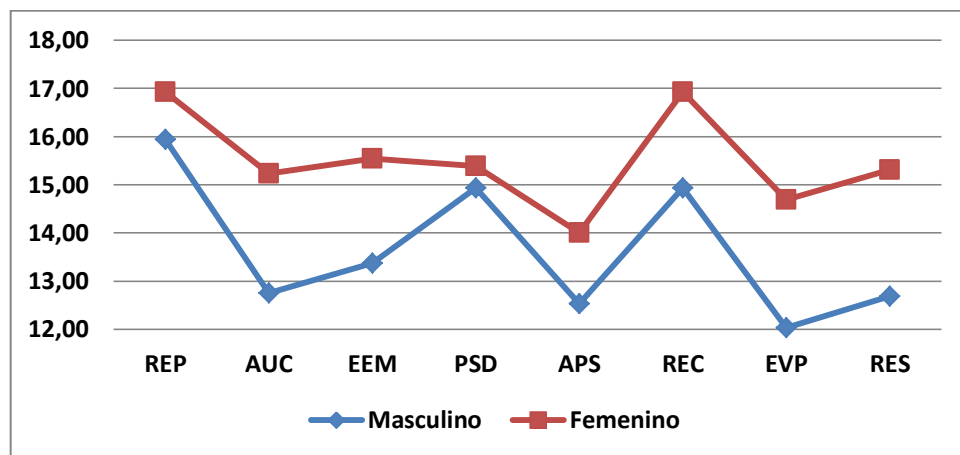


Gráfico 4.14. Representación de las medias de cada uno de los indicadores del Inventario de Estrategias de Afrontamiento comparado por sexo.

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (1989)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

El gráfico 4.08 muestra las diferencias de las medias por sexo entre los distintos indicadores del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, en el mismo se muestra que los resultados del sexo femenino son ligeramente superiores al del sexo masculino. En el mismo se observa que existe una diferencia significativa en el indicador EVP y AUC a más de las diferencias significativas en el resultado global del inventario.

Interpretación:

Las estrategias agrupadas por grupos de manejo se pueden analizar de la siguiente manera según los resultados:

Manejo adecuado centrado en el problema: tenemos a las estrategias REP (Resolución de problemas) y REC (Reestructuración cognitiva), no se observa diferencias significativas en los resultados. Tanto hombres como mujeres modifican de manera cognitiva la situación estresante, lo que les permite adaptarse más efectivamente a los cambios externos.

Manejo adecuado en la emoción: estrategias APS (Apoyo social) y EEM (Expresión emocional) ambos sexos tienen como punto de referencia importante los estímulos externos que recibe, esto le permite sentirse comprendido y apoyado ya sea por parte de su familia o profesionales con los que trata de manera frecuente debido a su enfermedad.

Manejo inadecuado centrado en el problema: estrategias EVP (Evitación de problemas) y PSD (Pensamiento desiderativo) las mujeres tienden más a la EVP lo que quiere decir que no enfrentan al problema de manera directa o activa, buscan alternativas de solución muchas veces fantasiosas, como buscar diferentes tratamientos que les permitan evitar las diálisis. Tanto hombres como mujeres usan de la misma manera el PSD, cognitivamente la realidad de una enfermedad catastrófica puede ser devastadora especialmente para los pacientes que tienen menos de uno a tres años realizando la hemodiálisis, existen pensamientos recurrentes de “Hubiera” o “Si no” que les afectan de manera emocional.

Manejo inadecuado centrado en la emoción: estrategias de RES (Retirada social) y AUC (Autocrítica). Los hombres a diferencia de las mujeres no utilizan la AUC, lo que quiere decir que se inculpan menos de la situación en la que se encuentran y enfrentan la situación estresante, ya que tienden a ser más racionales por desarrollo cognitivo y evolutivo.

4.3.3 Análisis de consistencia interna del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

La consistencia interna comprende un proceso de verificación de la fiabilidad del instrumento utilizado para la evaluación general de la muestra (n= 45 casos). Dicho proceso comprende la utilización del coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach (α) para identificar el grado de consistencia interna de cuestionario en general así como de cada uno de sus factores (Ver cuadro 4.15).

Cuadro 4.15.
Análisis de Consistencia interna del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

<i>Indicadores</i>	<i>Ítems</i>	<i>Alpha Estadístico</i>	<i>Ítems retirados</i>	<i>Alpha Estadístico</i>
REP	5 ítems	,576	1	,588
AUC	5 ítems	,775	-	,776
EEM	5 ítems	,568	35	,620
PSD	5 ítems	,254	20	,368
APS	5 ítems	,256	37	,328
REC	5 ítems	,600	22	,654
EVP	5 ítems	,480	39	,529
RES	5 ítems	,692	8	,738
GLOBAL	40 ítems	,821	-	,821

Nota: $n = 45$ casos.

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (1989)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Los resultados del análisis de fiabilidad muestra que en el indicador REP con cinco se obtuvo un coeficiente de fiabilidad de $\alpha = ,576$; lo que muestra que su consistencia interna es baja. En el caso del indicador AUC se obtuvo un Alpha de $\alpha = ,775$; lo que se traduce que su consistencia interna es alta. En lo que respecta al indicador EEM, el resultado fue de $\alpha = ,568$; que muestra una consistencia interna baja. Para el indicador PSD los resultados de la fiabilidad mostraron un valor de $\alpha = ,254$; esto muestra un grado bajo de fiabilidad muy bajo. En el indicador APS con cinco se obtuvo un coeficiente de fiabilidad de $\alpha = ,256$; lo que muestra que su consistencia interna es muy baja. En el caso del indicador REC se obtuvo un Alpha de $\alpha = ,600$; lo que se traduce que su consistencia interna es moderadamente alta. En lo que respecta al indicador EVP, el resultado fue de $\alpha = ,480$ que se traduce como fiabilidad baja. Finalmente en el caso del indicador RES

el coeficiente resulto $a = ,692$ y que significa moderadamente alto. La consistencia global de la escala con todos los ítems (40) fue de $a = ,480$ y cuyo significado fue alto.

4.4 Análisis de correlación entre el apoyo social y el afrontamiento

En esta sección de la investigación se procedió a la aplicación del Coeficiente de Correlación producto-momento de Pearson (r) para determinar el grado de relación existente entre los puntajes de las estrategias de afrontamiento con los puntajes del Soporte social. Con los resultados de la correlación se procedió a calcular el Coeficiente de Determinación (R^2) para identificar el nivel de influencia que las estrategias de afrontamiento sobre el Soporte Social (Cuadro 4.16).

Cuadro 4.16.
Análisis de correlación entre la variable de Soporte social y las estrategias de afrontamiento

<i>Estrategias de afrontamiento</i>	<i>Media n= 45</i>	<i>Soporte social</i>	
		<i>r de Pearson</i>	<i>R²</i>
REP	15,94	-,111	,0123
AUC	12,75	-,135	,0182
EEM	13,38	,193	,0372
PSD	14,94	-,204	,0416
APS	12,53	,330	,1089
REC	14,94	,050	,0025
EVP	12,03	-,090	,0081
RES	12,69	-,278	,0773

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (1989)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Los resultados del cuadro 4.04 muestran que existe una correlación entre el Soporte Social de tipo baja negativa $r = -,204$; $p > ,05$ con la estrategia Pensamiento Desiderativo. También se encontró una correlación baja positiva y significativa de $r = -,330$; $p < ,05$ con la estrategia Apoyo Social. Finalmente se encontró una correlación de tipo baja negativa entre el Soporte Social de $r = -,278$; $p > ,05$ con la estrategia Retirada Social.

En el caso de la correlación entre la variable Soporte Social y la estrategia de Pensamiento Desiderativo es de tipo baja negativa. Esto significa que a medida que disminuye el Soporte Social se incrementa la Estrategia de Pensamiento Desiderativo (Ver gráfico 4.17).

