



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA
DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Navarrete Marcial, Edgar Isaac

Tutor: Psc. López Castro, Walter Javier

Ambato – Ecuador

Mayo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO” de Edgar Isaac Navarrete Marcial, 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, Marzo del 2015

EL TUTOR

.....
Psc. López Castro, Walter Javier

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusivas responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2015

EL AUTOR

.....
Navarrete Marcial, Edgar Isaac

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación

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

Ambato, Marzo del 2015

EL AUTOR

.....
Navarrete Marcial, Edgar Isaac

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema: **“TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO”**, de Edgar Isaac Navarrete Marcial estudiante, de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Mayo del 2015

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1ER VOCAL

.....
2DO VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo le dedicó a Dios por guiarme siempre por el camino del bien, a mi esposa que siempre estuvo conmigo en los momentos buenos y malos de mi vida, a mis hijas Camila y Maite que son la razón de mi superación, a mis padres, especialmente a mami pilar fundamental en mi vida, a mis hermanos: Josué y David que me dieron siempre todo su apoyo.

Con todo cariño dedico este esfuerzo a todos ellos.

Edgar Isaac Navarrete Marcial

AGRADECIMIENTO

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

Al Psc Cl. Javier López primeramente por su amistad durante el transcurso de mi Carrera, por toda la colaboración brindada y por la paciencia durante la elaboración de este proyecto.

Y a todas aquellas personas que a lo largo de mi vida, o en algún momento de ella, sabiéndolo o no, demostrándolo o tampoco, *han creído en mi... me han aceptado y me han amado...*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE GENERAL

A. PÁGINAS PRELIMINARES

Portada.....	i
Aprobación del Tutor.....	ii
Autoría del Trabajo de Grado.....	iii
Derechos de Autor.....	iv
Aprobación del Jurado Examinador.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de contenidos.....	viii
Resumen.....	xv
Summary.....	xvii

B. TEXTO: INTRODUCCIÓN

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema.....	2
1.2. Planteamiento del Problema.....	2
1.2.1. Contextualización.....	2

1.2.2.	Árbol de Problemas	7
1.2.3.	Prognosis	8
1.2.4.	Formulación del Problema	9
1.2.5.	Preguntas Directrices	9
1.2.6.	Delimitación del Problema	9
1.2.6.1.	Delimitación Espacial	9
1.2.6.2.	Delimitación Temporal	10
1.2.6.3.	Delimitación Poblacional	10
1.2.6.4.	Delimitación de Contenido.....	10
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	15
2.3.	Fundamentación Psicológica.....	15
2.4.	Fundamentación Legal	17
2.5.	Categorías Fundamentales.....	19
2.5.1.	Variable Independiente	20
2.6.	Formulación de Hipótesis.....	43
2.7.	Señalamiento de Variables	43

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1.	Modalidad Básica de la Investigación.....	44
3.2.	Nivel o Tipo de Investigación.	44
3.3.	Población y Muestra.....	44
3.4.	Operacionalización de Variables.....	45
3.4.1.	Variable Independiente: Trastorno Mixto Ansioso Depresivo.....	45
3.4.2.	Variable Dependiente: Insuficiencia Renal Crónica	46
3.5.	Recolección de la Información.....	47
3.6.	Plan de Procesamiento de la Información	47
3.7.	Plan de Análisis y Recolección de la Información.....	48

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.	Resultados de Encuesta aplicada a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.	64
4.2.	Encuesta Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.....	49
4.3.	Verificación de la Hipótesis	78
4.4.	Planteamiento de la Hipótesis	78

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones:	83
5.2	Recomendaciones.....	83

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1	Datos Informativos.....	85
6.1.1	Título de la Propuesta.....	85
6.1.2	Institución Ejecutora	85
6.1.3	Beneficiarios	85
6.2	Antecedentes	85
6.3	Justificación.....	86
6.4	Objetivos	87
6.4.1	General	87
6.4.2	Específicos:	87
6.5	Fundamentación Científica	87
6.6.	Metodología	93
6.7	Marco Administrativo	99
6.7.1	Recursos Físicos o Institucionales	101
6.7.2	Recursos Humanos.....	101
6.7.3	Materiales.....	101

6.7.4 Económicos	101
------------------------	-----

C: MATERIALES DE REFERENCIA

Referencias Bibliográficas

Bibliografía	102
Revistas	103
Linkografía	104
Anexos	109

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1: Operacionalización Trastorno Mixto Ansioso Depresivo	43
Cuadro N° 2: Operacionalización Insuficiencia Renal Crónica	46
Cuadro N° 3: Recolección de la Información	47
Cuadro N° 4: Procesamiento de casos	79
Cuadro N° 5: Tabulación Cruzada	79
Cuadro N° 6: Gráfico. Tabulación Cruzada	80
Cuadro N 7: Pruebas de chi-cuadrado	81
Cuadro N 8: Correlaciones	81
Cuadro N 9: Modelo Operativo	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Diagnóstico de 1 a 5 años	49
Tabla N° 2: Diagnóstico de 5 a 10 años	50
Tabla N° 3: Diagnóstico > 10 años	51
Tabla N° 4: La Diabetes Mellitus	51
Tabla N° 5: La Hipertensión Arterial	52
Tabla N° 6: Tratamiento de hemodiálisis	52

TablaN° 7: Tratamiento es < a 3 años	53
Tabla N° 8: Tratamiento es de 3-6 años	56
Tabla N° 9: Lista de espera para un trasplante	57
Tabla N° 10: Tratamiento psicológico en la unidad	58
Tabla N° 11: Alguna persona para su cuidado	59
Tabla N° 12: Asesoramiento psicológico	60
TablaN° 13: Se encuentra en tratamiento psicológico	61
Tabla N° 14: Tratamiento psiquiátrico	62
Tabla N° 15: Me siento tenso/a o nervioso/a.....	63
Tabla N° 16: Disfruto con lo que me gusta hacer	64
Tabla N° 17: Sensación de miedo	66
Tabla N° 18: Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas.	67
Tabla N° 19: Mi mente llena de preocupaciones.	68
TablaN° 20: Me siento alegre.....	69
Tabla N° 21: Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	70
Tabla N° 22: Siento como si yo cada día estuviera más lento	71
Tabla N° 23: Tengo una sensación extraña	72
Tabla N° 24: He perdido el deseo de estar bien arreglado	74
Tabla N° 25: Me siento inquieto.	75
Tabla N° 26: Me siento con esperanzas respecto al futuro	76
Tabla N° 27: Presento una sensación de miedo.....	77
Tabla N° 28: Me divierto con un buen libro.....	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Diagnóstico de 1 a 5 años	49
Gráfico N° 2: Diagnóstico de 5a10 años	50
Gráfico N° 3: Diagnostico > 10 años	51
Gráfico N° 4: La Diabetes Mellitus.....	52
Gráfico N° 5: La Hipertensión Arterial	53
Gráfico N° 6: Tratamiento de hemodiálisis.....	54
Gráfico N° 7: Tratamiento es < a 3 años	55

Gráfico N° 8: Tratamiento es de 3-6 años.....	56
Gráfico N° 9: Lista de espera para un trasplante.....	57
Gráfico N° 10: Tratamiento psicológico en la unidad.....	58
Gráfico N° 11: Alguna persona para su cuidado.....	59
Gráfico N° 12: Asesoramiento psicológico.....	60
Gráfico N° 13: Se encuentra en tratamiento psicológico.....	61
Gráfico N° 14: Tratamiento psiquiátrico.....	62
Gráfico N° 15: Me siento tenso/a o nervioso/a.....	63
Gráfico N° 16: Disfruto con lo que me gusta hacer.....	64
Gráfico N° 17: Sensación de miedo.....	66
Gráfico N° 18: Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas.....	67
Gráfico N° 19: Mi mente llena de preocupaciones.....	68
Gráfico N° 20: Me siento alegre.....	69
Gráfico N° 21: Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.....	70
Gráfico N° 22: Siento como si yo cada día estuviera más lento.....	71
Gráfico N° 23: Tengo una sensación extraña.....	72
Gráfico N° 24: He perdido el deseo de estar bien arreglado.....	74
Gráfico N° 25: Me siento inquieto.....	75
Gráfico N° 26: Me siento con esperanzas respecto al futuro.....	76
Gráfico N° 27: Presento una sensación de miedo.....	77
Gráfico N° 28: Me divierto con un buen libro.....	79

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama N° 1: Árbol de Problema.....	7
Diagrama N° 2: Categorías Fundamentales.....	19

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

**“TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA
DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO”**

Autor: Navarrete Marcial, Edgar Isaac

Tutor: Psc. López Castro, Walter Javier

Fecha: Marzo del 2015

RESUMEN

La insuficiencia renal crónica (IRC) consiste en una disminución progresiva y global de la función renal, es el estadio más grave de la enfermedad renal, durante la cual se hace necesaria para la supervivencia, la implementación de un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante diálisis y en otros pocos casos de un trasplante.

El objeto de este estudio fue investigar la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes con Insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Como instrumentos se utilizaron: una encuesta semiestructurada para pacientes dializados, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. El 68%% de los participantes manifestó ambos cuadros clínicos en una misma situación.

Estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento de Hemodiálisis (HD). La intensidad de las reacciones emocionales

varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la HD, sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis.

La Terapia Racional Emotiva (TREC) es una propuesta de tratamiento para ayudar a redirigir la vinculación del pensamiento y la conducta del paciente que padece este tipo de enfermedad, esta terapia según investigaciones realizadas con profesionales han demostrado resultados muy favorables que ayudan a mejorar su condición de vida.

Palabras Claves: ANSIEDAD, DEPRESIÓN, INSUFICIENCIA_RENAL, TRASTORNO, HEMODIÁLISIS, TERAPIA_RACIONAL, EMOCIONES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCE
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**“ANXIOUS JOINT DISORDER DEPRESSION IN PATIENTS WITH
CHRONIC RENAL SERVICE NEPHROLOGY IESS CITY HOSPITAL
AMBATO”**

Author: Navarrete Marcial, Edgar Isaac

Tutor: Psc. López Castro, Walter Javier

Date: March 2015

SUMMARY

Chronic renal failure (CRF) is a progressive and comprehensive decreased renal function, is the most severe stage of kidney disease, during which it is necessary for survival, the implementation of a replacement therapy for renal function by dialysis and in a few other cases of transplantation.

The purpose of this study was to investigate the presence of anxiety and depression in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. As instruments were used: a semi-structured survey to dialysis patients, the Hospital Anxiety and Depression Scale. 68 %% of the participants expressed both clinical pictures in the same situation.

These patients often have varying degrees of emotional disturbances related to organic symptoms, limitations imposed by the IRC and treatment of hemodialysis (HD). The intensity of emotional reactions varies from patient to patient depending on the cognitive assessment made of the impact of kidney disease and

HD on their living conditions; also related to individual skills to adapt to the condition of dependence on hemodialysis.

Rational Emotive Therapy (RET) is a proposed treatment to help redirect the connection of thought and behavior of the patient suffering from this type of disease, according to research this therapy professionals have shown very favorable results that help improve your condition of life.

Keywords: ANXIETY, DEPRESSION, KIDNEY_DISEASE, DISORDER, HEMODIALYSIS, RATIONAL_THERAPY, EMOTIONS.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de la insuficiencia renal crónica (IRC) ha venido incrementándose de una manera considerable en los últimos años. De igual manera el incremento de estos pacientes va de la mano con el estado de ánimo, que caen en un estado depresivo, ansiedad debida a los múltiples tratamientos y sobre todo en casos extremos en diálisis.

La Organización Mundial de la Salud ha anunciado que en los próximos años la depresión y la ansiedad serán la segunda enfermedad más común y la segunda también económicamente más costosa a nivel mundial. Este tipo de enfermedades psiquiátrica son las más tratadas frecuente. En investigaciones que se ha realizado por parte de la OMS manifiesta que la depresión para ser tratada habitualmente por un psiquiatra es de un 10% de la población durante toda su vida. Esta condición es la primera causa de hospitalizaciones psiquiátricas, mientras que un 80% que sufren alteraciones psiquiátricas de ansiedad y depresión no son tratadas o reciben algún tipo de tratamiento.

Los pacientes al igual que los familiares deben tener conocimientos sobre cuáles son las consecuencias psicológicas que conlleva el lento y agresivo proceso de tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica. En ciertos casos los familiares deben considerar o comprender algunas conductas propias del paciente, quienes son los primeros que deben entregar el apoyo necesario y efectivo, los mismos que deben alentar y reforzar las conductas que asuma el paciente, corrigiendo o compensando aquellos que no son los adecuados.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema

“Trastorno Mixto Ansioso Depresivo en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato”

1.2. Planteamiento del Problema

1.2.1. Contextualización

MACRO

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo hay aproximadamente 150 millones de personas con enfermedad renal crónica, es una de las diez primeras causas de muerte, y el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en desarrollo” (Pupiales, 2012, pág. 3)

“Entre los registros más completos están, el de Estados Unidos de Norteamérica, en donde la incidencia es de 150 a 200 pacientes por millón de habitantes y la prevalencia está entre 1100 y 1300 pacientes por millón de habitantes, con un total de 300 mil pacientes con algún tipo de tratamiento para la insuficiencia renal crónica terminal, en los EE.UU” (Pupiales, 2012, pág. 3)

El padecimiento de una patología, tal como lo es la Insuficiencia Renal Crónica, lleva a una persona no solo al cambio físico y biológico, sino también a la reestructuración psicológica y social de los sistemas de significación que como seres humanos se desarrollan para formar experiencias y motivar la conducta. (Gomez, Naranjo, & Olarte, 2011)

“En cuanto a las estadísticas de ansiedad y depresión, el doctor Gallardo médico psiquiatra señala, según datos de la OMS, que más de 121 millones de personas padecen depresión en todo el mundo, convirtiéndose en la primera causa de discapacidad global mundial; además se estima que el 29% de la población sufre un problema de ansiedad a lo largo de su vida” (Gomez, Naranjo, & Olarte, 2011, pág. 3).

En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos de ansiedad y depresión contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan 11.5% de la carga total de enfermedades. Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3%. En un análisis realizado por la OMS en 2001, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales.

Instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han planteado como una prioridad la investigación, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales (OMS, 2004). Entre las que destacan se encuentra la depresión, que, de acuerdo con la OMS, se ubica como la cuarta causa mundial de morbilidad y se estima que será la segunda causa para el año 2020.

MESO

En el Ecuador según el artículo publicado por Diario El Universo en 2004, señala que 1700 personas anualmente presentan algún tipo de Insuficiencia Renal Crónica, al menos 500 de ellas son candidatas potenciales a un trasplante, de acuerdo a un informe de la fundación Iñigo Álvarez de Toledo En el Ecuador el promedio de pacientes ingresados anualmente en programas de sustitución de función renal es de 284 pacientes por millón de habitantes. (Pupiales, 2012, pág. 5)

Son escasas las investigaciones, no se han ejecutado a nivel del Ecuador, sin embargo, se está dando la importancia necesaria debido a que es un problema que afecta a personas del mundo entero, Ecuador no es la excepción; las alteraciones psicológicas son una respuesta al estrés que les produce sobrellevar esta enfermedad, su tratamiento y cambios en su estilo de vida.

Según la Universidad de Cuenca refiere que la hemodiálisis es el tratamiento estándar en los pacientes con insuficiencia renal crónica, el cual es de por vida y trae consigo múltiples repercusiones, como la depresión. Esto debe ser tomado en cuenta dentro del manejo terapéutico.

Se estudió una población de 144 pacientes con una media de edad de 53.70 años y un DS de 17.39 años, de los cuales el 60.4% fueron del sexo femenino, en el 65.3% de los casos estuvieron casados, y el 40.3% se encontraban desempleados, el 83.3% de los casos provenían de familias funcionales. Y el 50.7% de los pacientes se encontraban con un tiempo de tratamiento de 12-60 meses. Los grados de depresión fueron: leve en 11.8% y moderada: 4.2%. La ocupación y funcionalidad familiar se relaciona con la depresión en esta población. (Monsaleve & Morales, Stephanie, 2011, pág. 1)

En la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, la cual da servicio a 48 pacientes se realizó un estudio con la finalidad de ver cómo se relaciona el Tratamiento de Hemodiálisis con la depresión y ansiedad.

Para ello se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Ansiedad de Hamilton, reactivos aplicados a cada uno de los pacientes. En los cuales se pudo comprobar que inicialmente pasan por un periodo de negación de la enfermedad puesto que no es fácil aceptar el mantenerse bajo un tratamiento de por vida, además sobrevienen estados de depresión y ansiedad caracterizados por bajo estado anímico, desesperación, desesperanza, sentimientos de muerte, agudización de síntomas físicos que hacen que los pacientes vean su vida como un martirio no aceptando de la mejor manera su condición de vida actual.

En el Ecuador se evidencia que en los hospitales existen profesionales de la salud mental como son psiquiatras y psicólogos debido a la presencia de enfermedades de índole mental, dando importancia a patologías como la IRC y las alteraciones psicológicas. (Jerez, 2012, pág. 12)

MICRO

A nivel de Tungurahua especialmente en el Hospital IESS de Ambato el área de diálisis fue creada el 23 de agosto del 2011, para brindar tratamiento a personas que padecen de insuficiencia renal crónica; en la actualidad el hospital ofrece atención médica, psiquiatra y psicológica, brindando una oportunidad para el mejoramiento en la calidad de vida.

Según datos estadísticos obtenidos por el servicio de estadística del Hospital IESS de la ciudad de Ambato en el año 2011 fueron diagnosticados 27 pacientes de los cuales 12 tienen un diagnóstico de IRC y los 15 padecen IRC terminal.