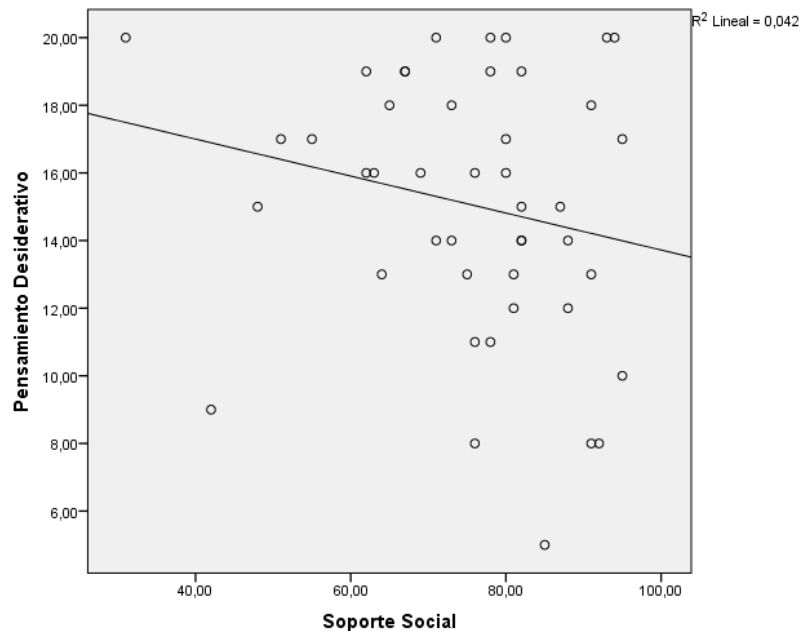


Gráfico 4.17. Gráfico de dispersión entre la variable Soporte Social y la variable de Pensamiento Desiderativo.

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (1989)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

El coeficiente de determinación (R^2) entre las variables fue de $R^2= 0,042$ es decir que los cambios de la variable Soporte Social pueden explicar en un 4,2% los cambios de la Estrategia de Pensamiento desiderativo.

Interpretación:

A medida que el soporte social es percibido de manera más baja por los pacientes, estos tienden a utilizar una estrategia de afrontamiento inadecuada, reforzando aún más los pensamientos irracionales frente a la enfermedad.

En el caso de la correlación entre variable Soporte Social y la estrategia de Apoyo Social de tipo baja positiva. Lo que muestra que a medida que aumenta el Soporte Social se incrementa la Estrategia de Apoyo Social (Ver gráfico 4.18).

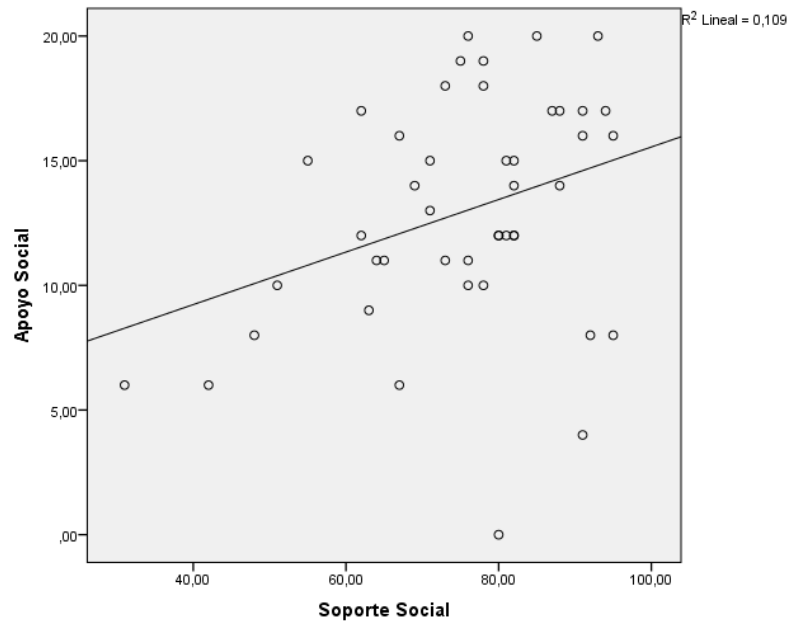


Gráfico 4.18. Gráfico de dispersión entre la variable Soporte Social y la variable de Apoyo Social.

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (1989)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

El coeficiente de determinación (R^2) entre las variables fue de $R^2 = 0,109$ es decir que los cambios de la variable Soporte Social pueden explicar en un 10,9% los cambios de la Estrategia de Apoyo Social.

Interpretación:

Mientras el paciente perciba una mayor efectividad en su red de apoyo sus conductas se verán reforzadas a buscar la información y ayuda que necesita con respecto a su enfermedad y como sobre llevarla.

En lo que respecta a la correlación entre la variable Soporte Social y la Estrategia de Retirada Social de tipo baja negativa. Es decir que a medida que se incrementa el Soporte Social disminuye la Estrategia de Retirada Social (Ver gráfico 4.19).

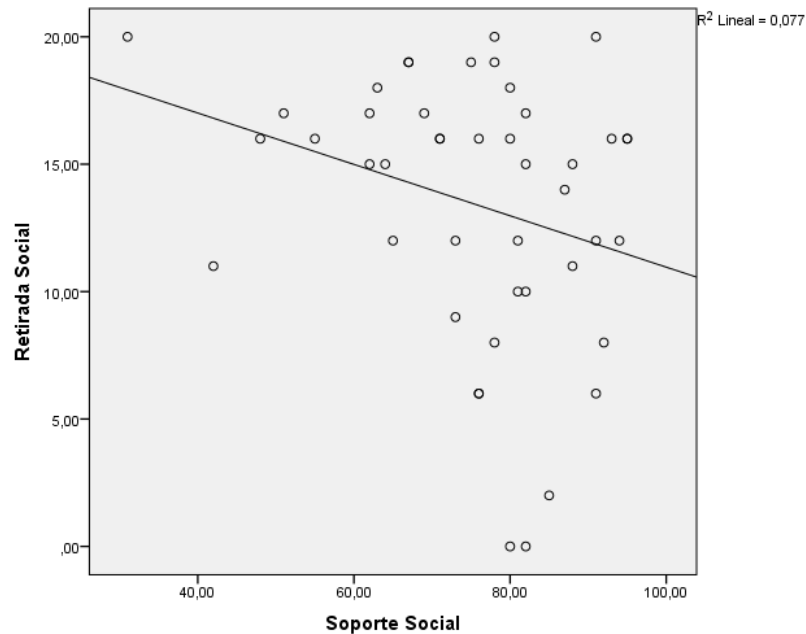


Gráfico 4.19. Gráfico de dispersión entre la variable Soporte Social y la variable de Apoyo Social.

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (1989)

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

El coeficiente de determinación (R^2) de $R^2= 0,077$ es decir que los cambios de la variable Soporte Social pueden explicar en un 7,7% los cambios de la Estrategia de Retirada Social.

Interpretación:

Los pacientes perciben al apoyo social como una manera de afrontar la situación estresante, las personas que conforman su red de apoyo les harán sentirse escuchados, tendrán más disponibilidad para expresar sus emociones y temores. Por lo tanto no buscaran aislarse ni estar solos, al contrario aumentara su necesidad por la compañía de las otras personas. Además cuentan con un grupo de compañeros que están pasando por la misma situación.

4.4.1 Relación entre las variables Soporte Social, edad y Apoyo Social

En este análisis se busca identificar la existencia de asociación entre la variable Apoyo Social con la estrategia llamada Soporte Social así como con la edad. Para ello se procede a una evaluación a través de la prueba de correlación producto-momento de Pearson (Ver cuadro 4.19).

Cuadro 4.19.
Correlaciones entre las variables Soporte Social con Edad y Apoyo Social

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Apoyo Social</i>
Soporte Social	12,53 puntos	,330*
Edad	54,88 años	-,452**

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Fuente: Programa Informático Estadístico SPSS

Los resultados de la correlación entre el Soporte Social y el Apoyo Social fue de $r = ,330$; $p < ,05$ lo que se traduce que existe una correlación positiva de tipo baja. En la correlación entre la edad y el Apoyo Social resultó $r = -,452$; $p < ,01$ que significa negativa y de correlación de tipo moderada.

Interpretación:

La edad de los pacientes en la investigación ha sido uno de los factores importantes a considerar, el desarrollo evolutivo y cognitivo de la edad promedio se caracteriza por contar con más estabilidad, emocional y social.

El apoyo social da a los sujetos, medios para poder expresar sus sentimientos, lograr la identificación con otras personas en crisis similares poder recibir material que pueda ayudarlos, desarrollo de metas reales, proporcionar información y retroalimentarse. Estas personas que cuentan con apoyo social tienen mejor salud mental y afrontan adecuadamente los eventos estresantes (Lazarus & Folkman, 1986).

Con estos resultados se procedió a la construcción de un modelo explicativo predictor del Apoyo Social a través del Soporte Social y la edad utilizando la regresión lineal (Ver cuadro 4.20).

Cuadro 4.20.

Resumen del modelo predictor de la variable apoyo social

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,511 ^a	,261	,226	4,04868

a. Variables predictoras: Edad y Soporte Social.

Fuente: Programa Informático Estadístico SPSS

El análisis de regresión lineal muestra un modelo de regresión constituido por las variables Soporte Social y Edad que presentaron mayor significación covariante con la Estrategia denominada Apoyo Social como predictores de la estrategia que evidencian un valor de $R^2 = ,226$ lo que evidencia (Ver gráfico 4.21).

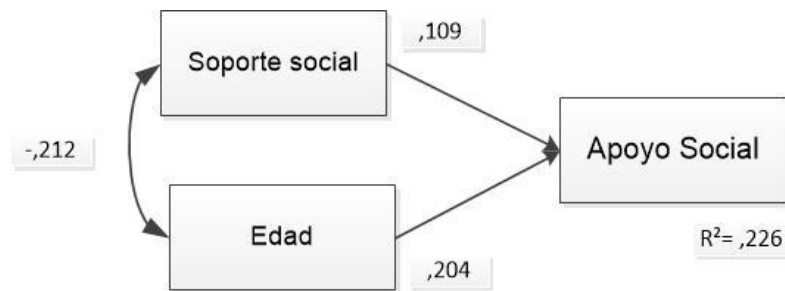


Gráfico 4.21 Modelo explicativo empírico predictor del apoyo social a través del Soporte Social y la edad.

Fuente: Programa Informático Estadístico SPSS

El gráfico 4.21 muestra el grado de influencia que presentan las variables Soporte Social y Edad en el Apoyo Social, el modelo empírico muestra que la variabilidad de la Estrategia Apoyo social es un 22,6% predicha por la variabilidad del Soporte Social y la Edad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Al final del trabajo se puede concluir lo siguiente:

- En la población investigada existe un predominio de hombres a diferencia de mujeres, se notara entonces diferentes maneras de afrontar la enfermedad catastrófica, los hombres tienden a ser más racionales y afrontar la situación, mientras que las mujeres se mostraran más emocionales. Sin embargo enfrentar la enfermedad como una realidad y parte de vida de los pacientes afectara de igual forma a hombres y mujeres, todos pasaran por etapas de aceptación de la enfermedad y la manera en que sea manejada estará ligada a la resiliencia que cada uno de ellos posea.
- La edad de los pacientes investigados es de 54 años como media, esto explica el apoyo social percibido por los mismos. Al haber más estabilidad emocional y social, las personas con las que se relacionan son de hecho consideradas importantes y funcionales ya que son su principal fuente de soporte, en primera instancia la familia comprenderá este círculo.
- El soporte social está directamente relacionado en esta investigación con la estrategia de afrontamiento Apoyo social, lo que quiere decir que los pacientes no tenderán a aislarse, sino a fomentar sus redes de apoyo ya que la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran no les permitirá resistirse de los estímulos externos que reciben.

5.2 Recomendaciones

- Crear espacios en los cuales los pacientes de la unidad renal del IESS puedan relacionarse, con actividades recreativas, diferentes a las hemodiálisis. Fomentando de esta forma el sentido de pertenencia y mejorando su capacidad receptiva. En los que se pueda incluir a la familia.
- Realizar un abordaje integral a los pacientes con IRC que incluye tanto la atención de las necesidades físicas como de las psicológicas con un equipo de trabajo multidisciplinario, de esta manera prevenir y velar por el bienestar los pacientes.
- Detectar pacientes con sintomatología depresiva o ansiosa, y abordar psicológicamente, para que el tratamiento de hemodiálisis y la psicoeducación no se vean comprometidas.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos Informativos

6.1.1. Título

Aplicación de una guía de intervención psicoterapéutica cognitivo conductual enfocada a la aceptación y compromiso aplicada a los pacientes de la Unidad Renal del Hospital del IESS

6.1.2. Institución Ejecutora

Hospital del IESS Ambato - Ecuador

6.1.3. Beneficiarios

Beneficiarios Directos

Pacientes de la Unidad Renal del Hospital del IESS

Beneficiarios Indirectos

- Familiares
- Sociedad

6.1.4. Ubicación

Unidad Renal del Hospital del IESS Ambato Ecuador

6.1.5. Tiempo estimado de la ejecución

Seis meses. Grupo permanente.

Fecha de elaboración: 10 de septiembre de 2013

Fecha de ejecución: Inicia el 06 de Enero de 2014 y culmina el 07 de Julio del mismo año.

6.1.6. Equipo Técnico Responsable

Germania Cuesta, Egresada de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica De Ambato.

6.2. Antecedentes De La Propuesta

En la presente investigación realizada se pudo encontrar datos de importancia en lo referente al apoyo social y el apoyo emocional que los pacientes reciben. Siendo el apoyo emocional un factor de referencia para determinar la calidad de vida que llevan los pacientes en cuanto a salud mental. El apoyo social es directamente proporcional al apoyo emocional ya que la red eficiente de personas que perciben los pacientes, son personas con las que se desenvuelven a diario.

En el aspecto psicológico se evidencia también un desajuste en lo que respecta a pensamientos y cognición, lo que entorpece el buen manejo del tratamiento de la hemodiálisis, es por eso que para complementar las estrategias de afrontamiento se hace necesario contemplar a la psicoterapia cognitivo conductual y para dar un mejor alcance y rendimiento la terapia de aceptación y compromiso cumplirán la función selladora del tratamiento completo.

La terapia cognitivo conductual es conocida por su objetividad en el tratamiento y el tiempo en que se pueden esperar resultados positivos para el paciente.

6.3. Justificación

La búsqueda de mejoras a nivel psicológico es vital para la salud mental de los pacientes ya que esto beneficiara al tratamiento de hemodiálisis, y preparara al paciente para afrontar de mejor manera el diagnóstico de la enfermedad catastrófica. Obteniendo beneficios directos con los pacientes e indirectos con sus redes e apoyo.

La aplicación de la propuesta es factible ya que los pacientes con IRC en su totalidad presentan algún tipo de patología psicológica lo cual se encuentra afectando la calidad de vida del enfermo renal, se cuenta con el espacio físico para la aplicación del modelo, con la predisposición de los pacientes, y el total apoyo de las autoridades del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo General

Generar en los pacientes estrategias cognitivas para enfrentar de mejor manera el tratamiento de la hemodiálisis.

6.4.2. Objetivos Específicos

- Conocer cuáles son los principales pensamientos irracionales de los pacientes, para poder trabajar en la intervención psicoterapéutica.
- Enseñar a los pacientes la importancia de las estrategias de afrontamiento que se utilizan.
- Aplicar de forma progresiva y programada la terapia cognitivo conductual, enfocada al compromiso y la aceptación.

6.5. Fundamentación Científico – Técnica

Psicoterapia

El origen etimológico de la palabra psicoterapia viene de la unión de dos términos griegos: psico (psyche) que se traduce como “alma” y terapia (terapia) que vendría a significar “tratamiento” tomando en cuenta esta significación, se puede decir entonces que la psicoterapia a es un tratamiento que incluye un proceso llevado a cabo por un profesional, para mejorar la condición de salud mental del paciente, enfocándose en sus pensamientos, acciones y sentimientos.

Existen varias corrientes psicológicas que proponen tratamientos psicológicos, cada una con un proceso y desarrollo distintos, pero con el mismo objetivo. Tenemos la terapia psicoanalítica, humanista, gestáltica, conductual, cognitivo conductual, entre otras.