En el Hospital IESS de Ambato el 23 de agosto del 2011 fue creada el área de diálisis para los pacientes que necesitan de tratamiento, siendo esto muy favorable para los mismos ya que antes los remitían a clínicas particulares, en la actualidad el hospital ofrece atención médica, psiquiatra y psicológica a todos los pacientes que padecen esta enfermedad lo que ayuda a contrarrestar muchas molestias de índole mental y psicológico.

Según estadísticas del IESS “en el año 2011, hubo 1257 pacientes en diálisis, 970 en el IESS, 120 en establecimientos públicos, 92 en privados y 75 en semipúblicos” (El Universo, 2012). “Sólo el 35% de los pacientes con problema renal reciben atención, pero alrededor de 1000 pacientes son beneficiados con el programa del Ministerio de Salud Pública, tanto en los hospitales de especialidades, como en las diferentes unidades de diálisis” (El Universo, 2013)

Según datos obtenidos del Hospital Provincial Docente Ambato, en el año 2011 se encuentran registrados en esta institución 96 pacientes con insuficiencia renal crónica y en terapia renal sustitutiva, distribuidos de la siguiente manera: en terapia de hemodiálisis 35 pacientes realizándose dicho tratamiento en la Ciudad de Ambato; 20 pacientes con el mismo tratamiento, realizándose en un Centro de Hemodiálisis en la Ciudad de Latacunga, 24 pacientes se encuentran en terapia con diálisis peritoneal automatizada, y 17 pacientes en diálisis peritoneal manual. (Pupiales, 2012, pág. 6)

1.2.2. Árbol de Problemas

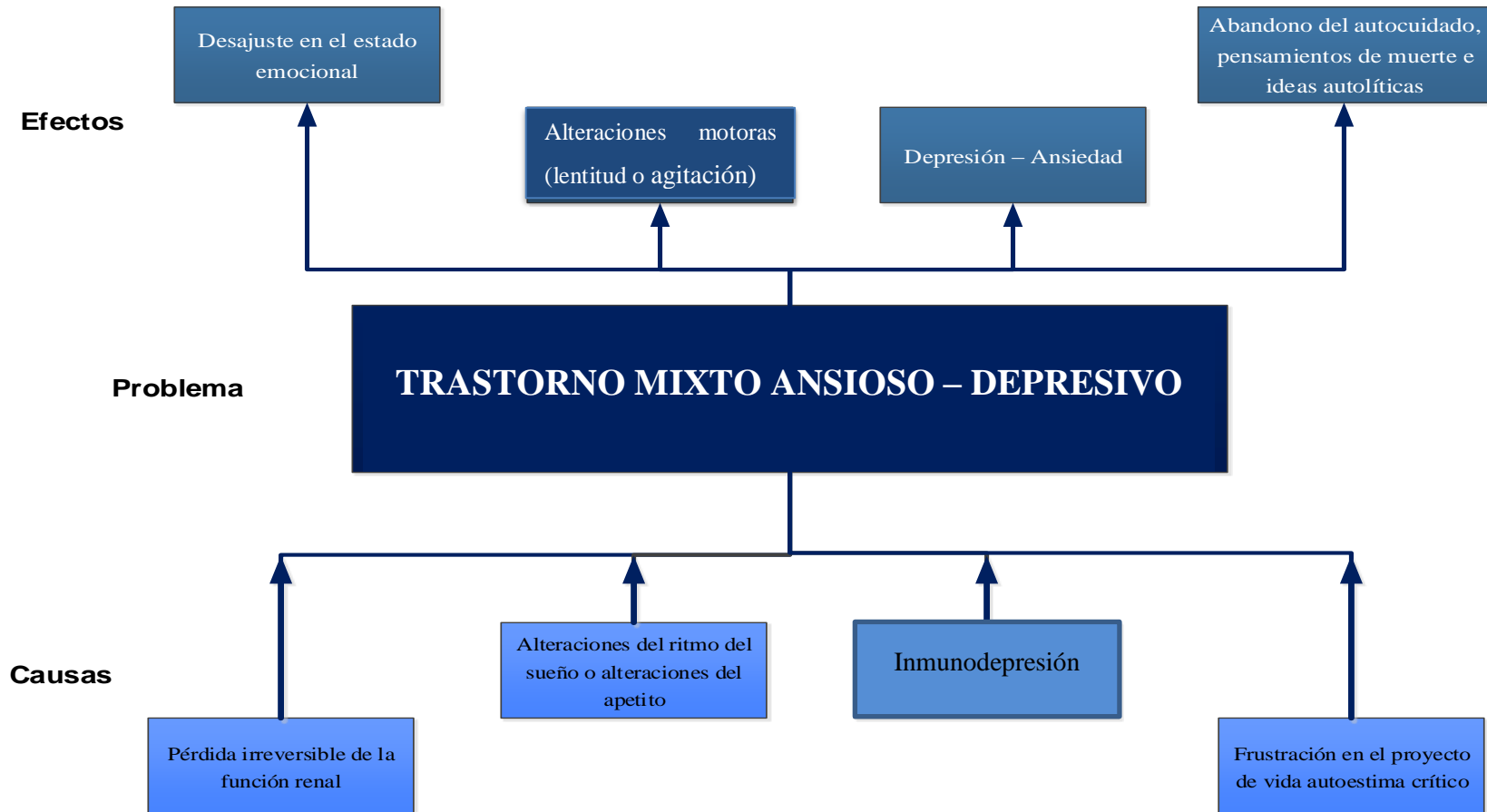


Diagrama N° 1: Árbol de Problemas
Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis Crítico

En la insuficiencia renal crónica al existir una pérdida irreversible de la función renal hace que en el individuo se generen diversas situaciones estresantes, lo que ocasiona desajustes en su estado emocional. Razón por la cual la concepción de salud ha ido evolucionando en las últimas décadas, dirigiéndose hacia un enfoque mucho más integral en el que el bienestar psicológico es un componente fundamental del estado de salud.

La salud del paciente con Insuficiencia Renal Crónica, se ve disminuida debido a diversos cambios que va adquiriendo por el mismo hecho de su enfermedad como son alteraciones del ritmo del sueño y del apetito conllevando a que se produzcan dificultades motoras (lentitud, agitación) es por esto que el profesional de psicología tiene un importante desafío el cual es dirigir una adecuada estructuración de alternativas terapéuticas las cuales deben estar enfocadas en la adaptación a un nueva condición de vida, disminuir ideas de minusvalía, aumentar la esperanza de vida de la persona y ayudar a alcanzar mayor bienestar.

El sistema inmunológico en un paciente renal funciona por debajo del índice de normalidad, ocasionando condiciones de inestabilidad, no solo físicas sino psicológicas como ansiedad y depresión, a su vez frustración en su proyecto de vida y disminución en su autoestima, es por eso necesario e importante investigar sobre el adecuado abordaje psicológico para aumentar así la capacidad de resiliencia del paciente y lograr disminuir los efectos negativos que acompañan a la aceptación de la enfermedad.

1.2.3. Prognosis

La Insuficiencia Renal Crónica al ser considerada como catastrófica debe ser abordada de manera integral, las afectaciones que conlleva ser diagnosticado con este tipo de patología provocan desajustes psicológicos como la ansiedad y la depresión ocasionando inestabilidad en su esfera biopsicosocial, es por esto que si

no se establece un adecuado abordaje multidisciplinario en este tipo de pacientes a futuro hará que presenten dificultades en la aceptación, asimilación y afrontamiento de la enfermedad, impidiendo así establecer una nueva filosofía de vida, lo que podría ser causa de aumento de morbimortalidad.

La parte psicológica es importante en el tratamiento del paciente, por tal motivo es primordial confirmar por medio de un estudio como incide el trastorno ansioso depresivo o que ocasiona esta patología crónica sobre el paciente que padece Insuficiencia Renal Crónica.

1.2.4. Formulación del Problema

¿La Insuficiencia Renal Crónica se relaciona con el Trastorno Mixto Ansioso Depresivo en pacientes del servicio de Nefrología del hospital IESS de la ciudad de Ambato?

1.2.5. Preguntas Directrices

- ❖ ¿Qué grado de Insuficiencia Renal tienen los pacientes?
- ❖ ¿Qué nivel de trastorno ansioso depresivo tienen los pacientes?
- ❖ ¿Cómo se puede plantear una solución de la investigación?

1.2.6. Delimitación del Problema

1.2.6.1. Delimitación Espacial

La investigación se realizó a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

1.2.6.2. Delimitación Temporal

La investigación se realizó en el periodo comprendido entre Mayo –Agosto 2014

1.2.6.3. Delimitación Poblacional

La presente investigación se realizó a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

1.2.6.4. Delimitación de Contenido

Campo: Psicología Clínica

Área: Trastorno mixto ansioso – depresivo

Aspecto: Trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes con insuficiencia renal crónica.

1.3. Justificación

La presente investigación es de importancia por el gran impacto psicológico que genera una enfermedad crónica en el ciclo vital del ser humano, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, la cual estará relacionada con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro.

La investigación es de gran interés debido a que permitirá establecer criterios que consideren que la atención a las personas con enfermedades como la Insuficiencia Renal Crónica, son de prioridad en donde será fundamental analizar los correlatos de la enfermedad con los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología como en su evolución a lo largo del tiempo.

La investigación es factible debido a que se cuenta con la población necesaria con la colaboración del personal médico capacitado, el apoyo y la apertura total del Hospital IESS de la ciudad de Ambato para realizar este trabajo, con lo cual cabe mencionar que se cuenta con los recursos tanto humanos como materiales.

La aplicación de esta investigación es necesaria, de modo que se estudia más a fondo las alteraciones psicológicas como la depresión, ansiedad, las cuales perjudiciales para el tratamiento de la enfermedad de Insuficiencia Renal Crónica.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- ❖ Analizar la relación entre la Insuficiencia Renal Crónica y el Trastorno Mixto Ansioso Depresivo en pacientes del servicio de nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

1.4.2. Objetivos Específicos

- ❖ Detectar el grado de Insuficiencia Renal de los pacientes.
- ❖ Determinar el nivel de Trastorno Mixto Ansioso Depresivo que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
- ❖ Proponer técnicas de afrontamiento para pacientes con insuficiencia renal crónica que presenten trastorno mixto ansioso depresivo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

Realizando una investigación bibliográfica se ha encontrado diversas investigaciones relativas al tema propuesto las cuales se han citado las más importantes.

Autores: Páez, & Miguel Ángel de Bortoli

Tema: Ansiedad y Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis.

Conclusiones:

- ❖ El objeto de este estudio fue investigar los niveles de ansiedad y depresión en 30 pacientes (15 mujeres) con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de entre 25 y 85 años.
- ❖ Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. A lo cual concluyen que el 56,7% de los participantes manifestó algún grado de depresión... La ansiedad estado fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis.
- ❖ El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad mayor a la media.

❖ **Autores:** Gómez, Naranjo, & Olarte.

Tema: Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de una unidad de diálisis de la ciudad Armenia Quindío.

Conclusiones:

- ❖ Se puede evidenciar que los pacientes con insuficiencia renal crónica de la muestra presentan ansiedad y depresión, ya que se encontró tendencias ansiosas en el 66% de los pacientes encuestados y tendencias depresivas en el 28%.
- ❖ El análisis de la ficha de caracterización mostró que factores referentes a la red social y familiar de apoyo, tales como estado civil, número de personas con quien vive y componentes religiosos, son favorecedores en la adhesión al tratamiento, son todos los factores predisponentes a vulnerar la condición biopsicosocial del enfermo, perturbando significativamente su calidad de vida.
- ❖ Se encontraron patrones comportamentales mostrando que la mayoría de los sucesos de su vida son estresantes sin tener relevancia, algunas alteraciones con representaciones a nivel orgánico y social como pérdida del interés por el aspecto personal, preocupaciones constantes.

Tema: Depresión y Ansiedad en los pacientes de hemodiálisis, Instituto de Nefrología, 2011-2012

Autores: Benítez, Vázquez Adán, & Álvarez Mesa.

Conclusiones:

- ❖ La enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis son sucesos vitales y estresantes que afectan tanto al paciente como a su familia, la mayoría de las enfermedades crónicas afectan aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen.
- ❖ En los participantes del estudio el nivel de ansiedad manifestó una asociación positiva con el grado de depresión, siendo el sexo masculino el más afectado, concordando con la investigación de Moreno.
- ❖ Con respecto a la edad, de los resultados de esta investigación se infiere que mientras mayor edad tienen los enfermos renales crónicos, los niveles de depresión aumentan.

Tema: Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas

Autores: Álvarez & Fernández-Reyes.

Conclusiones:

- ❖ Los enfermos en hemodiálisis presentan con frecuencia trastornos emocionales (ansiedad y/o depresión), que parecen asociados a una serie de síntomas físicos no específicos, y que repercuten de forma significativa en su bienestar. La medida de la salud percibida, mediante cuestionarios genéricos y específicos contribuye al diagnóstico de estas alteraciones.
- ❖ En una población de 58 pacientes en programa de hemodiálisis durante tres meses los síntomas más frecuentes fueron cansancio, sed, dolores de huesos, articulaciones y alteraciones del sueño, que eran significativamente más frecuentes/severos en las mujeres y en los pacientes con ansiedad y depresión.

- ❖ Alrededor de la cuarta parte de los pacientes tenían niveles patológicos de ansiedad y cerca de la mitad síntomas cognitivos de depresión. Los trastornos emocionales se asociaban a la severidad de los síntomas y de la patología asociada (comorbilidad).

2.2. Fundamentación Filosófica

La investigación se guiará en el paradigma crítico – propositivo cuya finalidad es la comprensión del problema, la identificación de las dificultades que puede ocasionar la Insuficiencia Renal Crónica en las personas y la acción transformadora para su entorno y la sociedad.

Es crítico porque enmarca los esquemas sociales y propositivo debido a que en la investigación siempre se planea nuevas alternativas de solución, sin detenerse en una simple observación de los fenómenos de estudio.

Tomando en cuenta otro aspecto del paradigma crítico- positivista es la interacción activa tanto del investigador como los pacientes de insuficiencia renal crónica en el proceso de hemodiálisis en investigación, permitiéndose así flexibilidad en cuanto a comentarios e información.

2.3. Fundamentación Psicológica

Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis.

Albert Ellis, es el creador de la Terapia Racional Emotiva (TREC). Su método terapéutico intenta descubrir las irracionalidades de nuestros pensamientos y con ello sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas que son consecuencia de los esquemas mentales distorsionados. Ellis parte de la hipótesis de que no son los acontecimientos (A) los que nos generan los estados emocionales (C), sino la manera de interpretarlos (B). No es A quien genera C, sino B. Por tanto, si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales

seremos capaces de generar nuevos estados emocionales menos dolorosos y más acordes con la realidad, por tanto, más racionales y realistas.

El Dr. Albert Ellis, psicólogo, inició hacia 1956, una nueva corriente psicoterapéutica, conocida hoy como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Seis años más tarde (1962), el Dr. Aarón Beck, psicólogo psicoanalista y profesor de psiquiatría, desarrolló esta modalidad como una nueva propuesta en psicoterapia, la cual fue realmente muy eficaz en el tratamiento de depresiones y trastornos de ansiedad.

Principios básicos de la TREC, la cognición es el determinante más importante y accesible de la emoción humana. De manera sencilla, sentimos lo que pensamos. No son las circunstancias ni los demás los que nos hacen sentir como sentimos, sino es nuestra manera de procesar estos datos, seamos o no conscientes de ello. (Almansa, 2011).

Para cambiar nuestra perturbación emocional, para mejorar nuestros problemas emocionales y conductuales, debemos cambiar nuestros esquemas disfuncionales de pensamiento. Los esquemas disfuncionales de pensamiento son causados por factores múltiples, que incluyen causas genéticas, biológicas y las influencias ambientales. Las creencias irracionales pueden cambiarse mediante esfuerzos activos y persistentes para reconocer, desafiar y revisar el propio pensamiento.

En la "terapia racional emotiva conductual" (TREC), los trastornos son vistos como un problema en el sistema de creencias por lo que inicialmente se le llamó Terapia Racional (TR), lo que subrayaba la intención de producir un cambio filosófico del cliente mediante la confrontación socrática. (Almansa, 2011)

La TREC contiene elementos altamente evocativos emocionalmente, así como componentes conductuales (orientada a la acción, asignación de tareas terapéuticas, desensibilización en vivo y entrenamiento en habilidades). El modelo reconoce el énfasis en los pensamientos racionales, incluye sus objetivos terapéuticos dirigidos a minimizar los disturbios emocionales y las conductas

autoderrotistas, capacitándoles para vivir una existencia más plena y placentera (Ellis y Bernard, 1985).

La terapia es uno de los tratamientos más eficaces para los trastornos donde la ansiedad y la depresión son el principal problema. Además es un procedimiento eficaz para casos moderados y graves de depresión.

2.4. Fundamentación Legal

Ley Orgánica de Salud

Enfermedades Terminales

Art. 146.- Se entenderá por enfermedad en estado terminal a todo padecimiento reconocido como irreversible, progresivo, que no responda a tratamientos curativos, que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida sea limitado de acuerdo a la normativa que defina la Autoridad Sanitaria Nacional para el efecto, independientemente de su edad cronológica.

Art. 147.- La Autoridad Sanitaria Nacional, mediante el Sistema Nacional de Salud garantizará a las personas que padezcan este tipo de enfermedades tratamientos de cuidados paliativos durante el tiempo que permanezcan con vida. Los cuidados paliativos se enfocarán en el control del dolor, así como, en cubrir las necesidades psicológicas, emocionales, socio-familiares, culturales, espirituales y religiosas, respetando la voluntad de los pacientes.