**UNA PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN TEÓRICO - TÉCNICA DE LAS
TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA**

<p>I. Técnicas de psicoterapia de origen psicoanalítico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Psicoanálisis clásico (Freud). -Psicoanálisis "freudiano contemporáneo". -Psicoanálisis kleiniano y postkleiniano. -Terapias psicodinámicas: Basadas en la "Psicología Psicoanalítica del Yo". <ul style="list-style-type: none"> • Basadas en la "Teoría de las Relaciones Objetales". • Basadas en la "Psicología del Self". • Lacanianas. • Psicoterapia adleriana. • Análisis jungiano. • Psicoterapia interpersonal del H.S. Sullivan. -Terapias corporales derivadas de W. Reich: <ul style="list-style-type: none"> • Vegetoterapia. • Bioenergética.
<p>II. Técnicas de psicoterapia fenomenológico-existenciales y experienciales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Técnicas de Psicoterapia Existenciales. <ul style="list-style-type: none"> • Análisis existencial. • Logoterapia. • Psicoterapia Existencial-Humanista. -Técnicas de psicoterapia "centradas en la persona". -Terapias Gestálticas. - Psicodrama de Moreno. -Análisis Transaccional.

<p>III. Terapias Conductuales y Cognitivo-Conductuales.</p>	<p>-Terapéuticas conductistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biofeedback. • Condicionamiento clásico. • Condicionamiento skinneriano. <p>-Técnicas de psicoterapia basadas en la teoría del aprendizaje social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelado. • Entrenamiento en asertividad. • Entrenamiento en habilidades sociales. • Técnicas de autocontrol. <p>-Intervenciones conductuales-cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento autoinstruccional. • Reestructuración racional sistemática. • Terapia de retribución. • Terapia por inoculación de estrés. • Técnicas de manejo de la ansiedad. • Solución de problemas interpersonales. <p>-Terapias cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia racional-emotiva. • Terapia racional conductual. • Terapia cognitiva. • Terapia multimodal. • Terapia de los constructos personales.
---	--

	<ul style="list-style-type: none">• Terapia cognitiva estructural.• Terapia cognitiva de resolución de problemas interpersonales.• Terapia cognitiva interpersonal.• Terapia de evaluación cognitiva
IV. Terapias sistémicas	

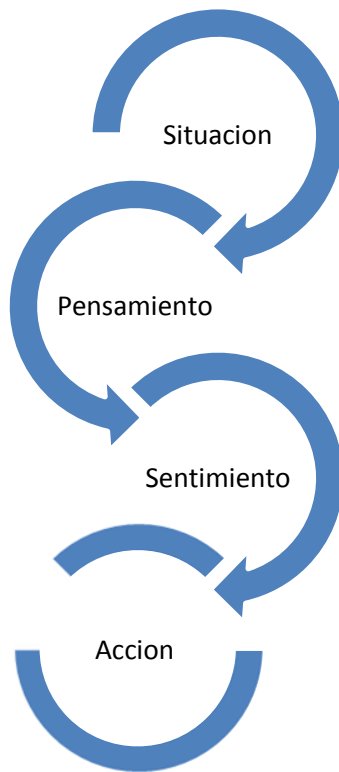
Fuente: Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XIJ. N.O 43, 1992 (Tizon, 1992)

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

En un intento por verificar aspectos de la teoría psicoanalítica, Beck inicialmente investigó los pensamientos y los sueños de individuos con depresión, buscando signos de represión agresiva u hostil. En cambio describió un tema prominente de derrota y persistentes pensamientos negativos. Entonces desarrolla una teoría centrada en la premisa de que los síntomas de la depresión pueden ser concebidos como el resultado directo de los pensamientos negativos. En su primera explicación del modelo, Beck diferencia tres niveles de cognición que pueden tener un rol en la depresión y en su tratamiento: pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, supuestos básicos subyacentes. (Mahoney, 2004)

La Terapia Cognitivo-conductual tiene en cuenta a las experiencias del entorno y a la herencia que tiene cada persona para determinar su comportamiento, es decir que nos construimos a partir de aprendizajes externos con ciertos estímulos que se nos han sido reforzados, y también tenemos información que es inherente a nuestro ser, se conoce como temperamento, que es lo que se nos hereda de nuestros padres. En la interacción familiar temprana, el intercambio social y cultural posterior, donde se produce el proceso de adquisición de nuestra manera habitual de pensar, sentir y actuar.

La aplicación de la terapia cognitiva al caso individual se basa en la Conceptualización clínica Cognoscitiva del o los trastornos a tratar, la fundamentación teórica provienen de la corriente psicológica cognitiva y del paradigma del procesamiento de la información. La CCC maneja una metodología específica enfocada a la recolección de información significativa y la generación de hipótesis clínicas.



Elaborado por: Cuesta G. (2014)

Beck (2000) define a la terapia cognitiva explicando que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común denominador una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo, y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento, producen una mejoría en el estado de ánimo y comportamientos.

Esquema Conceptual

Modelo cognitivo conductual		
A	B Cognición	C Consecuencia
Situación desencadenante	Pensamientos automáticos	Emoción
	Creencias intermedias: Distorsiones cognitivas.	Conducta
	Esquemas: Ideas, creencia predominantes, razonamiento, análisis y conclusión,	Respuesta fisiológica

	análisis y síntesis, anticipación y planeación.	
--	---	--

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

- Corta duración.
- El terapeuta directivo, promueve la reflexión y la acción.
- Se manejan tareas que serán ejecutadas por el paciente, para poner en práctica lo establecido en la sesión.
- Se enfoca en el aquí y el ahora, para resolver conflictos que perturben en el presente al paciente.
- Se proponen metas, que se espera sean alcanzadas en el tiempo de la terapia.
- La efectividad de la terapia estará medida por los logros de los objetivos y metas trazadas en las sesiones.

CONCEPTOS BÁSICOS TEÓRICOS

Cognición

El proceso que se retroalimenta es el de pensamiento, emoción o afecto y por ultimo conducta. El principal factor de desajuste psicológico se encuentra en el pensamiento encuentran en el pensamiento, a nivel cognitivo.

Distorsión cognitiva

La forma en que se asimila una situación o experiencia depende de las estructuras del pensamiento que ha construido la persona, cuando se asumen de forma incorrecta estas situaciones viene a ser errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) explica estas distorsiones cognitivas:

- **INFERENCIA ARBITRARIA:** Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

- **ABSTRACCIÓN SELECTIVA:** Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.
- **SOBREGENERALIZACIÓN:** Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
- **MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN:** Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
- **PERSONALIZACIÓN:** Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
- **PENSAMIENTO DICOTÓMICO O POLARIZACIÓN:** Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Pensamientos irracionales

Los pensamientos automáticos son la información con la que se manejan las distorsiones cognitivas. Las características generales de los pensamientos automáticos son (Mckay, 1981):

Son mensajes específicos y rápidos.

Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.

Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.

Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.

Suelen conllevar una **VISIÓN DE TÚNEL:** tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:

- Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.
- Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.
- La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros...etc. (Ruiz & Cano)

TÉCNICAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES.

Beck denomina técnicas cognitivas al conjunto de técnicas que se utilizan para facilitar el cuestionamiento socrático.

Autorregistros

Se utilizan desde las fases iniciales para recoger información emocional del paciente a lo largo del día (línea de base para hacer comparaciones). El más utilizado es el Registro diario de pensamientos distorsionados DTR de Beck.

Descubrimiento guiado

Hace referencia al proceso de ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático. Hay algunas preguntas generales para cuestionar cogniciones disfuncionales:

¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?

¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación?

¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?

Técnicas cognitivas específicas

Técnicas de retribución

Utilizada para modificar los sesgos cognitivos relaciones con las dimensiones atribucionales de locus de control, estabilidad y especificidad. Las personas depresivas suelen hacer atribuciones internas, estables y globales para sus errores o fracaso, y externas, inestables y específicas para sus éxitos.

Técnica de conceptualización alternativa

Al pensamiento anterior irracional se le buscan diferentes interpretaciones alternativas

Técnicas basadas en la imaginación

Imaginar situaciones y expresar sentimiento y conductas, para posteriormente describir la situaciones con un cambio de pensamientos.

Técnicas cognitivas basadas en la imaginación

Parada de imágenes (se da un golpe fuerte o se dice alto en el transcurso de una imaginación que produzca malestar, y posteriormente se cambia la escena)

Repetición continuada (repetición de la escena que produce malestar hasta que se reduce el malestar)

Proyección temporal (imaginación de la escena que produce malestar desplazada en el tiempo)

Imaginar metáforas

Parada de imagen catastrofista

Imaginación inducida

Repetición de metas (para incrementar la autoeficacia)

Imaginación positiva

Imaginación como estrategia de coping

Técnica para identificar y modificar esquemas cognitivos y supuestos básicos subyacentes

La identificación y modificación de creencias y esquemas no parte de la comprobación de si los pensamiento automáticos asociados están basados en distorsiones cognitivas o sesgos negativos. El objetivo es identificar qué creencias nucleares se activan antes las situaciones conflictivas que generan malestar. Algunos requisitos para iniciar el cambio de los esquemas cognitivos subyacentes del cliente son: a) que se haya reducido notablemente el malestar emocional, las conductas disfuncionales y los pensamiento negativos, b) que sus creencias disfuncionales supongan un riesgo para posibles recaídas, c) que tenga la

capacidad de establecer un debate más abstracto, d) que no tenga riesgo de un trastorno psicótico, e) que esté dispuesto a llevar a cabo un tratamiento de mayor duración con resultados más a largo plazo.

Obtener e identificar creencias

Búsqueda de reglas de inferencia del tipo “si A entonces B”

Detectar los debería y tendría

Detectar temas comunes en los pensamientos automáticos ante distintas situaciones

Utilizar la técnica de la flecha descendente (preguntas encadenadas para detectar creencias nucleares)

Plantear situaciones hipotéticas

Perspectiva histórica

Técnicas emotivas (rememorar situaciones de alto contenido emocional)

Evaluación mediante cuestionarios

Técnicas para el cambio de creencias nucleares y supuestos básicos

Cambiar creencias disfuncionales no es fácil. Es por su alto nivel de dificultad por lo que la Terapia Cognitiva suele quedarse en el cambio de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas o en creencias poco profundas y arraigadas.

Algunas de las técnicas dirigidas a favorecer el cambio de creencias son:

- Reconocimiento de un continuo pensamiento irracional.
- Registro de datos positivos y recoger evidencia de los nuevos y viejos esquemas.
- Establecer el criterio de lo que se considera cambio de creencia
- Role-playing
- Ensayo de conducta
- Actuar “como si”

- Confrontar con el pasado datos de las nuevas y antiguas creencias
- Promover una nueva imagen
- Solicitar apoyo social y consenso
- Análisis de ventajas e inconvenientes del cambio de esquemas
- Proyección en el tiempo
- Biblioterapia (Psicología: Isipedia)

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Albert Ellis define a la terapia racional emotiva como un acercamiento a la asesoría que tiene sus bases en la forma tradicional de terapia cognitivo conductual. Esto significa que se enfoca particularmente en la forma en que pensamos y actuamos, para entender nuestras respuestas emocionales. (Dryden, 2003)

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Esta terapia se contextualiza dentro de las terapias de la tercera generación en el cognitivismo.

La ACT se define como una forma de psicoterapia experiencial, conductual y cognitiva basada en la Teoría de los Marcos Relacionales, teoría del lenguaje y de la cognición humana que se encuadra dentro del conductismo radical.

Se basa en dos conceptos centrales:

- 1) El concepto de evitación experiencial (mantenimiento de los trastornos).
- 2) Los valores personales, entendidos como guías de actuación para caminar en la dirección de la realización personal.

Por lo tanto su conducta estará guiada por premisas que determinan su forma de afrontar una situación, como las siguientes:

El problema del cliente no es tener pensamiento o sentimientos que se valoran negativamente, sino el modo en que la persona reacciona ante ellos.

La pretensión de no sufrir o tener que estar bien para poder vivir no se ajusta a la realidad que la vida ofrece. Tener una actitud de evitación experiencial hacia el malestar psicológico es una elección restrictiva que puede resultar destructiva.

Salud psicológica entendida como desarrollo de patrones de comportamiento valiosos.

La ACT considera que los pacientes pretenden que la terapia les ayude a resolver sus problemas dentro de la dirección o camino infructuoso que ellos han intentado, y es necesario enseñarles a cambiar de planes.

Los problemas psicológicos vienen dados por el papel protagonista que adquieren los contenidos perturbadores en cuanto al control de la conducta, relegando a un segundo plano sus valores fundamentales.

Dentro del contexto terapéutico la ACT hace énfasis en la vivencia experiencial, el terapeuta no lo sabe todo.

La ACT se basa en la teoría de los marcos relacionales, que a su vez se basa en el contextualismo funcional. Según la metáfora del edificio, en un edificio de tres plantas, en la última planta estaría el desarrollo específico de la ACT como terapia, una planta más abajo estaría la teoría de los marcos relacionales, la planta baja sería el análisis conductual aplicado y su análisis funcional, y en los cimientos estaría el paradigma del contextualismo funcional.

Marco teórico y conceptual de ACT

Teoría de los marcos relacionales

La teoría de los marcos relacionales (TMR) es un enfoque pragmático que trata de dar cuenta de las conductas humanas complejas (verbal y cognitiva), tratando de integrar conceptos dispares. La TMR se centra en la conducta verbal, que considera determinada por la habilidad aprendida de relacionar eventos de forma arbitraria y de transformar las funciones de un estímulo en base a su relación con otros. Focaliza su interés en el fenómeno de las relaciones de estímulo derivadas para explicar la conducta gobernada por reglas.

De la TMR se destaca la naturaleza operante del comportamiento relacional aplicable arbitrariamente, y la relación entre el comportamiento relacional y el lenguaje. Los tipos específicos de comportamiento relacional, denominados marcos relacionales, se definen en términos de las tres propiedades de implicación mutua, implicación combinatoria y transformación de funciones.

El aprendizaje relacional es el punto clave de la conducta verbal, pues responder de forma relacional es responder a un estímulo en términos de otro (un estímulo definido verbalmente cuando sus funciones establecidas por la participación en un marco relacional).

La derivación de relaciones de estímulo es una conducta aprendida (operante generalizada). Las clases operantes se definen de forma funcional, o en términos topográficos (forma de la conducta). Cuando surgen operantes que no comparte, o comparte pocas características topográficas, estas se identifican como operantes generalizadas (imitación generalizada). La respuesta relacional se considera también una operante generalizada.

El ser humano tiene especial facilidad para relacionar eventos de forma arbitraria (sonido y palabra). La TMR señala tres relaciones:

- Relaciones de vínculo mutuo ($A \Rightarrow B, B \Rightarrow A$)
- Relaciones vínculo combinatorio ($A \Rightarrow B, B \Rightarrow C, A \Rightarrow C$)
- Transformación o transferencia de funciones (trasferencia de relaciones a otros estímulos). Las relaciones derivadas, junto con la transformación de funciones constituyen el aprendizaje o respuesta relacional y tienen que ver con muchos fenómenos del lenguaje.

La respuesta relacional como operante generalizada se establece a través de múltiples ensayos a lo largo de la historia del individuo. Los humanos pueden establecer relaciones arbitrarias respondiendo a claves contextuales y no a propiedades formales de los estímulos.

Un patrón particular de respuesta controlado contextualmente y aplicable arbitrariamente definiría el concepto de marco relacional.

Se trata pues de pensamientos que toman la función del estímulo o de la situación que representa, generando en la persona una reacción similar ante lo que piensa como si fuera real. Este fenómeno se conoce en ACT como literalización del lenguaje, es decir, tomar el lenguaje por su función, como si fuesen los hechos. La desliteralización en ACT tiene como objetivo minimizar el valor de las palabras, desmantelando su poder funcional.

Conceptos principales de ACT

La evitación experiencial

No existen referencias patológicas que sean independientes de la función en contexto, y aun así, la conducta no se calificaría de patológica al entenderse como productos de la historia de contingencias que se despliega ante las variables contextuales actuales. Su concepción de psicopatología es a través del llamado trastorno por evitación experiencial, que se define por la ineficacia de la conducta de evitación para conseguir bienestar (perpetuación del malestar). La evitación experiencial constituye un patrón conductual inflexible generado a partir de un patrón de regulación verbal ineficaz. La evitación experiencial proviene de una cultura que prioriza el sentirse bien permanentemente. La evitación experiencial sólo será patológica cuando acabe limitando lo que la persona quiere hacer con su vida, y no lo será si no produce un desajuste entre lo que uno hace y lo que aspira a lograr de acuerdo a sus valores.

Los valores personales

Los valores son reforzadores establecidos vía verbal que tienen que ver con aquello a lo que las personas dan más importancia en su vida.