Art. 148.- La Autoridad Sanitaria y los miembros del Sistema Nacional de Salud garantizarán los derechos del enfermo en situación terminal, otorgando un tratamiento adecuado en cada momento a su situación, y a lo largo de todo su proceso evolutivo; y, facilitarán los medios terapéuticos para una muerte natural en condiciones dignas.

Art. 149.- La Autoridad Sanitaria Nacional se encargará de establecer políticas, programas y estrategias operativas en el modelo de atención que recojan los derechos de los enfermos con enfermedades terminales. (Velazco & Quirola, 2008, s/p).

2.5. Categorías Fundamentales

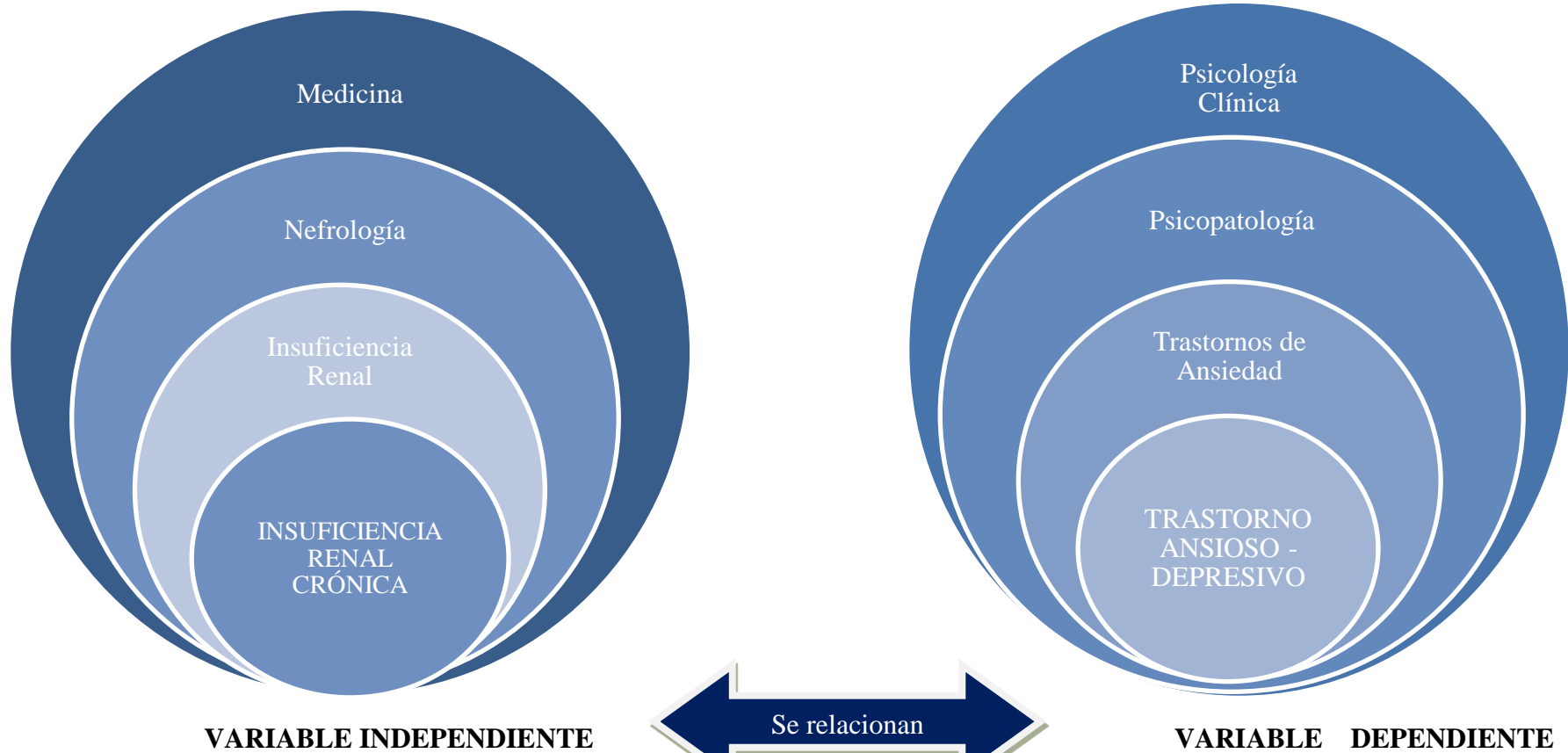


Diagrama N° 2: Categorías Fundamentales
Elaborado por: Isaac Navarrete

2.5.1. Variable Independiente

MEDICINA

La medicina ha sido definida corrientemente como "la ciencia que tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud", o "el arte de prevenir, cuidar y asistir en la curación de la enfermedad", o finalmente, la ciencia de curar y precaver las enfermedades. (Santamaría, 2013)

La medicina, junto a la enfermería y otras disciplinas, forman el grupo de las ciencias de la salud, dedicadas al diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Para ejercer la medicina, es necesario cursar estudios que permiten obtener el grado necesario y la habilitación correspondiente. De esta forma, el médico o doctor recibido está en condiciones de convertirse en un agente de salud en el proceso sanitario, estableciendo una relación con el agente pasivo (el paciente, que es la persona enferma o que busca cuidar su salud). Existen numerosas especialidades dentro de la medicina, de acuerdo a la parte del cuerpo a la que se dedican, a los tipos de enfermedades o a otros factores que permiten establecer la clasificación. (Botto, 2011)

Desde el tiempo de la Grecia clásica se ha pensado que los dos objetivos de la medicina son conservar la salud y curar las enfermedades. De allí las dos hijas del dios Esculapio, Hygieia y Panacea. Hygieia era la diosa de la conservación de la salud, mientras que Panacea lo era de la curación de las enfermedades. Más recientemente, Claude Bernard, en su genial obra "Introducción a la Medicina Experimental", propone también que los dos objetivos de la medicina son "conservar la salud y curar las enfermedades". (Santamaría, 2013)

Sin embargo, no se debe olvidar que si la salud fuera un don garantizado no nos preocuparíamos por conservarla. Es debido a que enfermamos o, lo que es lo mismo, a que perdemos la salud, que surge en nosotros esa preocupación. Por la razón, pensamos que al definir la medicina se debe hablar de prevenir las

enfermedades más bien que de conservar la salud. Teniendo en mente estas consideraciones, proponemos definir la medicina como el conjunto de conceptos, procedimientos y recursos materiales, con los que se busca prevenir y curar las enfermedades. (Santamaría, 2013, pág. 33)

A través del tiempo y con el progreso de la civilización y el avance cultural, los conceptos médicos se han ido haciendo más científicos los procedimientos más técnicos, y los recursos más tecnológicos, sin querer esto decir que la ciencia, la técnica y la tecnología lo son todo en medicina. Muchas veces conceptos médicos tienen la forma científica pero carecen de una comprobación estricta, como la ciencia lo que requiere. Y no se puede ni se debe ignorar que el efecto curativo del médico y sus medicinas tienen siempre un contenido de sugestión, conocido generalmente como el efecto placebo.

“La medicina es el conjunto de técnicas y conocimientos orientados a preservar o recuperar la salud del ser humano” (Larousse, 1999. s/p.). Para la consecución de sus fines, la medicina se sustenta en una serie de procedimientos: diagnóstico, que consiste en la correcta identificación de los problemas que aquejan al paciente; tratamiento, que consiste en las disposiciones a tomar para aliviar las enfermedades, tratando de alcanzar la curación, y finalmente, la prevención, que consiste en las disposiciones tomadas para evitar males posibles. (Amaya, 2014)

Por consiguiente, la práctica de la medicina tiene por meta primaria la preservación o el restablecimiento de la salud de las personas, entendida como el estado de bienestar biológico, psicológico y social de los individuos. No obstante, el alcance de la ciencia médica excede este objetivo principal y se dirige también a la promoción de la salud y a la tarea de asistencia de aquellos individuos en quienes no es posible la recuperación de la salud, como ocurre con los enfermos terminales o los discapacitados graves. (Amaya, 2014, pág. s/n).

NEFROLOGÍA

En su sentido más amplio, la Nefrología se define como el estudio del riñón y ampliamente como el estudio de la estructura y función renal tanto en la salud como en la enfermedad, incluyendo la prevención y tratamiento de las enfermedades que afectan al riñón, a todas las edades (Portal Médicos, 2012, pág. s/n).

La Nefrología es la especialidad médica que estudia la anatomía de los riñones y sus funciones. Tiene como campo la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del riñón y sus consecuencias que en resumen son:

- ❖ Los pacientes son referidos a los especialistas de nefrología por diferentes razones:
- ❖ Insuficiencia renal, es la condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente
- ❖ Insuficiencia renal aguda, una pérdida repentina de la función renal.
- ❖ Insuficiencia renal crónica, síntomas de declinación de la función renal, a menudo una subida de la creatinina, que persiste más de 3 meses.
- ❖ Hematuria, pérdida de sangre por la orina.
- ❖ Proteinuria, la pérdida de proteína, especialmente albúmina, en la orina.
- ❖ Piedras en el riñón.
- ❖ Hipertensión que ha fallado en responder a las formas múltiples de medicación antihipertensiva o puede tener una causa secundaria.
- ❖ Personas que requieren iniciar terapia renal sustitutiva como trasplante renal, hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- ❖ Glomerulopatías afectación directamente al glomérulo, parte fundamental de la Nefrona la cual se encarga de impedir que ciertas sustancias del organismo se excreten de forma anormal por la orina.
- ❖ Síndrome Nefrítico síndrome nefrológico caracterizado por pérdida de proteínas en orina en un rango menor de 3.5g/24hrs, hematuria macro o microscópica e hipertensión arterial.

- ❖ Síndrome Nefrótico.
- ❖ Pacientes en terapias de sustitución renal como son:
- ❖ Diálisis peritoneal
- ❖ Hemodiálisis
- ❖ Trasplante renal (Íglesias, 2013, pág. s/n)

Debido a que es una especialidad que abarca un amplio campo de la medicina ésta exige al Nefrólogo una formación amplia y sólida no sólo en lo que es propio de su especialidad, sino también de aquellas especialidades con las que se relaciona estrechamente: Cardiología, Endocrinología, Digestivo y Urología” (Rioja Salud, 2010, pág. s/n).

La Nefrología se diferencia de la Urología ya que es una especialidad quirúrgica y que abarca todos los aspectos quirúrgicos del riñón y aparato genital masculino.

El médico especialista en nefrología se llama nefrólogo, las enfermedades en su mayoría que afectan el riñón no están limitadas al órgano en sí mismo, sino son desórdenes sistémicos. La nefrología se refiere al diagnóstico de la enfermedad renal y de su tratamiento, tanto con medicamentos como con terapia de reemplazo renal.

INSUFICIENCIA RENAL

Se define como un trastorno que afecta al riñón y que provoca una disfunción del mismo. Puede ser aguda o crónica; en la aguda, la reducción de la función renal es súbita y afecta a sujetos en los que los riñones previamente estaban sanos; los síntomas clínicos son una secreción extrema o nula de orina y un aumento de las concentraciones plasmáticas de creatinina, urea y ácido úrico. Las causas que pueden conducir a esta patología son la existencia de un obstáculo en las vías excretoras urinarias (cálculos), una insuficiencia cardíaca, una lesión del parénquima renal provocada por sustancias tóxicas o infecciones, hemorragias, septicemias, golpes de calor, quemaduras, etc.

En la insuficiencia renal crónica, el trastorno que afecta al riñón es irreversible. El resultado es la existencia de numerosas alteraciones que afectan a ambos riñones. Los síntomas clínicos son un incremento de la concentración plasmática de creatinina, acidosis metabólica, trastornos del metabolismo del fósforo y el calcio (que conduce a alteraciones óseas), anemia, trastornos del metabolismo de los glúcidos y de los lípidos, trastornos cardiovasculares y endocrinos (esterilidad, trastornos menstruales, astenia genital, etc.) e hipertensión arterial. (Salud-Doctismo, 2010)

El paciente pierde apetito y peso, tiene náuseas, vómitos, diarreas, su piel adopta un color amarillento y el sistema nervioso se ve afectado. El tratamiento de la insuficiencia renal aguda consiste en corregir la causa que lo ha provocado y en el crónico, se aplicará diálisis o un trasplante renal. En ambos casos una meticulosa dieta será imprescindible. (Salud.doctissimo, 2010)

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

“La Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa, al igual que otras enfermedades crónicas, un importante problema de salud pública, tanto por su elevada incidencia y prevalencia, como por su importante morbi-mortalidad y coste socioeconómico” (Arroyo, Martínez, & González, 2008, pág. 12).

Los riñones realizan varias funciones en el organismo: 1) filtran la sangre y eliminan productos de desecho del metabolismo así como sustancias endógenas y exógenas, 2) mantienen el balance hidroelectrolítico, 3) regulan el equilibrio ácido – base, 4) secretan hormonas como la eritropoyetina y la renina y 5) modifican sustancias como la vitamina D, para la regulación del fósforo y el calcio. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009).

Los riñones están constituidos por unidades funcionales llamadas nefronas las cuales están formadas por un glomérulo y un túbulo. El glomérulo es un conjunto de vasos sanguíneos a través del cual se filtran más de 150 litros de sangre al día.

En los túbulos se reabsorbe agua y sustancias químicas útiles como iones y aminoácidos, concentrándose las sustancias de desecho y el exceso de agua que terminan excretándose en 1 o 2 litros de orina al día. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, pág. 2)

“Debido a la gran variedad de funciones que realiza el riñón, su falla ocasiona alteraciones en la función de todos los sistemas del organismo” (Skorecki K, 2001, pág. 1551)

En el año 2002 la National Kidney Foundation de Estados Unidos en las guías K/DOQI definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ (K/DOQI, 2002). La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009)

La TFG es el mejor método para calcular la función renal. Esta consiste en medir la depuración renal de una sustancia, es decir el volumen de plasma del que puede ser eliminada una sustancia completamente por unidad de tiempo (Ajay K. Israni, 2007). Las guías (Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), 2005) recomiendan la estimación de la TFG mediante la fórmula de MDRD (Modified Diet in Renal Disease) o la de Cockcroft-Gault. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009).

Cockcroft-Gault = $((140-\text{edad}) \times \text{peso})/72 \times \text{Cr sérica} \times 0.85$ si es mujer

MDRD = $(186 \times \text{Cr sérica}^{-1.154} \times \text{edad}^{-0.203}) \times 0.742$ si es mujer $\times 1.212$ si es de raza negra.

Etiología y fisiopatología

La aparición de la insuficiencia renal crónica, se debe a varias causas que por cuestión de estudio y análisis se las pueden considerar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. En la actualidad según la Unidad de Proyectos Especiales de la Universidad Nacional Autónoma de México la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida por la hipertensión. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, pág. 3)

American Regent Inc (2012) manifiesta:

Otras condiciones que pueden afectar los riñones:

- ❖ Glomerulonefritis, un grupo de enfermedades que causan inflamación y daño a las unidades filtrantes del riñón.
- ❖ Estos trastornos son el tercer tipo más común de insuficiencia renal.
- ❖ Enfermedades hereditarias, como la insuficiencia renal poliquística, que hace que se formen quistes grandes en los riñones y que dañen el tejido circundante.
- ❖ Malformaciones que se originan cuando el bebé crece en el útero materno. Por ejemplo, se puede producir una estrechez que evita el flujo de salida normal de la orina y ocasiona que ésta regrese al riñón. Esto produce infección y puede dañar los riñones.
- ❖ Lupus y otras enfermedades que pueden afectar el sistema inmunológico del cuerpo.
- ❖ Obstrucciones que son producto de problemas como cálculos renales, tumores, o glándula prostática agrandada en los hombres.
- ❖ Infecciones urinarias constantes. (Fundation, 2007)

En la IRC hay una pérdida gradual de la función renal de modo que en las etapas tempranas con frecuencia los pacientes están asintomáticos y puede no detectarse

la enfermedad hasta que el daño renal es muy severo. El daño renal puede diagnosticarse directamente al observar alteraciones histológicas en la biopsia renal, o bien indirectamente por albuminuria o proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en las pruebas de imagen. Debido a que la TFG disminuye con la edad, la prevalencia de la enfermedad renal crónica aumenta con la edad y se estima que aproximadamente el 17% de las personas mayores de 60 años tienen una TFG menor a 60ml/min/1.73m² (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, pág. 8).

Evaluación de la Insuficiencia Renal Crónica

La proteinuria es un marcador de la progresión de la enfermedad renal. Un individuo sano normalmente excreta una cantidad de proteínas mínima en orina < 150 mg al día. La pérdida de proteínas en orina es detectable mediante las tiras reactivas cuando es mayor o igual a 300mg/L o 300 mg de albúmina/g creatinina, lo que se conoce como microalbuminuria, la cual ya no es detectable en tiras reactivas. Tanto el micro como macroalbuminuria son marcadores de riesgo de progresión de la enfermedad renal, especialmente en diabéticos, e indican un mayor riesgo de muerte cardiovascular. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, pág. 8)

La IRC se divide en cinco estadios según la TFG y la evidencia de daño renal. El estadio 1 se caracteriza por la presencia de daño renal con TFG normal o aumentada, es decir mayor o igual a 90ml/min/1.73m². Por lo general la enfermedad es asintomática.

Las guías de la National Kidney Foundation clasifican a los pacientes que tienen diabetes y microalbuminuria con una TFG normal en el estadio 1.