Estructura y procedimiento de ACT

La ACT parte de la formulación del caso mediante el análisis factorial. El objetivo general de ACT será producir una mayor flexibilidad psicológica en situaciones donde la evitación experiencial prevalece. ACT no tiene una forma de proceder estructurada.

Desesperanza creativa

El proceso de esperanza creativa tiene que ver con procurar al paciente la toma de conciencia acerca de la inutilidad de sus intentos de solución de sus problemas. El paciente debe captar la diferencia entre que su estrategia no tenga remedio, a que él mismo no tenga remedio.

Para este proceso se suelen utilizar diferentes metáforas establecidas en un manual de creación para la ACT

Orientación hacia valores

Se trata de facilitar al paciente las condiciones para que pueda clarificar sus metas en la vida en términos de sus valores. Se pide al paciente que indique qué terrenos le son valiosos (familia, amistad, etc.) y qué dirección cree que serían los adecuados para llegar a ellos. Se le pide que especifique las razones o motivaciones que dirigen sus acciones (epitafio).

Abordar que el control es el problema

Se pretende demostrarle al paciente que sus intentos de control son el propio problema.

La aceptación

La aceptación es el proceso que da nombre y delimita la ACT. Consiste en abrirse a la experiencia de los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones sin hacer nada para que desaparezcan. No se pretende la extinción o la habituación, aunque seguramente se llegarán a dar. La aceptación no es un proceso pasivo.

Defusión cognitiva

El proceso defusión cognitiva se refiere al proceso de hacer un cambio en el uso normal del lenguaje y las cogniciones de tal manera que el proceso de pensamiento se hace más evidente y las funciones de los productos de pensamientos se amplían.

El proceso de defusión cognitiva incrementa la probabilidad de aceptación pues cambia la consideración de los eventos internos, y la aceptación ayuda a desvincularse de ellos. Se suele usar el ejercicio de “ver las nubes que pasan”.

El yo como contexto

Trata de situar verbalmente la construcción del yo como persona, como centro desde el que actuar, diferenciándolo de las emociones, pensamiento o recuerdos. Se pretende que los clientes pierdan sus ataduras a los contenidos verbales considerados como su identidad personal. Se suele usar la metáfora de la casa y los muebles.

La acción comprometida

Implica definir metas en las áreas del camino definidas, con aceptación, y a pesar de los obstáculos del camino. La acción comprometida es un patrón de comportamiento constructivo regulado por los valores, entendidos como antecedentes verbales, que se mantiene por sus consecuencias en correspondencia con esos valores.

Recursos clínicos

La ACT no tiene establecido un protocolo estandarizado de fases y estrategias, sino que establece una guía general de acción. No se tiene que abordar todos los procesos, pero habitualmente suele ser así.

Las mejores metáforas, como recurso clínico, son aquellas que cumplen:

- 1) contienen elementos que han partido de los pacientes,
- 2) poseen propiedades no arbitrarias, relacionadas con leyes físicas,
- 3) tienen algo en común o son análogos al problema del paciente, y
- 4) el paciente tiene experiencia directa con sus contenidos.

Los ejercicios de exposición se refieren a la exposición de los pacientes a sus eventos privados en el propio contexto de la terapia (los ejercicios de exposición está precedidos de metáforas). También se suele usar mindfulness.

En relación al terapeuta, se suele utilizar la excelente metáfora de las dos montañas.

Evidencia empírica de ACT

Esta terapia ha sido efectiva en numerosos estudios de caso.

Una de sus ventajas es que es muy eficaz para evitar cronicidad y alterar de forma notable el curso de secuelas y síntomas variados.

LA ACT EN CONDICIONES DE SALUD

La ACT ha sido encontrada empíricamente efectiva en direccionar preocupaciones psicológicas que incluyen una variedad de problemas de salud, incluyendo dolor crónico diabetes, epilepsia y obesidad. (Blackledge, Ciarrochi, & Deane, 2009) En lo que se refiere a enfermedades cónicas la ACT se enfocara en la valoración del control negativo que hace la persona teniendo en cuenta las experiencias que pueden hacer que la enfermedad crónica este llena de dolor y sufrimiento. En la ACT se pide a los clientes que examinen como el control de la negatividad les puede ser beneficioso y cuáles son los efectos que tendrían a largo plazo, en lugar de tratar de controlar el problema. Los clientes aprenden a aceptar las experiencias y enfocarse a metas a corto plazo.

6.6. Plan Operativo

	OBJETIVO	TÉCNICA	INTERVENCIÓN
Sesión de evaluación	Se trabaja con las historia clínicas obtenida anteriormente para complementar la información de los pacientes.	Analizar cuáles son los principales pensamientos y valores que predominan en el paciente.	Explicar el modelo de funcionamiento de la terapia.
Sesión 1	Presentar las características generales de la terapia.	Metáforas: “Cocinar un pastel”*, “Ir al gimnasio”*, “Ir al cine”*, “El vaso sucio” (p. 117)	Interrumpir la tendencia a evitar, a través de debilitar el soporte verbal/social de la evitación. (Hayes y Wilson, 1994).
	Comprender la importancia de una vida basada en los valores. Introducir la desesperanza creativa	“Metáfora del jardín” (p. 113). La diferencia entre arrancar la mala hierba y cultivar el jardín*	
Sesión 2	Generar desesperanza creativa y analizar el problema del control	Metáforas: “El hombre en el hoyo” (p.128) “El polígrafo” (p.185);	Explicar cómo afecta la forma en que controlamos la ansiedad frente a la enfermedad

			<p>catastrófica.</p> <p>Ejercicios: “¿Cuáles son los números?”; “No pienses en...” (p.143), “La regla del 95% y el 5%” (p. 184) No todo problema necesita ser resuelto.</p>
	Introducir la aceptación como alternativa del control	Ejemplos de cómo bailar, hacer el amor, cómo flotar, etc... ¿Qué haces cuando ves un atardecer?” (p. 190)	Enseñar la importancia de la tranquilidad, aceptar a la enfermedad y no luchar contra ella.
Sesión 3	Diferenciar entre las estrategias de control y la aceptación psicológica	Metáforas: “El dique con agujeros” (p. 196), “El tablero de ajedrez y la fichas” (p. 209).	Ejercicios: “Lucha, no lucha con papeles”, “Empujar vs. Sostener” (p. 197).
	Practicar la aceptación de los eventos privados con funciones aversivas	Metáfora: “Las olas en la playa” (p. 204).	Se realiza un ejercicio experiencial.: Se expone al paciente a las reacciones al diagnóstico, tratamiento y consecuencias de la insuficiencia

			renal.*
Sesión 4	Socavar la fusión cognitiva con el lenguaje	Metáforas “Las gafas azules” (p.224), “La radio siempre encendida” (p.226)	Explicar cómo las palabras pueden cambiar la forma en que el paciente asume la insuficiencia renal. Y dar alternativas para modificarlas.
	Socavar las razones basadas en eventos privados como causas del comportamiento	“Diferencia entre dolor y trauma.” (p. 145).	Explicar cómo funciona la temporalidad de los sucesos estresantes en la enfermedad.
Sesión 5	Practicar el distanciamiento comprensivo	“El gigante de lata y cuerdas” (p. 230).	Aprender a estar abierto a lo que la vida trae en cualquier experiencia. Diferenciar lo que está presente verbalmente y lo que se hace presente por el lenguaje. Aprender a tratar los pensamientos como tales, las evaluaciones como tales, y los recuerdos como tales.

Sesión 6	La aceptación incondicional a la IRC	Metáforas: “Bienvenidos todos y el invitado grosero” (p. 238)	Se llevan a cabo procesos de desactivación del lenguaje. Aceptar la enfermedad catastrófica, más no las emociones que le acompañan como una regla inflexible.
	Generar flexibilidad frente a los contenidos con funciones aversivas	“Caminar con chinas en el zapato” (p.237).	Re evaluar los valores del paciente con respecto a la enfermedad, y reforzar los estímulos positivos.

Nota 1: Para una descripción detallada de las intervenciones, se puede consultar el manual publicado en español de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) escrito por Wilson y Luciano (23). Ejercicios, ejemplos y metáforas utilizados en este programa de intervención, van seguidos con el número de página en la que aparecen en citada obra.

Nota 2: Ejercicios, ejemplos y metáforas elaborados exclusivamente para este protocolo, van seguidas de un*

Nota 3. El modelo a seguir es flexible dependiendo de la etapa en la que el paciente se encuentre al momento de la intervención terapéutica.