El estadio 2 se establece por la presencia de daño renal asociada con una ligera disminución de la TFG entre 89 y 60 ml/min/1.73m². Usualmente el paciente no

presenta síntomas y el diagnóstico se realiza de manera incidental. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, pág. 9)

El estadio 3 es una disminución moderada de la TFG entre 30 y 59 ml/min/1.73m². Se ha dividido el estadio 3 en dos etapas. La etapa temprana 3a, pacientes con TFG entre 59 y 45ml/min/1.73m² y la etapa tardía 3b con TFG entre 44 y 30 ml/min/1.73m². Al disminuir la función renal, se acumulan sustancias tóxicas en el torrente sanguíneo que ocasionan uremia. Los pacientes comúnmente presentan síntomas y complicaciones típicas de la como hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo. Algunos de los síntomas incluyen fatiga relacionada con la anemia, edema por retención de agua corporal, dificultad para conciliar el sueño debido a prurito y calambres musculares, cambios en la frecuencia urinaria, espuma cuando hay proteinuria y coloración oscura que refleja hematuria. Se aumentan los riesgos de enfermedad cardiovascular. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, pág. 9)

El estadio 4 se refiere a daño renal avanzado con una disminución grave de la TFG entre 15 y 30 ml/min/1.73m². Los pacientes tienen un alto riesgo de progresión al estadio 5 y de complicaciones cardiovasculares. A los síntomas iniciales del estadio anterior se agregan náusea, sabor metálico, aliento urémico, anorexia, dificultad para concentrarse y alteraciones nerviosas como entumecimiento u hormigueo de las extremidades. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, pág. 9)

El estadio 5 o insuficiencia renal crónica terminal, la TFG cae por debajo de 15 ml/min/1.73m². En este estadio el tratamiento sustitutivo es requerido. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, págs. 8-9)

Terapia de Reemplazo Renal

Las opciones de TRR para los pacientes en IRCT son el trasplante renal, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal con sus diferentes modalidades. El objetivo de la terapia dialítica es la extracción de moléculas de bajo y alto peso molecular y exceso de líquido de la sangre que normalmente se eliminarían por vía renal y la regulación del medio intra y extracelular. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, págs. 13,14)

Hemodiálisis

La hemodiálisis consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido. Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, pág. 14)

La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso: la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central. La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena. Las más utilizadas son las fístulas radiocefálica, braquiocefálica y braquiobasílica. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, págs. 29 - 30)

Diálisis Peritoneal

El sistema de diálisis peritoneal consta de una bolsa que contiene el líquido de diálisis, conectada a un catéter a través del cual se introduce el líquido a la cavidad abdominal. Dentro del abdomen se lleva a cabo la diálisis en la membrana peritoneal y posteriormente el líquido con los desechos drena a una bolsa de

salida. El peritoneo es la membrana serosa más grande del cuerpo, con un área de 1 a 2 m² en los adultos y está abundantemente vascularizado. La difusión de solutos mediada por las fuerzas oncóticas y líquido a través del peritoneo ocurre mediante un sistema de poros en los capilares peritoneales, los cuales proporcionan un área de intercambio extensa. Con el tiempo, el transporte peritoneal se altera en el paciente en diálisis peritoneal, debido a diversos factores. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, pág. 16)

Trasplante Renal

El trasplante renal consiste en colocar el riñón de otra persona en el cuerpo de un paciente mediante cirugía. El injerto es colocado en el interior de la parte baja del abdomen y generalmente se conectan la arteria y vena renal del injerto a la arteria iliaca externa y la vena iliaca del paciente. La sangre del paciente fluye a través del riñón trasplantado y el riñón donado comienza a producir orina y a realizar sus funciones. El trasplante renal es la única modalidad de TRR que realmente previene el desarrollo de uremia. No todos los pacientes con IRC son candidatos a trasplante renal por lo que su evaluación adecuada minimiza la morbilidad y mortalidad, al igual que mejora la calidad de vida. (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, pág. 21)

2.5.2. Variable Dependiente

PSICOLOGÍA CLÍNICA

La Psicología Clínica es una rama de la Psicología que utiliza todos los conocimientos y técnicas de ésta al análisis y estudio del comportamiento anómalo, aquél que supone algún trastorno para la propia persona y/o para otros. (Martínez, 2003)

El estudio del comportamiento humano es para la Psicología Clínica fundamental, pues por medio de un previo análisis se puede establecer un adecuado

psicodiagnóstico, identificar el trastorno, analizar la condición psicopatológica, dar una explicación, y llevar a cabo un tratamiento, para remediar el problema y, en su caso, prevenirlo. (Martinez, 2003)

“En este sentido, la Psicología Clínica, aun dentro de la Psicología, dispone de sus propios métodos, modelos y procedimientos, en particular, métodos psicodiagnósticos modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos. En todo caso, ello ha llegado a ser así en virtud de un proceso histórico de acumulación de saber científico y técnico y de institucionalización y reconocimiento social” (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2010).

La Psicología Clínica es la ciencia que estudia la conducta humana basándose en el estudio de los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos considerando a diferencia de otras ramas de la Psicología el trabajo específico con las patologías o desórdenes mentales; es a su vez el campo que dirige el estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal. Se dedica al bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento.

La Psicología Clínica coincide con las demás áreas de la psicología en su interés por la medición de las funciones conductuales y psicológicas, el diseño sistemático de la investigación, la comprobación empírica de las implicaciones de los modelos e hipótesis clínicas, y la valoración y evaluación de la efectividad de sus pronósticos. (Martinez, 2003)

El contenido empírico de este campo abarca aquellos aspectos de la ciencia psicológica relevantes para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental.

Iguales son los intereses que expresa el médico, relativos a una perspectiva unitaria (biopsicosocial) de la persona que presenta un trastorno mental, son compartidos plenamente por los psicólogos que ejercen su función profesional en

este ámbito. Ello, sin embargo, no debe significar el exclusivo acaparamiento por ninguna de las partes de todos los factores que intervienen el proceso patológico o el también exclusivo control de la persona afectada sino la cooperación de diversas especialidades en beneficio del individuo (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2010)

La psicología clínica pretende ser un “todo” que abarque en rango y totalidad la conducta humana. “Es llamativa para las personas que buscan una profesión altruista y cuyas metas son aliviar el dolor y mejorar la condición humana” (Castro, 2013, pág. 32)

Goldenberg, 1973, refiere que la Psicología Clínica se puede establecer como una rama de la psicología que investiga y aplica los principios psicológicos a la situación única y exclusiva del individuo, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz y con mayor sentido.

Además la Psicología Clínica se encarga de entender y mejorar la conducta humana. Su aspecto clínico consiste en mejorar la situación de las personas que se encuentran en problemas, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo, mediante la investigación, mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para lograr mayor eficiencia en el futuro.

Cómo se ha expuesto anteriormente la psicología clínica es sumamente individualista, dónde el rol del psicólogo clínico es importante y necesario para recoger la información de la persona que se está observando, y así analizarla y confirmar las conclusiones a las que ha llegado, ayudando con esta investigación a la persona que puede o no tener un problema psicológico.

Hoy en día los aspectos biológicos de la conducta humana han sido asumidos con mucha más responsabilidad y además estableciendo un rol preponderante en la psicología clínica. Es raro encontrar en estos días a un psicólogo clínico que no

refiera a una gran parte de estos pacientes a los médicos o psiquiatras para su medicación” (Chavez, 2012, pág. 1).

PSICOPATOLOGÍA

La psicopatología es la disciplina que se encarga del estudio científico de la conducta o el comportamiento trastornado o anormal de los individuos (García, 2012, pág. 14). Es una ciencia que al igual que otras se caracteriza por el interés en la naturaleza y las causas de la conducta anormal o psicopatológica.

La identificación de los trastornos del funcionamiento de la personalidad, son el principal objetivo de la Psicopatología.

“Así a través del conocimiento aportado por la psicopatología se llegan a comprender, de manera más integral, las causas del enfermar psíquico” (Hernández, 2013, pág. 21).

En la definición que se ha planteado es importante analizar cuatro elementos concretamente:

- ❖ Se matiza en el funcionamiento mental y las conductas del ser humano que se expresan a lo largo de un continuo que abarca desde la normalidad hasta la patología sin que haya una línea de separación clara.
- ❖ Es una ciencia que se encuentra en la base de algunas aplicaciones en el campo de la salud mental, como la Psicología Clínica y Psiquiatría.
- ❖ Busca establecer leyes generales sobre las causas de los trastornos mentales, aun con la importancia otorgada a la descripción y evolución (Jarne, Talarn, & Armayones, 2012, pág. 15)

Se definen como patológicos solo aquellos elementos que logran trastornar el funcionamiento psicológico en forma global y perturban la adaptación del sujeto al mundo circundante.

“Las respuestas patológicas del psiquismo susceptibles de producir desadaptación, al perturbar en forma significativa el funcionamiento psicológico global, también las respuestas emocionales que se generan como defensa adaptativa frente a la disfunción del psiquismo, y las reacciones psicológicas que, aunque se apartan de la homeostasis no son en sí mismas patológicas” (Hernández, 2013, pág. 21).

Para acabar de contextualizar esta disciplina, queremos destacar que la presencia de Psicopatologías siempre presenta un obstáculo para el desarrollo individual de la persona o de su grupo social inmediato.

El abordaje del conocimiento de los tres aspectos del psiquismo (conscientes, preconscientes e inconscientes) lo realiza la psicopatología y otro de sus objetivos es profundizar en la comprensión del funcionamiento psicológico de los mismos, ya que la mayor parte de los conflictos emocionales suelen involucrar aspectos inconscientes, y parte del comportamiento tiene también como base fuerzas procedentes del inconscientes.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son un grupo de síndromes caracterizados por síntomas de preocupación excesiva, miedo intenso, hipervigilancia y síntomas somáticos, o cualquiera de éstos, en ausencia de una situación peligrosa. (Lundbeck Institute, 2007)

Los trastornos de ansiedad son los más comunes de todos los trastornos psiquiátricos” (Matamoros, 2011, pág. 4). A la ansiedad se la puede definir como un estado de ánimo negativo diferenciado por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro.

Es de importancia indicar que la ansiedad es muy difícil estudiar. En los seres humanos puede ser una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas (verse preocupado, angustiado e inquieto) o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardiaca elevada y tensión muscular.

La ansiedad es una vivencia universal. Surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego; ocasionalmente como terror y pánico. Si se hace persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan y genera conductas evitativas o retraimiento, se la incluye entre los trastornos mentales (Duarte, 2014, pág. 6)

La clasificación de la OMS ubica la ansiedad clínica entre los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomórfos. Los cuadros de ansiedad ante situaciones bien definidas o ante objetos externos no amenazantes se denominan fóbicos; el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada, el trastorno ansioso-depresivo y los cuadros obsesivo-compulsivos, están menos relacionados con situaciones particulares. Situaciones de estrés pueden causar trastornos adaptativos o postraumáticos. La ansiedad es menos distinguible en los trastornos disociativos y somatomorfos⁴. Los manuales DSM más recientes reconocen doce trastornos de ansiedad y a los trastornos disociativos, somatomorfos y adaptativos, les asignan capítulos propios (Orellana, Hernández, & Núñez, 2011)

La frecuencia de estos trastornos es alta en la población general (Araya R, Rojas G, 1998). Los trastornos de ansiedad suelen ser comórbidos entre sí y con otros trastornos psiquiátricos.

La ansiedad patológica abarca un amplio campo clínico desde los miedos y temores excesivos, a la evitación fóbica de determinados estímulos y circunstancias, la ansiedad anticipatoria, el estado de vigilancia generalizado y los

ataques de pánico. Los trastornos de ansiedad propiamente dichos comprenden de acuerdo con las clasificaciones internacionales las fobias simples, el trastorno de ansiedad a la separación, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Clasificación de los trastornos de ansiedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) publicada en 1992, incluye los trastornos de ansiedad dentro de los capítulos denominados “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”. Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría, en su versión DSM IV les dedica el capítulo titulado “Trastornos de Ansiedad”.

Trastorno de pánico Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitations, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad. (Torre, 2010)

Trastorno de ansiedad generalizada la característica esencial y persistente de este trastorno es que a menudo manifiestan temores a que uno mismo o un familiar vayan a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitations, vértigos y molestias epigástricas. (Torre, 2010).

La **crisis de angustia** la característica principal de esta alteración de ánimo se debe a la presencia súbita de síntomas como el miedo o terror, que de manera general están acompañados de una sensación de muerte.

La **agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

El **trastorno de angustia sin agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.

El **trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

La **agorafobia sin historia de trastorno de angustia** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

La **fobia específica** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La **fobia social** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El **trastorno obsesivo-compulsivo** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El **trastorno por estrés postraumático** se caracteriza por la re experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El **trastorno por estrés agudo** se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

La ansiedad también se relaciona estrechamente con la depresión, el Instituto Nacional de la Salud Mental refiere que a diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante (tal como hablar en público o una primera cita amorosa), los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata.

Los trastornos de ansiedad ocurren comúnmente junto con otras enfermedades mentales o físicas, incluyendo abuso del consumo de alcohol o sustancias, lo cual puede enmascarar los síntomas de la ansiedad o empeorarlos.

Los trastornos de ansiedad están causados por un desequilibrio de sustancias químicas en el cerebro. Se desconoce cuál es el desencadenante exacto de este cambio, aunque se sabe que las personas expuestas a ciertas condiciones biológicas y sociales pueden tener un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son una forma frecuente de enfermedad mental que suelen causar una inquietud y un deterioro importantes, reduciendo la calidad de vida.

Síntomas

Aunque varían de un individuo a otro, los síntomas típicos de los trastornos de ansiedad incluyen miedo, tensión interna, irritabilidad, falta de concentración y signos físicos como sequedad bucal, mareo, tensión muscular, sudoración y palpitaciones todos ellos interfieren la vida diaria. Una persona puede presentar más de un trastorno de ansiedad al mismo tiempo y, en ocasiones, éste aparece junto con otro trastorno del humor, como por ejemplo la depresión lo que se denomina comorbilidad. (Lundbeck, 2013)

Estadísticas

Se estima que los trastornos de ansiedad afectan entre un 5 y un 7% de la población general, y que hasta un 29% de las personas sufrirán un trastorno de ansiedad como mínimo una vez a lo largo de la vida. En 2004, a nivel mundial, más de 28 millones de personas padecían un trastorno obsesivo–compulsivo y más de 30 millones padecían un trastorno de pánico. (Lundbeck, 2013)

Los trastornos de ansiedad afectan a hombres y mujeres de todo el mundo, pero la carga de la enfermedad es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

Diagnóstico y tratamiento

“Existen numerosos tratamientos para controlar los trastornos de ansiedad de forma efectiva y, en todas las etapas, es importante el apoyo personal de los familiares y amigos” (Lundbeck, 2013).

Durante la visita médica, el médico diagnosticará los trastornos de ansiedad preguntando por los síntomas, la vida cotidiana y los antecedentes familiares. También puede practicarse una exploración física para descartar otras patologías.

Si el trastorno de ansiedad se confirma, se considerarán las diferentes opciones de tratamiento, como son la medicación, el consejo, el apoyo social, el ejercicio, la relajación y las técnicas de autoayuda. (Lundbeck, 2013)

TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO

Se sabe que la depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la población general, calculándose que más del 20% de ésta sufrirá alguno de ellos en algún momento de su vida. Además, hay que tener en cuenta que un 30% de los pacientes que inicialmente presentan ansiedad desarrollan una depresión secundaria siendo diagnosticada en muchas ocasiones al mismo tiempo. (Salas, 2012, pág. 118)

Habitualmente se considera que la depresión y la ansiedad son entidades clínicas independientes, aunque suele ser raro encontrarlas en estado puro, ya que lo más frecuente es que aparezcan de manera conjunta, en mayor o menor medida, en un mismo paciente. Según las encuestas norteamericanas, la comorbilidad llega a alcanzar una prevalencia del 60% y uno de cada cuatro pacientes que tienen un diagnóstico de ansiedad generalizada tienen diagnosticado un trastorno depresivo de forma comórbida (Martínez, 2013). Por ello, la coexistencia de la depresión y la ansiedad es ahora entendida más como la norma que como la excepción.

La propuesta psicopatológica de un trastorno mixto de ansiedad y depresión diferente del resto de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo fue incorporada (F 41.2), en el CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y se halla en el apéndice del DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) como objeto de estudio.

Las características principales de este cuadro clínico son mencionadas a continuación (Echeburúa y Salaberría, 1999; Tyrer, 1992):

- a) Presentación simultánea y crónica de diversos síntomas no graves de ansiedad y de depresión – frecuentemente somatizados- en ausencia de otro trastorno mental grave,
- b) Cambios temporales en el predominio de los síntomas de depresión y ansiedad,
- c) Establecimiento gradual del cuadro clínico e inexistencia de acontecimientos traumáticos y,
- d) Rasgos de personalidad evitadora, dependiente u obsesiva.

No son tampoco infrecuentes la presencia de inflexibilidad, preocupación por los detalles, expresión emocional restringida y déficit de autoestima, así como la existencia de cogniciones ansiosas y depresivas (Clark, Beck y Stewart, 1990; Lydiard, 1991; Preskon y Fast, 1993).

El trastorno mixto ansioso depresivo resulta difícil de tratar con los tratamientos psicofarmacológicos y psicológicos habituales. De hecho, lo que ocurre más frecuentemente es la cronificación del problema y la dependencia excesiva de estas personas de los recursos asistenciales. (Echeburúa y Salaberría, 1999).