Elaborado por: Cuesta G. (2014)

6.7 Marco Administrativo

Recursos institucionales:

- Hospital del IESS Ambato
- Universidad técnica de Ambato

Recursos humanos:

Investigadora Germania Cuesta

Pacientes de la Unidad Renal del Hospital del IESS

Recursos materiales:

- Espacio físico requerido para llevar a cabo las sesiones
- Materiales de oficina

Presupuesto

RUBRO DE GASTOS	VALOR
Material de oficina	150.00
Impresiones	40.00
Copias	20.00
TOTAL	210.00
Elaborado por: Cuesta G. (2014)	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Baron, R. A., & Byrne, D. (1998). *Psicología Social*. España: Prentice Hall.
- Feldman, R. S. (2002). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. Mexico: Mc GrawHill.
- Fichter, J. H. (1993). *SOCIOLOGÍA* (Décimocuarta edición revisada ed.).
- Marti, J. M. (2006). *Psicología para todos*. Barcelona: OCEANO.
- Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2005). *Psicología*. Mexico: Pearsons.

Linkografía

- Alonso, A. M. (2007). Adaptación cultural y validación de la versión portuguesa del cuestionario médico MOS. *Acta Medica Portuguesa*.
- Blodgett, C. (2007). Renal Failure Adjustment and Coping Style. *Journal of Personality Assessment*, 271 - 272.
- Buenas tareas*. (09 de 2012). Recuperado el 2014 de Mayo de 25, de Concepto de comunidad por distintos autores :
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Concepto-De-Comunidad-Por-Distintos-Autores/5280527.html>
- Cabrera, S. S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad crónica renal. *NEFROLOGÍA*, Volumen 24. (Suplemento Nº 6), 27 - 34.
- Cano, G., Rodríguez, F., & García, M. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *VII European Conference on Psychological Assessment*, (pág. 11). Benalmádena, España.
- Carmack, A. (Octubre de 2012). *Insuficiencia Renal Crónica*. Recuperado el 3 de Enero de 2014, de NYU Langome Medical Center:
<http://www.med.nyu.edu/content?ChunkIID=258345>
- Cassarreto, M. y. (2006). "Afrontamiento a la enfermedad crónica: Estudio en pacientes con Insuficiencia. *Revista de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 111.
- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C., & Gómez, V. (Noviembre de 2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA*, X(2), 169-179.

- Definiciones ABC.* (s.f.). Recuperado el 25 de Mayo de 2014, de Definición de comunidad:
<http://www.definicionabc.com/social/comunidad.php>
- Espinar, J. G. (Jueves 30 de mayo de 2013). *Fundacion accion de los derechos humanos.*
 Recuperado el 14 de Enero de 2014, de Cuadro de normas y mecanismos para la
 Protección de los Derechos Humanos:
http://www.derechoshumanos.net/derechos/index.htm?gclid=CJfdlqSb_7sCFUMV7Aod8EUA_w#topTable
- Gallar, M. (2006). *Promocion de la salud y apoyo psicologico del paciente* (Cuarta edicion ed.). Madrid: Thompson- Paraninfo.
- Garcia, R. A. (2013). Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con
 mención en Psicología Clínica. *Soporte Social en Adultos Diabéticos No Insulino
 Dependientes que Pertenecen a un Club de Apoyo para el Adulto Diabético.* Lima,
 Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Giraldez, L. S., & Hermedia, F. J. (1990.). REDES DE SOPORTE SOCIAL Y SALUD.
Psicothema, Vol. 2(nº 2), 113-135.
- Hidalgo, C. G. (1997). La dimension psicologica de la insuficiencia renal cronica y su
 tratamiento (IRC) y su tratamiento. *PKYKE, 6, 35 - 45.*
- INEC. (Domingo de Noviembre de 2009). 1.700 personas sufren de insuficiencia renal al
 año. *El Universo.*
- INEC. (2010). *Tamaño de los hogares ecuatorianos.*
- INEC. (2011). *Anuario de estadísticas hospitalarias: camas y egresos.*
- Jerez Cevallos, A. C. (4 de Julio de 2012). Alteraciones psicológicas frecuentes en
 pacientes con insuficiencia renal cronica del servicio de nefrologia del hospital
 iess de la ciudad de ambato en el periodo septiembre 2011 – enero 2012.
 Ambato: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/2134>.
 Recuperado el 24 de Abril de 2015, de
<http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/3015>
- L de la Revilla, A., & Fleitas, C. (2005). Instrumentos para el abordaje familiar. *Medicina
 de la familia. Principios y practica, 15.*
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estres y procesos cognitivos.* Barcelona: Martinez Roca.
- Lazarus, S. R., & Lazarus, N. B. (1994). *Passion and Resson.* *Oxford University Press.*
- Maté, a. d., González, S. L., & Álv, M. L. (17 de Febrero de 2011). El apoyo social.
Universidad de Cantabria.

- Mitchell, J. (1969.). *Social networks in urban settings*. Manchester, England: Manchester University Press.
- OMS. (2007). Segunda Reunión Consultiva Mundial sobre Trasplante. *La OMS propone una nueva agenda mundial*. GINEBRA.
- OMS. (30 de 11 de 2010). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 23 de 06 de 2014, de <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
- Paredes Carrión, R. H. (2005). Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología Clínica. *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Terminal*. Lima, Perú.
- Psicologia:isipedia*. (s.f.). Obtenido de <http://psicologia.isipedia.com/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales/08-terapia-cognitiva>
- Pupiales Guamán, A. M. (7 de Enero de 2013). "Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del hospital provincial docente ambato, en el período comprendido e. Ambato: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/3015>. Recuperado el 24 de Abril de 2015, de <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/3015>
- Rodriguez, E. (2007). Valoracion Argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate*.
- Ruiz, J., & Cano, J. (s.f.). *Psicologia Online*. Obtenido de <file:///E:/TESIS/Los%20Fundadores%20de%20la%20Psicoterapia%20Cognitiva%20%20Beck%20y%20Ellis%20La%20Terapia%20Racional%20Emotiva%20de%20Ellis.html>
- Shanan, J., Kaplan, A., & Garty, I. (2010). Effects of Prolonged Stress on Coping Style in Terminal Renal Failure Patients. *Journal of Human Stress*, 19 - 27.
- Tizon, J. (1992). una propuesta de conceptualizacion de las tecnicas de psicoterapia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* , Vol. XII. N.O 43, .
- Valdés, I. (2003). El apoyo social percibido por los pacientes en hemodialisis. *Instituto Superior de Ciencias Médicas*. La Habana, Cuba.
- Vann, M. M. (2012). *Insuficiencia renal cronica*. Recuperado el 14 de Abril de 2014, de West Suburban Medical Center: <http://www.westsubmc.com/patients-and-visitors/health-library.aspx?chunkiid=258345>
- Vasquez, M. F. (03 de Enero de 2014). *Consultas Medicas*. Recuperado el 14 de Abril de 2014, de Nefrologia: http://www.drfernandovasquez.com/articulos_4.htm

Vega, A. O. (6 de Junio de 2009). *Enfermería Global*. Recuperado el 26 de Diciembre de 2013, de SciELO: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000200021&script=sci_arttext

Villagran Venegas, A. M. (2 de Mayo de 2012). Estudio de la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los y las pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) sometidos a hemodiálisis, en el Hospital Quito Nro. 1 de la Policía Nacional. Quito, Pichincha, Ecuador: Universidad Politecnica Salesiana.

Wright, S., Brownbridge, G., Fielding, D., & Stratton, P. (2007). Family attributions and adjustment to dialysis in adolescent end-stage renal failure. *Psychology & Health*, 77 - 88.

Wright, S. J., Brownbridge, G., Fielding, D., & Stratton, P. (1991). Family attributions and adjustment to dialysis in adolescent end-stage renal failure. *Psychology & Health*, Volume 5(Issue 1).

Citas Bibliográficas Base de datos UTA

EBRARYBlackledge, J., Ciarrochi, J., & Deane, F. (2009). *Acceptance and Commitment Therapy : Contemporary Theory, Research and Practice*. Australian Academic Press. Recuperado el 24 de Abril de 2015, de <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10551727&ppg=132>

EBRARYDryden, W. (2003). *Albert Ellis Live!* SAGE Publications Ltd. (UK). Recuperado el 24 de Abril de 2015, de <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10076761&ppg=9>

EBRARYMahoney, M. J. (2004). *Cognitive and Constructive Psychotherapies : Theory, Research, and Practice*. Springer Publishing Company. Recuperado el 24 de Abril de 2015, de <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10265504&ppg=44>

EBRARYMallappallil, M. C., & Friedman, E. A. (2010). *Present and Future Therapies for End-Stage Renal Disease*. World Scientific Publishing Co. Recuperado el 24 de Abril de 2015, de <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10422254>

EBRARYOffer, D., Offer, M. K., & Szafir, S. (May 2007). *Dialysis without Fear*. Oxford University Press, USA. Recuperado el 24 de Abril de 2015, de <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10271632&p00=renal+failure>

ANEXOS

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA

I. DATOS PERSONALES

1. Nombre: _____
2. Edad: _____
3. Fecha y lugar de nacimiento: _____
4. Fecha de evaluación: _____

II. DATOS DEMOGRÁFICOS

1. Sexo

- a) Femenino
- b) Masculino

2. Estado civil

- | | |
|----------------|------------------|
| a) Soltero(a) | e) Divorciado(a) |
| b) Casado(a) | f) Separado(a) |
| c) Viudo(a) | g) Madre soltera |
| d) Conviviente | h) Padre soltero |

3. Nivel educativo

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| a) Primaria incompleta | e) Técnico incompleta |
| b) Primaria completa | f) Técnico completa |
| c) Secundaria incompleta | g) Universitario incompleta |
| d) Secundaria completa | h) Universitario completa |

4. Lugar de procedencia

5. Lugar de residencia

6. Si es de otro lugar, pero se encuentra en Ambato ¿cuánto tiempo tiene
Viviendo en Ambato? ¿Reside en Ambato permanentemente? ¿Viene a Ambato
Sólo por temporadas?

7. Religión

- a) Católica
- b) Protestante/Evangélica
- c) Judía
- d) Otra: _____

III. DATOS MÉDICOS

1. ¿Cuánto tiempo hace que fue diagnosticado(s)?
 - a) De 1 a 6 meses
 - b) De 6 meses a 1 año
 - c) De 1 a 3 años
 - d) De 3 a 5 años
 - e) De 5 a 7 años
 - f) De 7 a 9 años
 - g) De 9 a 11 años
 - h) De 11 años a más

2. Tipo de tratamiento actual
 - a) Hemodiálisis
 - b) Diálisis Peritoneal
3. Tipo de tratamiento(s) pasado(s)
 - a) Hemodiálisis
 - b) Diálisis Peritoneal
 - c) Trasplante Renal

4. ¿Siempre ha estado bajo el tratamiento en el que actualmente se encuentra?
 - a) Sí
 - b) No

5. ¿Alguna vez cambió de tratamiento?
 - a) No
 - b) Sí

6. De haber cambiado de tratamiento
 - a) ¿Cuáles fueron los motivos para dicho cambio?

 - b) ¿A qué tipo de tratamiento cambió?

 - c) ¿Por cuánto tiempo se mantuvo en dicho tratamiento?

 - d) ¿Qué lo(a) condujo a su tratamiento actual?

7. Comorbilidad: enfermedades que acompañan a la IRCT
 - a) Hipotensión
 - b) Hipertensión
 - c) Diabetes mellitus
 - d) Problemas del corazón
 - e) Anemia

f)

Otros: _____

IV. COMPOSICIÓN FAMILIAR

1. ¿Con quiénes vive en casa?

a) Mamá h) Primos

b) Papá i) Sobrinos

c) Hermano(s) j) Nietos

d) Pareja k) Cuñado(a)

e) Hijo(s) l) Nuera/yerno

f) Abuelos m) Amigo(s)

g) Tíos

n) Otros: _____

V. ACTIVIDAD LABORAL Y MANUTENCIÓN

1. Dependiente asalariado

2. Dependiente por jornal

3. Independiente

4. Ama de casa

5. Desempleado(a)

6. ¿Usted mantiene económicamente a otra(s) persona(s) además de a sí mismo(a)? ¿A quiénes?

7. ¿Depende usted económicamente de alguien? ¿De quién?

VI. COMENTARIOS Y OBSERVACIONES DE LA EVALUACIÓN

1. ¿Qué le pareció la evaluación? ¿Qué comentarios tiene al respecto?

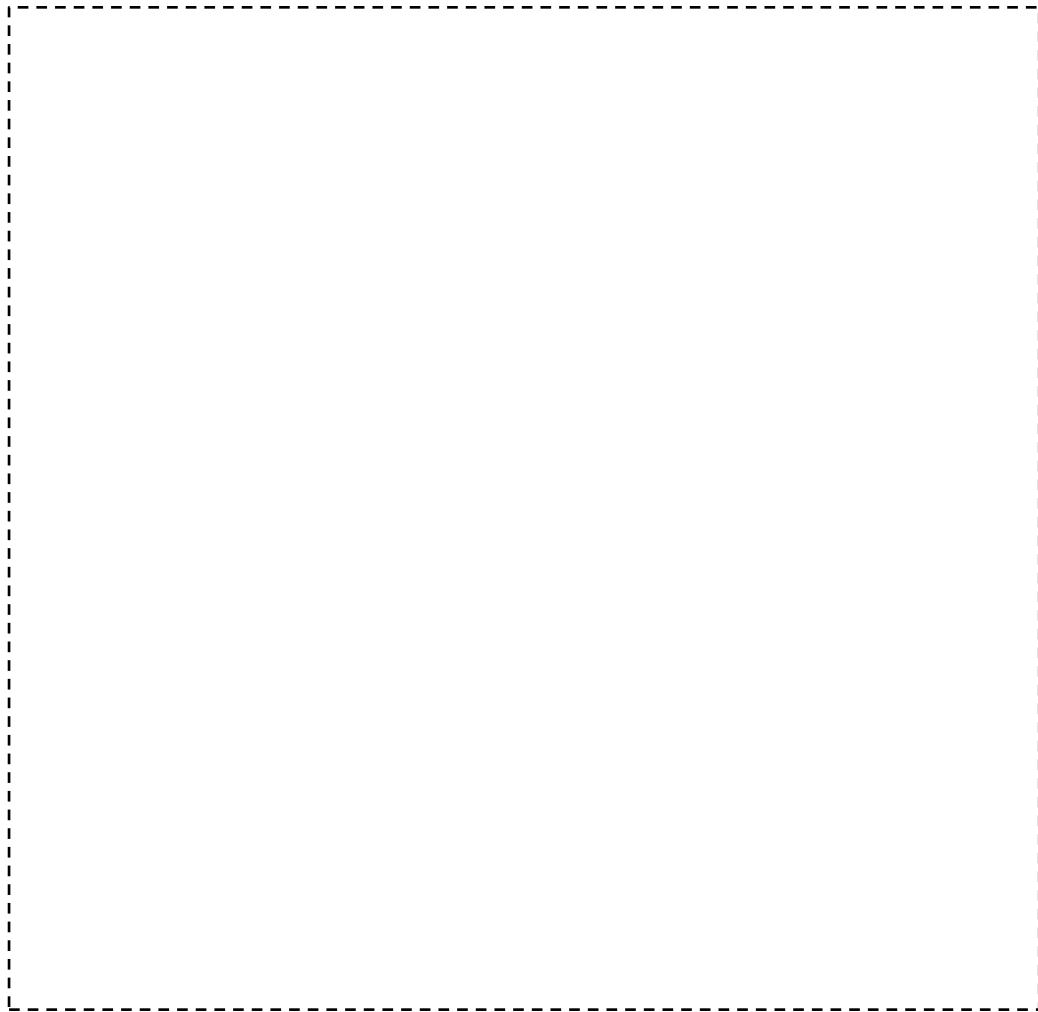
2. Observaciones de la evaluadora respecto al proceso de evaluación

ANEXO 2

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, porqué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:
1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4

29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
41	Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								
<i>A cumplimentar por el evaluador</i>								

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)

Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (baremo)

Pc	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pc
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30

35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N

ANEXO 3

Cuestionario de apoyo social MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. Dispone.

1. Aproximadamente , ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud?
(personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares

--	--

 cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?)

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5

13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5