La característica esencial de este trastorno consiste en la presentación de síntomas ansiosos (problemas para concentrarse, insomnio, fatiga, irritabilidad, etc.) y depresivos (baja autoestima, llanto fácil, preocupaciones, desesperanza, etc.), sin que ninguno de los dos predomine ni tenga suficiente entidad como para poder ser diagnosticado un trastorno de ansiedad o afectivo.

La clínica muestra que cuanto más leves son los síntomas de ansiedad y depresión, más encabalgamiento hay entre ambos cuadros y, por tanto, más posible es que nos encontremos ante un trastorno mixto ansioso depresivo. (Jarne, Talam, & Requena, 2006, pág. 135).

Esta categoría diagnóstica que define los pacientes que sufren tanto de ansiedad como de depresión, se la ha especificado como trastorno mixto ansioso depresivo

en el CIE 10, en donde se manifiesta claramente que el cuadro patológico existirá siempre y cuando estas alteraciones no justifiquen la sintomatología, intensidad y predominancia suficiente para clasificarle como un trastorno por separado.

Si ambos tienen la gravedad como para justificar el diagnóstico, no debe hablarse de trastorno mixto ansioso-depresivo como tal, sino de la coexistencia, en asociación, de ambos trastornos en un mismo paciente (El Médico Interactivo, 2003, s/p.).

Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Por lo tanto podemos mencionar que una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. (Torre, 2010)

Al momento que aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos mencionados anteriormente no debe utilizarse esta categoría. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación. (CIE 10, 1992)

Debemos mencionar que la característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que tiene una duración de al menos 1 mes, el cual va acompañado de síntomas adicionales de idéntica duración, entre los cuales se incluyen un mínimo de cuatro de los siguientes: dificultades de concentración o de memoria, trastornos del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, desesperanza o pesimismo ante el futuro y baja autoestima o sentimientos de

inutilidad. Estos síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (CIE 10, 1992)

2.6. Formulación de Hipótesis

La insuficiencia renal crónica tiene relación con la aparición del trastorno mixto ansioso depresivo en los pacientes del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

2.7. Señalamiento de Variables

Variable Independiente Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Variable Dependiente Trastorno mixto ansioso depresivo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Modalidad básica de la investigación

La información será obtenida en el lugar en donde se originan los hechos para así poder intervenir directamente sobre el contexto, por lo que se denomina a la misma una investigación de campo. En lo que se refiere al enfoque, se trata de una investigación cuantitativa, debido a que se obtendrán datos cuantificables de cada una de las variables con el fin de realizar una correlación entre las mismas.

3.2. Nivel o tipo de investigación.

En la investigación debido a su naturaleza se va a elegir la asociación de variables ya que por medio de ésta se van a poder observar la influencia que tienen las variables entre si y poder relacionarlas y así de alguna manera medir el comportamiento de las mismas con los individuos en un contexto predeterminado, por lo que se trata de una investigación correlacional y de manera transversal, puesto que se realizará en un lapso de tiempo determinado.

3.3. Población y Muestra

Para la ejecución de la investigación se ha elegido a la población conformada por pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato, en donde se cuenta con un número total de 25 personas dispuestas a colaborar con la investigación.

3.4. Operacionalización de Variables

3.4.1. Variable Independiente: Insuficiencia renal crónica

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas e instrumentos
<p>Presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m² (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2009, pág. 3)</p>	<p>Daño Renal</p> <p>Tasa de filtración glomerular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hipertensión ❖ Diabetes ❖ Infecciones renales <p>Estados</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ I Daño renal con GFR normal elevada >90 ❖ II Daño renal con disminución leve de la GFR 60-89 ❖ III Disminución moderada de la GFR 30-59. ❖ IV Disminución grave de la GFR 15-29 ❖ V Enfermedad renal <15 	<p>¿Cuál fue la causa de la aparición de su enfermedad?</p> <p>¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado?</p> <p>¿Qué tiempo recibe el tratamiento de diálisis?</p> <p>¿Se encuentra en lista de espera de un trasplante renal?</p>	<p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Encuesta aplicada a pacientes con IRC,

Cuadro N° 1: Operacionalización de Variables – Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

3.4.2. Variable Dependiente: Trastorno mixto ansioso depresivo

Contextualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas e Instrumentos
El trastorno mixto ansioso depresivo se caracteriza por tener síntomas ansiosos y depresivos, sin predominancia clara de ninguno de ellos, no existe suficiente entidad como para poder ser diagnosticado un trastorno de ansiedad o afectivo. CIE 10 (1992).	Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Problemas de concentración ❖ Insomnio ❖ Fatiga ❖ Irritabilidad 	<p>¿Me siento tenso o nervioso?</p> <p>¿Tengo mi mente llena de preocupaciones?</p>	<p>Técnica Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.</p> <p>Zigmund y Snaith (1983).</p>
	Depresión	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Baja autoestima ❖ Llanto fácil ❖ Preocupaciones ❖ Desesperanza 	<p>¿Todavía disfruto con lo que me gusta hacer?</p> <p>¿Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas?</p>	

Cuadro N° 2: Operacionalización de Variables: Trastorno mixto ansioso depresivo
Elaborado por: Isaac Navarrete

3.5. Recolección de la Información

Preguntas Básicas	Explicación
1 ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2¿De qué personas?	Pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología del IESS
3¿Sobre qué aspectos?	Trastorno mixto ansioso depresivo
4¿Quién?	Isaac Navarrete
5¿Donde?	Hospital IESS de la ciudad de Ambato
6¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta, test.
7¿Con que?	Con escala hospitalaria de ansiedad y depresión y encuesta de insuficiencia renal crónica.
8¿En qué situación?	Mientras los pacientes acuden a la unidad de diálisis

Cuadro N° 3: Recolección de la Información

Elaborado por: Isaac Navarrete

3.6. Plan de Procesamiento de la Información

Se aplicó una Plan de Procesamiento y Análisis de la Información, tratando de tener tareas claras que conlleven a la buena investigación y tratamiento adecuado de la información relacionada a la temática expuesta en la presente investigación, a continuación se lo detalla:

Los datos recogidos se transforman siguiendo ciertos procedimientos.

Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis; cuadros de una sola variable, cuadros con cruce de variables.

Manejo de información reajustes de cuadros con casillas básicas o con datos tan reducidos cuantitativamente que no influye significativamente en los análisis.

Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

3.7. Plan de Análisis y Recolección de la Información

La información obtenida se transformara siguiendo los procedimientos requeridos mencionados a continuación:

- ❖ Revisión crítica de la información recolectada, limpiar información defectuosa o inválida.
- ❖ Tabular la información según la variable y la hipótesis.
- ❖ Hacer un estudio estadístico y presentar los resultados.
- ❖ Análisis e interpretación de resultados

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmund y Snaith

Pregunta N° 1: ¿Me siento tenso/a o nervioso/a?

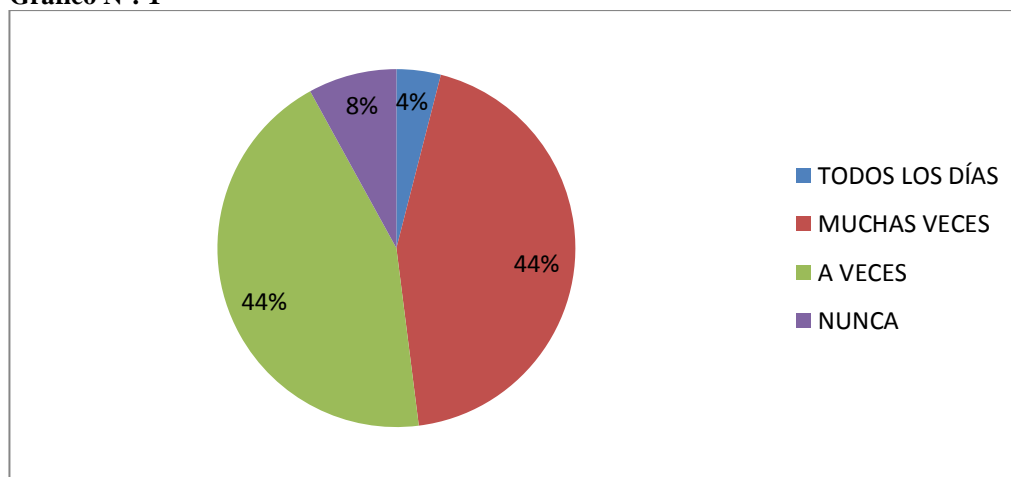
Tabla N° 1

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días	1	1%
Muchas veces	11	45 %
A veces	11	45%
Nunca	2	2 %
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 1



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

El 45% de los pacientes con Insuficiencia renal crónica indican que muchas veces se sienten tensos o nerviosos, el 45% a veces, el 2% nunca y el 1% todos los días.

Se puede evidenciar según los resultados obtenidos que en su gran mayoría los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se sienten tensos o nerviosos muchas veces al día, al pensar lo que les va a suceder en un futuro, ya que mencionan que la vida de una persona en el tratamiento es muy complicada.

Pregunta N°2: ¿Todavía disfruto con lo que me gusta hacer?

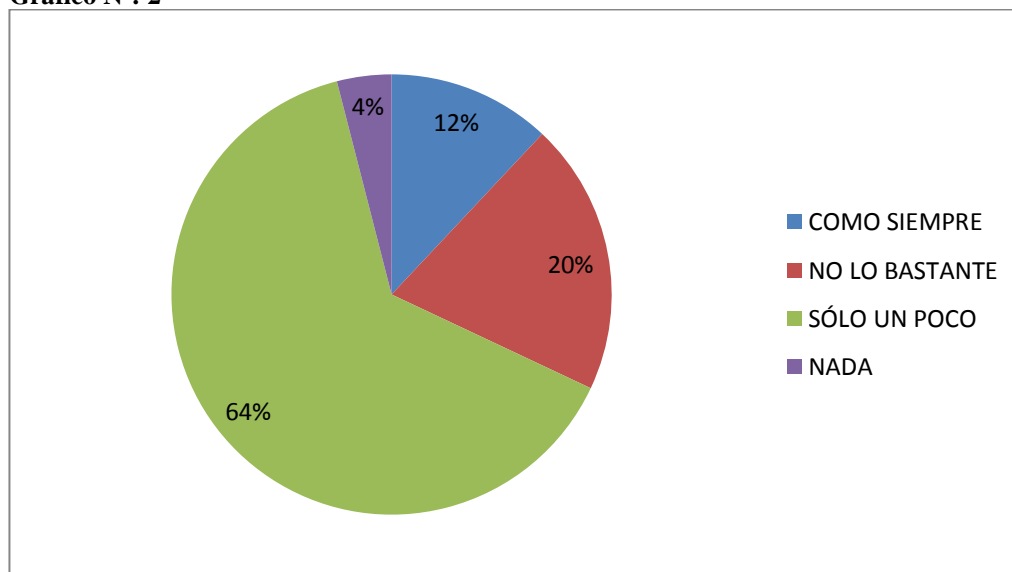
Tabla N° 2

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Como siempre	3	12 %
No lo bastante	5	20%
Sólo un poco	16	64%
Nada	1	4 %
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 2



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

Con respecto a si todavía disfruto con lo que me gusta hacer el 64%, indicaron sentir esto solamente un poco, un 20% ya no lo bastante, un 12% como siempre y un 4% nada.

En lo que respecta a si todavía disfruto con lo que me gusta hacer, se evidencia que la mayoría lo hace solamente un poco pues mencionan que han tenido que suspender ciertas actividades que anteriormente lo realizan con placer y satisfacción, por el cansancio, debilidad y poco tiempo que tienen, es la razón primordial.

Pregunta N° 3: ¿Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder?

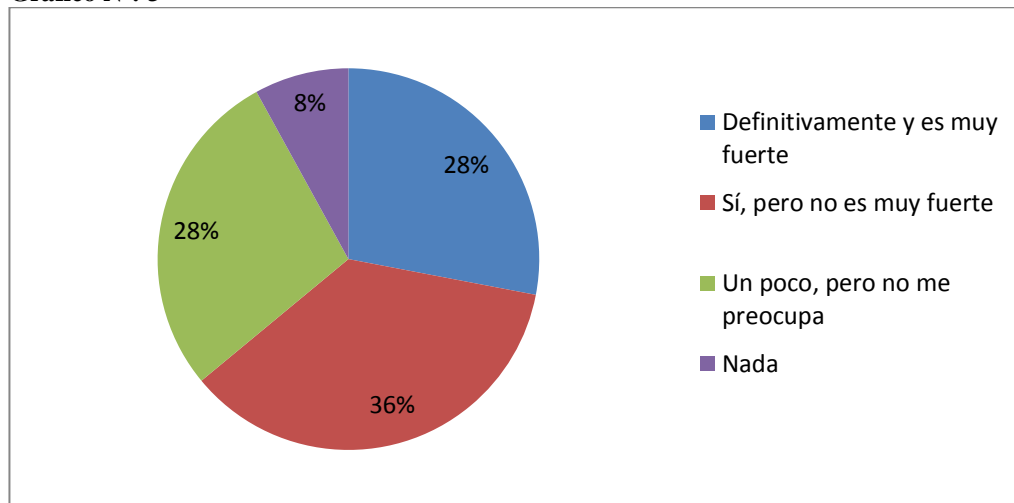
Tabla N° 3

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente y es muy fuerte	7	28%
Sí, pero no es muy fuerte	9	36%
Un poco, pero no me preocupa	7	28%
Nada	2	8%
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 3



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

De los pacientes encuestados un 36% sienten una especie de temor como si algo les fuera a suceder; sí pero no es muy fuerte, mientras que un 28% definitivamente es muy fuerte, un 28% un poco pero no me preocupa, y un 8% no siente nada de eso.

Esa sensación de miedo como si algo horrible les fuera a suceder, está presente en una gran parte de los pacientes, debido a la incertidumbre que está siempre presente al no saber el desenlace que puede tener su enfermedad.

Pregunta N° 4: ¿Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas?

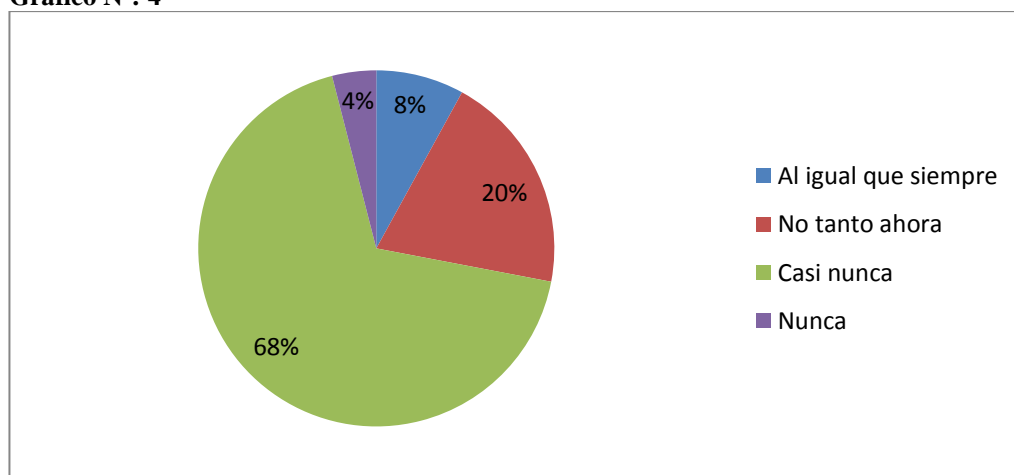
Tabla N° 4

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Al igual que siempre	2	8%
No tanto ahora	5	20%
Casi nunca	17	68%
Nunca	1	4%
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 4



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

El 68% de los pacientes investigados actualmente, indican que casi nunca son capaces de reírse y ver el lado positivo de las cosas, el 20% no tanto ahora, siendo el 8% los que mencionan que actualmente es igual que siempre y el 4% nunca.

En el tratamiento del paciente, reírse y ver el lado positivo de las cosas sería muy favorable, sin embargo la gran mayoría menciona que actualmente lo hacen casi nunca, evidenciándose en su rostro tristeza y cansancio, debido al impacto que ha causado en ellos su enfermedad.

Pregunta N° 5: ¿Tengo mi mente llena de preocupaciones?

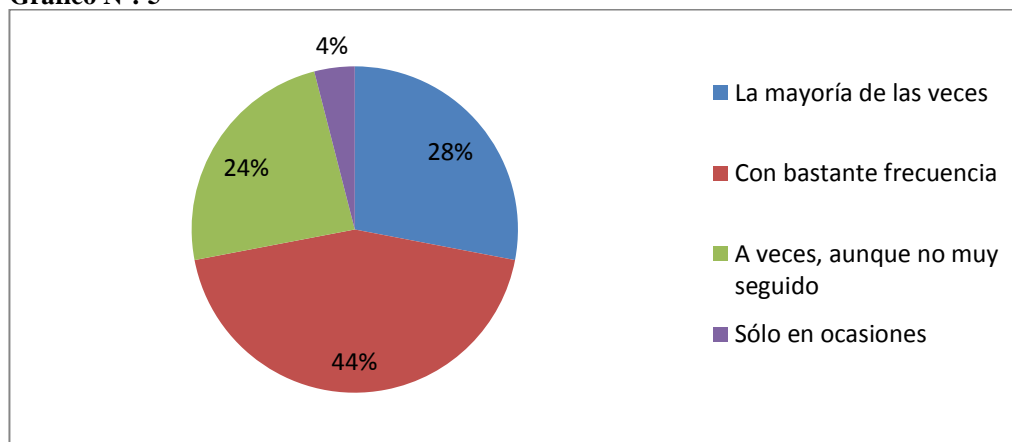
Tabla N° 5

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
La mayoría de las veces	7	28 %
Con bastante frecuencia	11	44%
A veces, aunque no muy seguido	6	24%
Sólo en ocasiones	1	4%
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Edgar Isaac Navarrete Marcial

Gráfico N°: 5



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

El 44% de los pacientes investigados tienen la mente llena de preocupaciones con bastante frecuencia, el 28% la mayoría de las veces, un 24% a veces aunque no muy seguido y un 4% solo en ocasiones.

La incapacidad que tienen los pacientes con IRC para realizar sus actividades con normalidad, hace que sientan preocupaciones, ya que la mayoría de ellos son el sustento de la familia y deben responder como tal y esto los angustia ya que no se sienten en la capacidad de responder como quisieran.

Pregunta N° 6: ¿Me siento alegre?

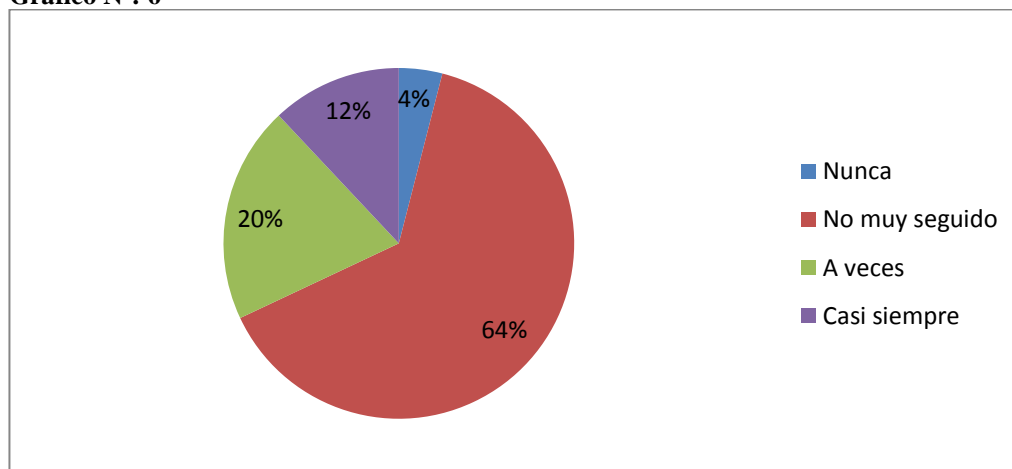
Tabla N° 6

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	4 %
No muy seguido	16	64%
A veces	5	20%
Casi siempre	3	12%
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 6



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

Dentro de los pacientes investigados el 64% indican que no muy seguido se sienten alegres, el 20% a veces, el 12% casi siempre, y un 4% nunca durante el día.

Se evidencia que la mayoría de los pacientes encuestados sienten insatisfacción ante el tratamiento de la enfermedad debido a lo cual se han sentido felices muy pocas veces, lo que a su vez disminuye el avance en su calidad de vida, además repercutiendo en su desenvolvimiento cotidiano y en sus actividades no solo personales sino también sociales.

Pregunta N° 7: ¿Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado?

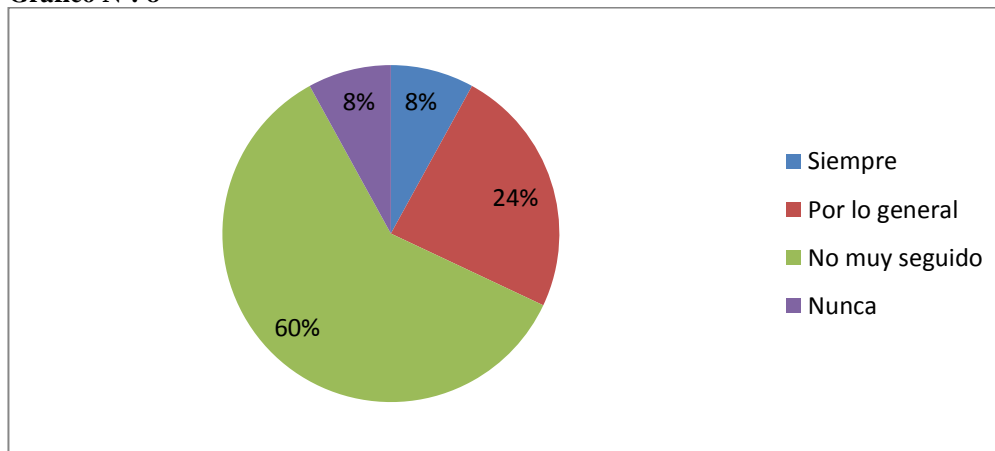
Tabla N° 8

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	8%
Por lo general	6	24%
No muy seguido	15	60%
Nunca	2	8%
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 8



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

Se evidencia de entre los pacientes encuestados que el 60% no muy seguido pueden estar sentados tranquilamente y sentirse relajados, el 24% por lo general, el 8% siempre y 8% nunca.

De acuerdo a los resultados obtenidos los pacientes encuestados en su mayoría son capaces de permanecer muy seguido sentados, tranquilos y relajados, suele suceder debido a sus constantes preocupaciones, ya que mencionan además sobre sus dolencias físicas.

Pregunta N° 8: ¿Siento como si yo cada día estuviera más lento?

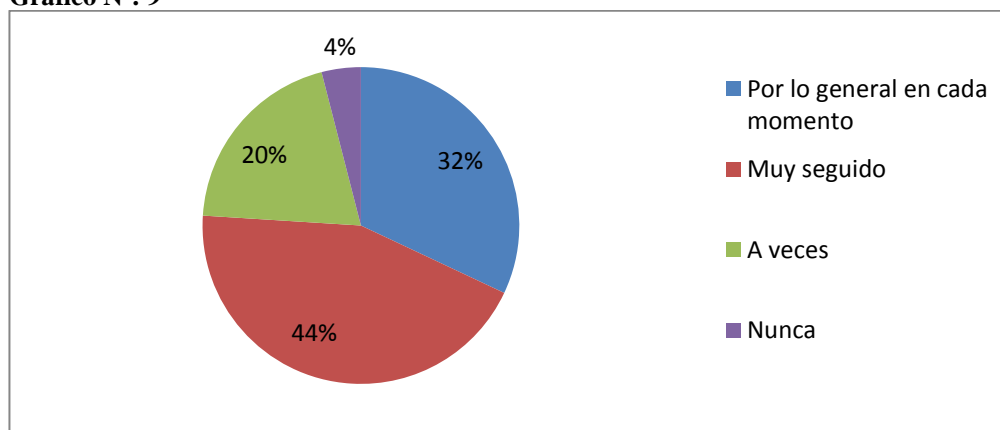
Tabla N° 9

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Por lo general en cada momento	8	32 %
Muy seguido	11	44%
A veces	5	20%
Nunca	1	4%
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 9



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

Los datos obtenidos indican que el 32% de los pacientes investigados muy seguido sienten como si cada día estuvieran más lentos, el 32% por lo general en cada momento, 20% a veces, y un 4% nunca.

Del total de pacientes encuestados, en la mayoría de ellos se puede notar que muy seguido se sienten como si cada día estuvieran más lentos, esto suele suceder debido al nivel bajo de autoestima que poseen y además porque su salud física suele ser baja debido a la disminución de su actividad motora.

Pregunta N° 9: ¿Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago?

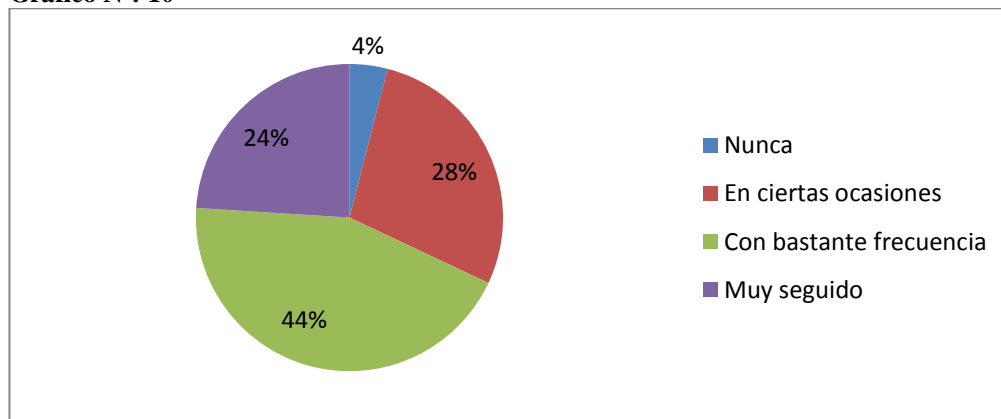
Cuadro N° 10

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	4 %
En ciertas ocasiones	7	28%
Con bastante frecuencia	11	44%
Muy seguido	6	24%
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 10



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

El 44% de los pacientes afirman tener una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago con bastante frecuencia, un 28% en ciertas ocasiones, un 24% muy seguido y un 4% nunca.

Las sensaciones extrañas, como de aleteo o vacío en el estómago se presentan en los pacientes debido a la incertidumbre y vulnerabilidad que presentan al no saber qué va a suceder con su vida es por ello que la mayoría de pacientes encuestados menciona que lo sienten con bastante frecuencia, siendo esto un factor importante ya que el paciente de alguna u otra manera comienza a manifestar, su sintomatología psicológica.

Pregunta N° 10: ¿He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado?

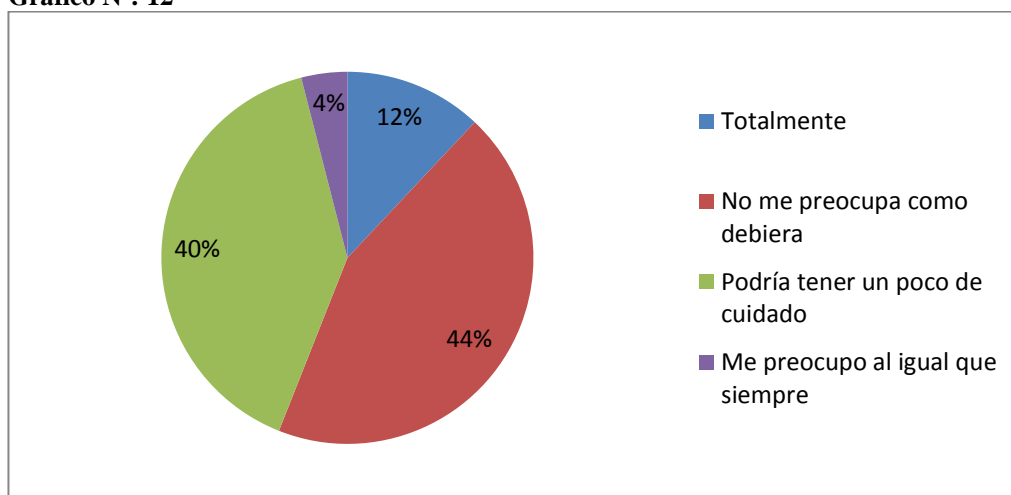
Tabla N° 11

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente	3	12%
No me preocupa como debiera	11	44%
Podría tener un poco de cuidado	10	40%
Me preocupo al igual que siempre	1	4%
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 12



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

Del total de pacientes encuestados el 44% manifestaron que no me preocupa como debiera, el deseo de estar bien arreglado o presentado mientras que 40% podría tener un poco de cuidado, un 12% totalmente y un 4% me preocupo al igual que siempre.

La mayoría de pacientes refiere no preocuparse como debería hacerlo, debido al tedioso proceso de su tratamiento, haciendo que su comportamiento no esté acorde a los objetivos que se buscan alcanzar en el proceso.

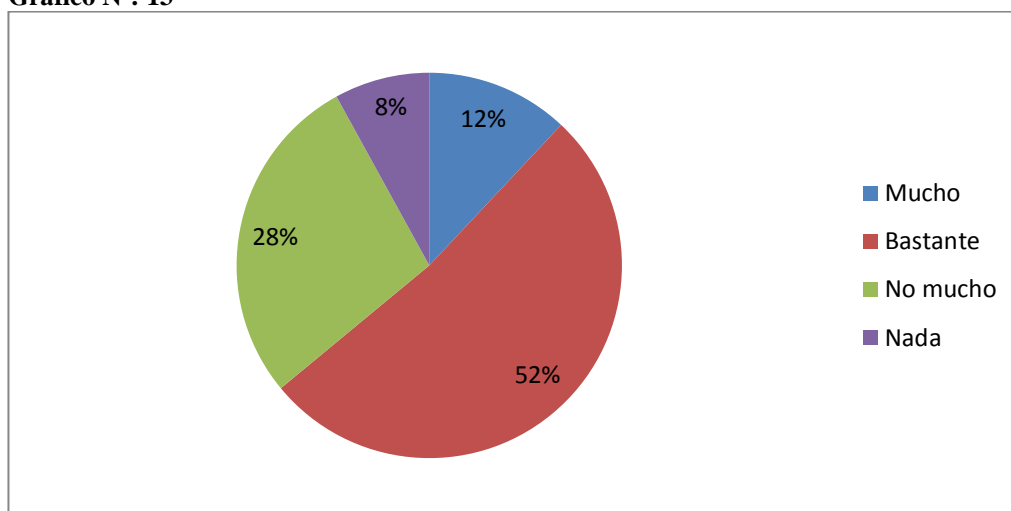
Pregunta N° 11: ¿Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme?

Tabla N° 13

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	3	12 %
Bastante	13	52%
No mucho	7	28%
Nada	2	8%
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 13



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En la interrogante que dice si me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme un 52% manifestaron bastante, un 28% no mucho, el 12% mucho y un 8% realmente nada.

Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme es producto de preocupaciones que puede sentir el paciente, además esta inquietud que presentan se debe al estricto régimen médico que llevan en su rutina diaria.

Pregunta N° 12: ¿Me siento con esperanzas respecto al futuro?

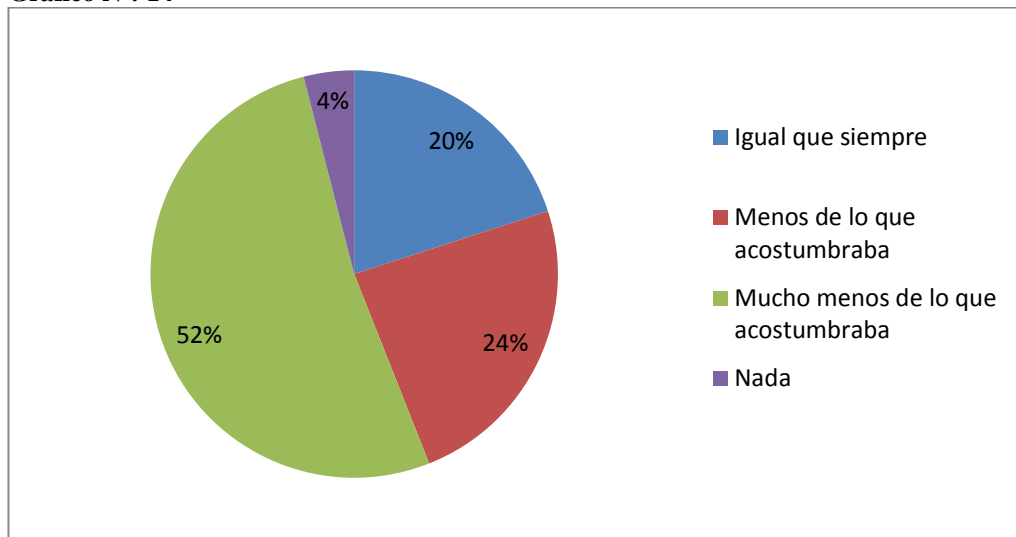
Tabla N° 14

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Igual que siempre	5	20 %
Menos de lo que acostumbraba	6	24%
Mucho menos de lo que acostumbraba	13	52%
Nada	1	4%
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 14



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

De los pacientes investigados con respecto así me siento con esperanzas respecto al futuro el 52% refirieron sentir mucho menos de lo que acostumbraba, el 24% menos de lo que acostumbraba el 20% siente igual que siempre y un 4% manifiesta que nada.

La mayoría de pacientes encuestados actualmente expresan ya no tener mucha esperanza con respecto a su vida personal, familiar y social, todo ha disminuido debido a su enfermedad y el tiempo que conlleva seguir su tratamiento, además esto se debe al tiempo que conlleva el proceso, repercutiendo en sus ideas y pensamientos sobre su vida.

Pregunta N° 13: ¿Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro?

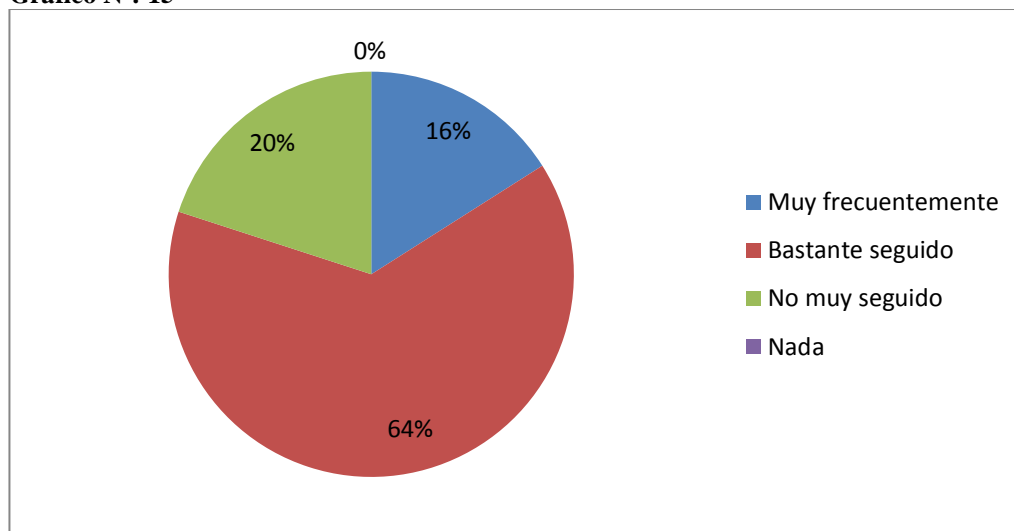
Tabla N° 15

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuentemente	4	16%
Bastante seguido	16	64%
No muy seguido	5	20%
Nada	0	0%
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 15



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

Con respecto a la pregunta si presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro, un 64% manifiesta que bastante seguido, un 20% no muy seguido, y un 16% muy frecuentemente.

Las emociones de angustia o temor, miedo son la manera de anticipar un suceso peligroso o negativo para la persona comprobando así que un en su gran mayoría

los pacientes encuestados presentan bastante seguido, haciendo que dificulte el adecuado desenvolvimiento personal.

Pregunta N° 14: ¿Me divierto con un buen libro, radio o un programa de televisión?

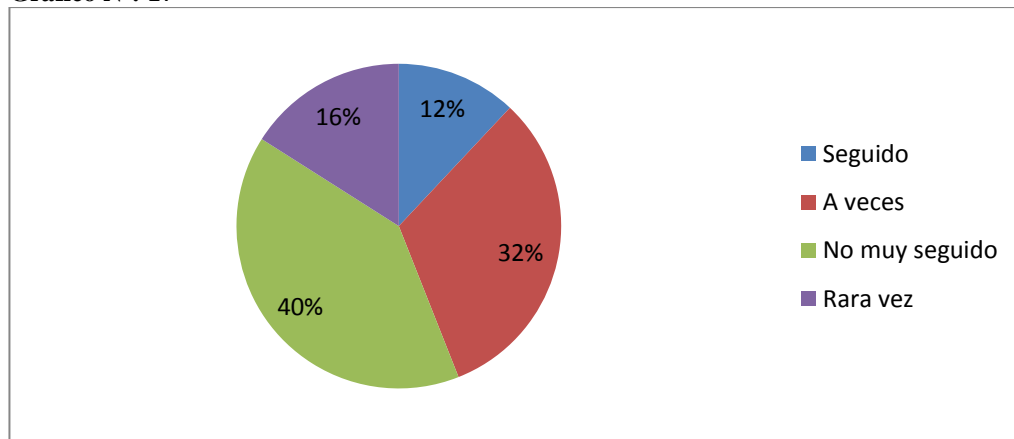
Tabla N° 16

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Seguido	3	12%
A veces	8	32%
No muy seguido	10	40%
Rara vez	4	16%
Total	25	100 %

Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 17



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

De los pacientes encuestados el 40% indican que no muy seguido son capaces de divertirse con un buen libro, radio o un programa de televisión, el 32% a veces, el 16% rara vez y un 12% muy seguido.

La mayoría de los pacientes señala que no muy seguido pueden divertirse con un buen libro, programa de radio o televisión debido a las múltiples dolencias, cansancio que sienten ya sean estas emocionales o físicas impidiendo que éstos se concentren y además se sientan a gusto al momento de realizar alguna actividad a pesar que sea de su agrado.

4.2.Resultados de la Encuesta de Insuficiencia Renal Crónica

Pregunta N° 1: ¿El diagnóstico de su enfermedad fue hace 1-5 años?

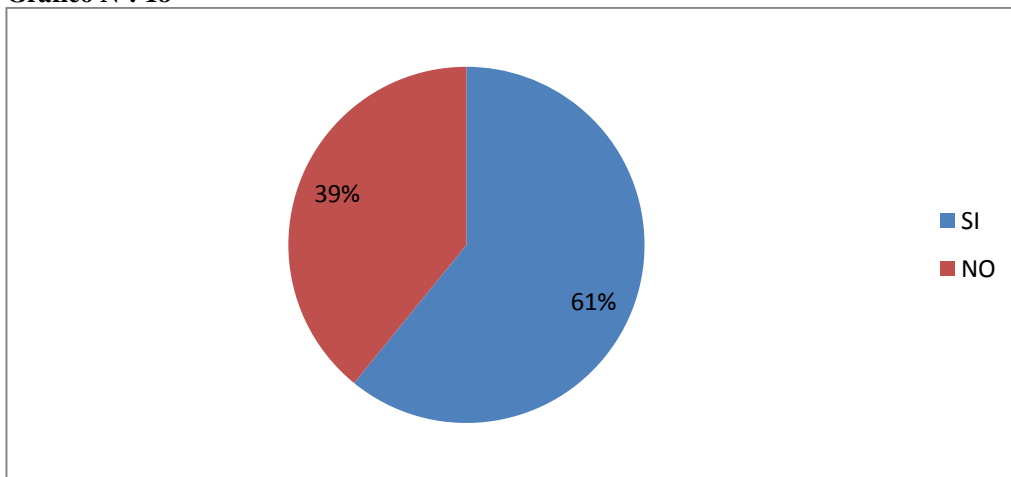
Tabla N°: 18

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	61 %
No	9	39 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 18



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el gráfico anterior se observa que el 61% de los pacientes encuestados manifiesta que su enfermedad fue diagnosticada hace 1 a 5 años, 39% de los

mismos pacientes manifiesta que su enfermedad no fue diagnosticada en ese tiempo.

Se puede evidenciar que un alto porcentaje de los pacientes encuetados son diagnosticados de manera temprana lo que hace que la enfermedad reciba un tratamiento oportuno y se puedan evitar posibles complicaciones.

Pregunta N° 2: ¿El diagnóstico de su enfermedad fue hace 5-10 años?

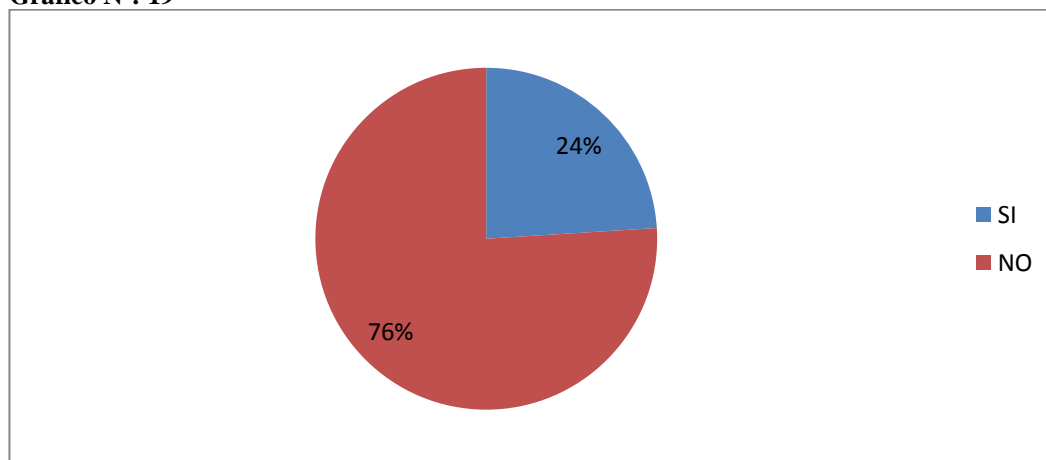
Tabla N°: 19

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	24 %
No	19	76 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 19



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el grafico anterior se observa que el 24% de los pacientes encuestados manifiesta que su enfermedad fue diagnosticada hace 5 a 10 años, 76% de los mismos pacientes manifiesta que su enfermedad no fue diagnosticada en ese tiempo.

Se puede evidenciar que en un bajo porcentaje de los pacientes encuestados son diagnosticados dentro de este rango lo que evidencia que se está dando tratamientos y diagnósticos oportunos para evitar complicaciones.

Pregunta N° 3: ¿El diagnóstico de su enfermedad es > a 10 años?

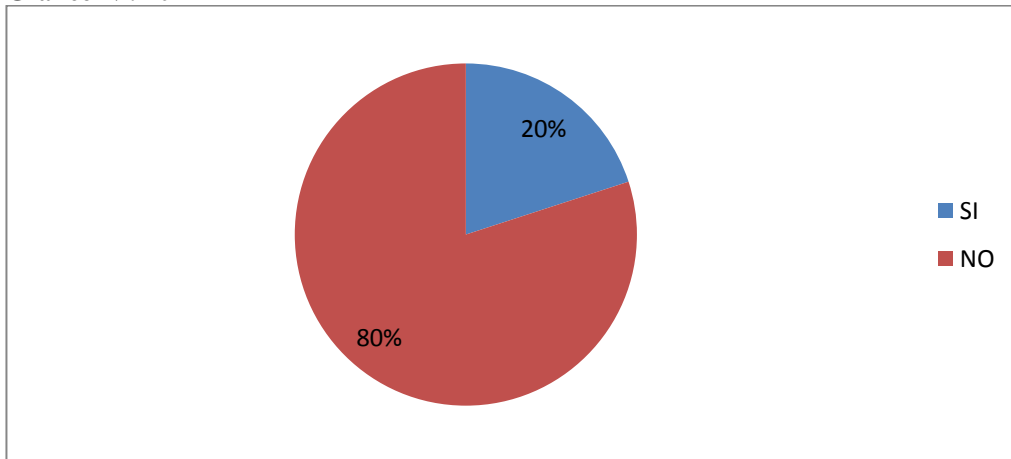
Tabla N° 20

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	20 %
No	20	80 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 20



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el gráfico anterior se observa que el 20% de los pacientes encuestados manifiesta que su enfermedad fue diagnosticada hace más de 10 años, 80% de los mismos pacientes manifiesta que su enfermedad no fue diagnosticada en ese tiempo.

Se puede evidenciar que en un bajo porcentaje de los pacientes encuestados son diagnosticados dentro de este rango lo que evidencia que los pacientes tendrán mayores oportunidades de una vida digna y sin complicaciones.

Pregunta N° 4 ¿La Diabetes Mellitus fue la causa de aparición de su enfermedad?

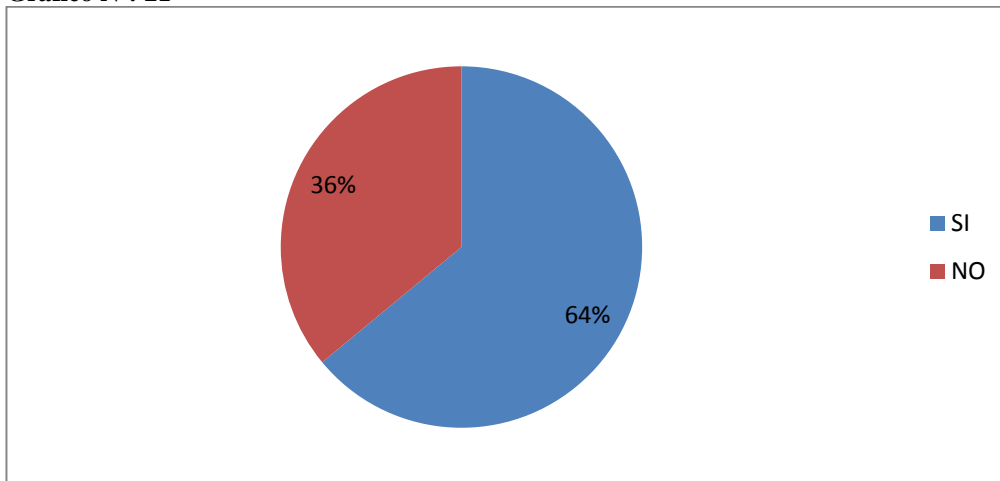
Tabla N° 21

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	64 %
No	9	36 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 21



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el gráfico anterior se observa que el 64% de los pacientes encuestados manifiesta que la causa de la aparición de su enfermedad se debe a diabetes mellitus, 36% de los mismos pacientes manifiesta que la causa de su enfermedad no se debe a esta patología.

Se puede evidenciar que en su mayoría la causa de la aparición de la enfermedad se debe a diabetes mellitus una patología crónica que debe de igual forma ser llevada de manera correcta para evitar mayores complicaciones con la insuficiencia renal y a su vez con la misma patología causante.

Pregunta N° 5: ¿La Hipertensión Arterial fue la causa de aparición de su enfermedad?

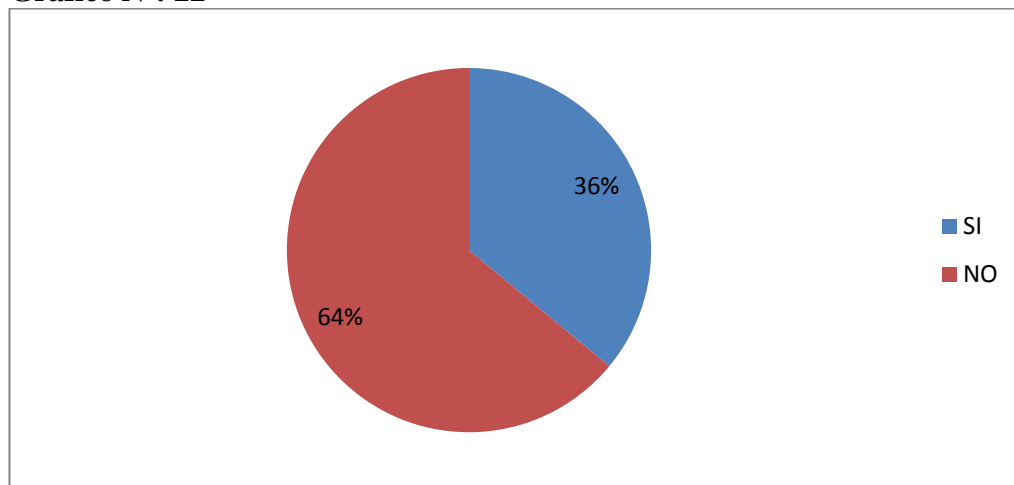
Tabla N° 22

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	36 %
No	16	64 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 22



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el gráfico anterior se observa que el 36% de los pacientes encuestados manifiesta que la causa de la aparición de su enfermedad se debe a HTA, 64% de los mismos pacientes manifiesta que la causa de su enfermedad no se debe a esta patología.

Se puede evidenciar que una baja cantidad de pacientes manifiesta que la causa de la aparición de la enfermedad se debe a HTA, y en su mayoría se debe a otra patología pero de igual forma son enfermedades que deben ser tratadas de manera correcta para evitar complicaciones.

Pregunta N° 6: ¿El tratamiento de su enfermedad es a base de Hemodiálisis?

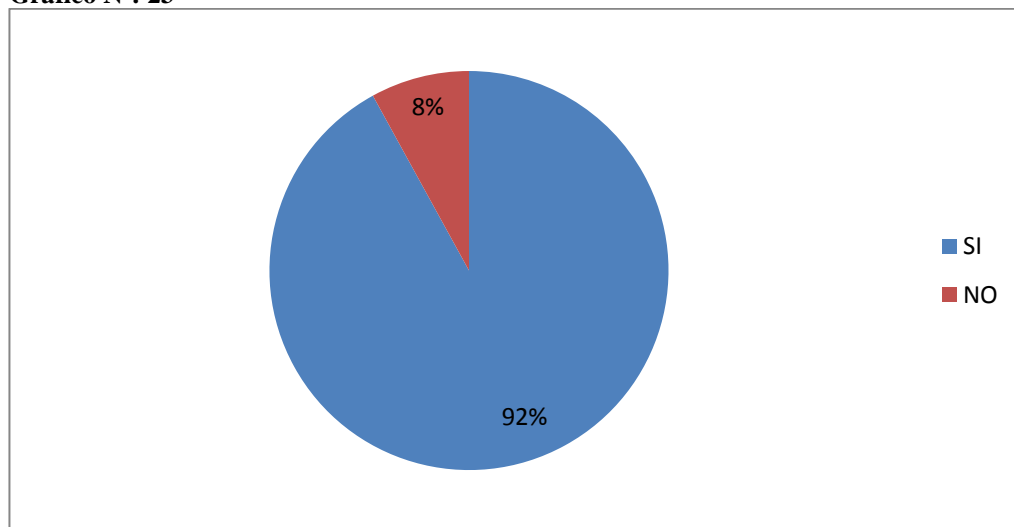
Tabla N° 23

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	92 %
No	2	8 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 23



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el gráfico anterior se observa que el 92% de los pacientes encuestados manifiesta que el tratamiento de su enfermedad es a base de hemodiálisis, 8% de los mismos pacientes manifiesta que utiliza otro tratamiento.

Se puede evidenciar que en su mayoría los pacientes optaron como tratamiento la hemodiálisis, tratamiento que debe ser llevado de manera oportuna para disminuir las complicaciones de la enfermedad y así mejorar su calidad de vida.

Pregunta N° 7: ¿El tiempo que lleva de tratamiento es < a 3 años?

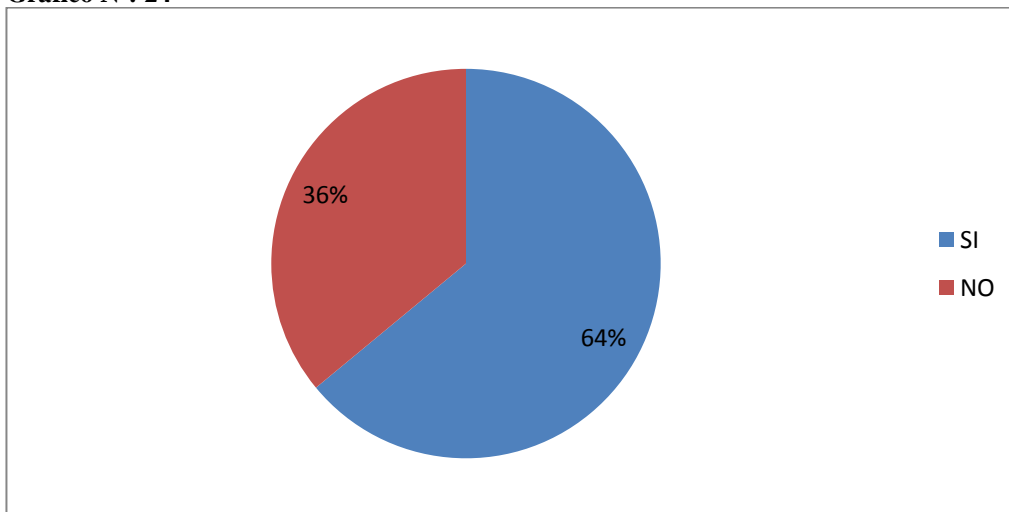
Tabla N° 24

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	64 %
No	9	36 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 24



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el gráfico anterior se observa que el 64% de los pacientes encuestados manifiesta que el tratamiento de su enfermedad es > a 3 años, 36% de los mismos pacientes manifiesta que no lleva ese tiempo de tratamiento

Se puede evidenciar que en su mayoría los pacientes llevan un tratamiento oportuno a partir de la aparición de su enfermedad siendo esto de gran beneficio para evitar futuras complicaciones y llevar un adecuado estilo de vida no solo personal sino familiar.

Pregunta N° 8: ¿El tiempo que lleva de tratamiento es de 3-6 años?

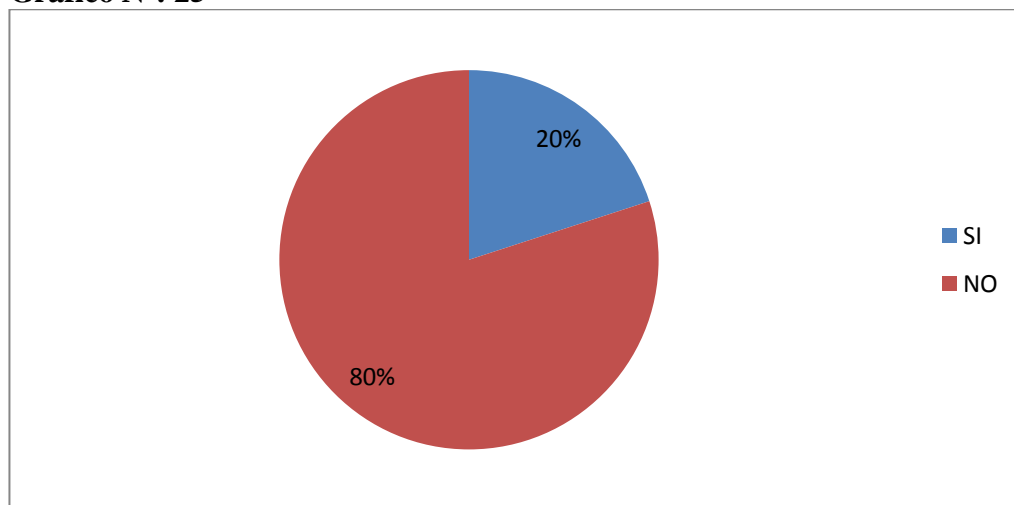
Tabla N° 25

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	20 %
No	20	80 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 25



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el gráfico anterior se observa que el 20% de los pacientes encuestados manifiesta que lleva de tratamiento de su enfermedad de 3 a 6 años, 80% de los mismos pacientes manifiesta que no lleva ese tiempo de tratamiento

Se puede evidenciar que un alto porcentaje ya adopto un tratamiento oportuno mucho tiempo atrás, siendo esto beneficioso para que lleven un estilo de vida adecuado no solo personal sino familiar, y a su vez eviten posibles complicaciones que tengan consecuencias negativas y muy perjudiciales.

Pregunta N° 9: ¿Se encuentra en la lista de espera para un trasplante?

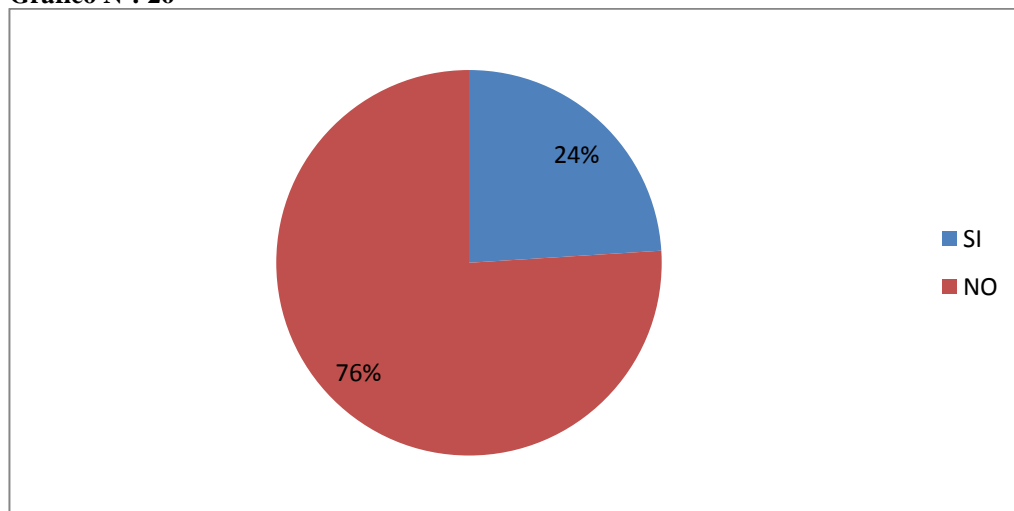
Tabla N°26

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	24 %
No	19	76 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 26



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el gráfico anterior se observa que el 24% de los pacientes encuestados manifiesta que se encuentra en espera de un trasplante renal, 76% de los mismos pacientes manifiesta que no se encuentra en lista de espera

La mayor parte de los pacientes al optar por un tratamiento oportuno y adecuado han hecho que disminuya la necesidad de un trasplante renal es por esto muy importante que se siga de manera correcta el tratamiento adoptado y así evitar complicaciones y verse en la necesidad de un trasplante.

Pregunta N° 10: ¿Recibe ud tratamiento psicológico en la unidad?

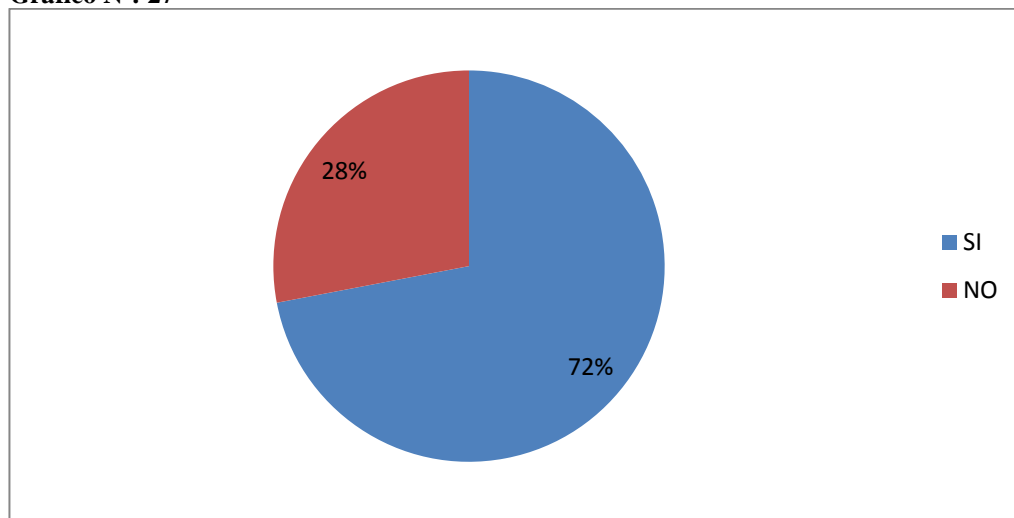
Tabla N° 27

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	72 %
No	7	28 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 27



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el grafico anterior se observa que el 72% de los pacientes encuestados manifiesta que recibe atención psicológica en la unidad una vez al mes, 28% de los mismos pacientes manifiesta que no recibe ese lapso de tiempo.

En su gran mayoría se puede observar que los pacientes reciben tratamiento psicológico una vez por mes lo que conlleva a que los mismos no mantengan el interés por seguir adelante porque no cuentan con un apoyo, ayuda de un profesional que les oriente sobre la enfermedad y así les permita subir su autoestima y mantenerse con fuerza y ánimo para salir adelante.

Pregunta N° 11: ¿Tiene alguna persona para su cuidado?

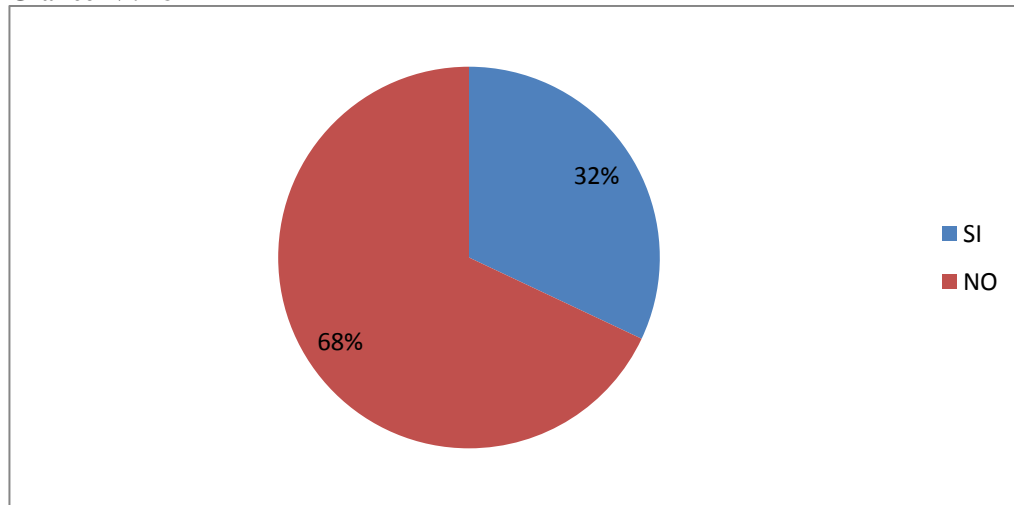
Tabla N°28

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	32 %
No	17	68 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 28



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el grafico anterior se observa que el 32% de los pacientes encuestados manifiesta que si tiene una persona para su cuidado, 68% de los mismos pacientes manifiesta no cuenta con una persona que los ayude

Al no contar con una persona para su cuidado hace que se haga aún más complicado el afrontamiento de su enfermedad y acondicionamiento de su nuevo estilo de vida, por lo tanto serán más vulnerables a presentar afectaciones en su estado de ánimo.

Pregunta N° 12: ¿Su familia ha recibido asesoramiento psicológico sobre la enfermedad que padece?

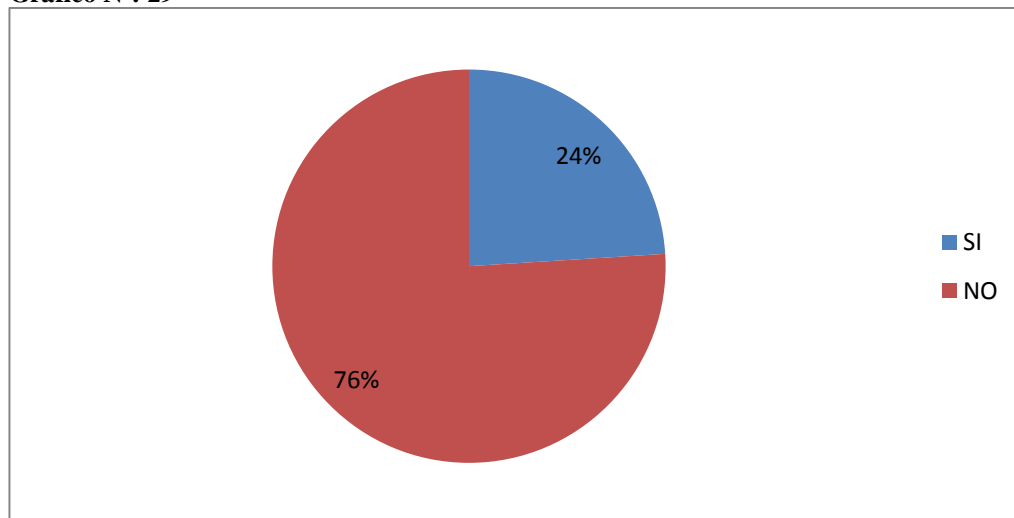
Tabla N° 29

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	24 %
No	19	76 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 29



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el gráfico anterior se observa que el 24% de los pacientes encuestados manifiesta que su familia recibió asesoramiento psicológico de la enfermedad que padece, 76% de los mismos pacientes manifiesta que su familia no lo recibió.

La familia se considera un apoyo fundamental en la vida de todas las personas aún más en la vida de una persona enferma, se considera un gran apoyo para afrontar la enfermedad, para que mantengan la confianza en sí mismos y puedan desempeñarse acorde a sus condiciones de vida.

Pregunta N° 13: ¿Se encuentra en tratamiento psicológico?

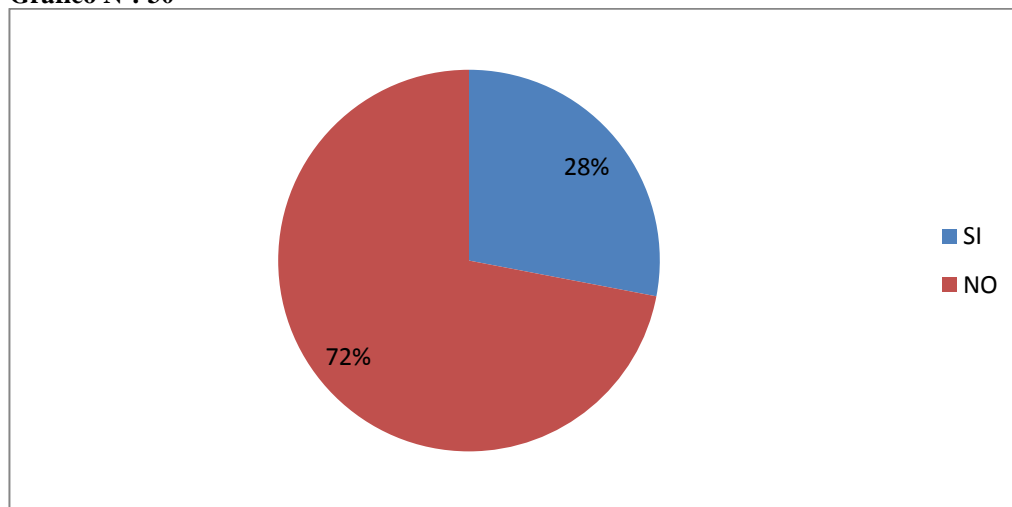
Tabla N° 30

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	28 %
No	18	72 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 30



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el gráfico anterior se observa que el 28% de los pacientes encuestados manifiesta que si se encuentra en tratamiento psicológico, 72% de los mismos pacientes manifiesta que no recibe tratamiento.

En su gran mayoría se puede observar que los pacientes no reciben tratamiento psicológico lo que conlleva a que los mismos no mantengan el interés por la vida debido a que no cuentan con apoyo profesional que los oriente y ayude a sobrellevar la enfermedad.

Pregunta N° 14: ¿Lleva tratamiento psiquiátrico?

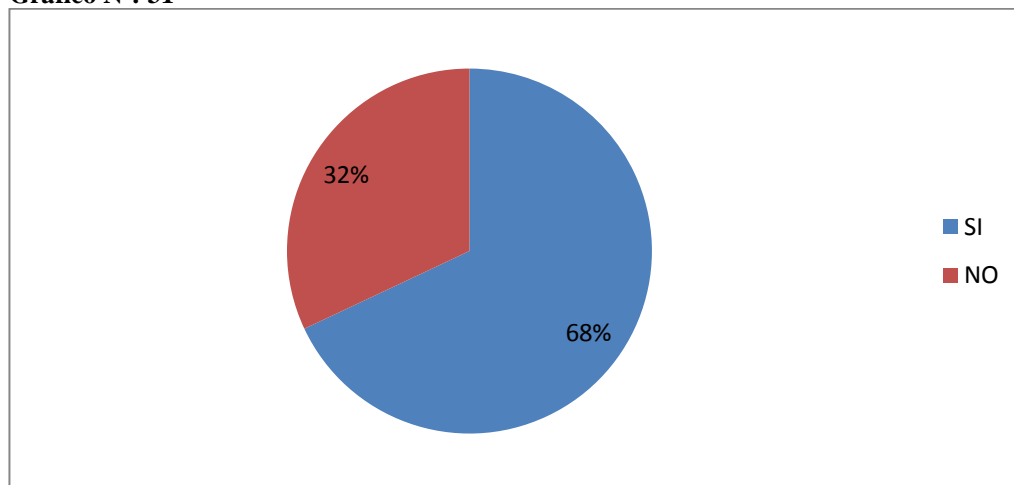
Tabla N° 31

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	68 %
No	8	32 %
Total	25	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Gráfico N°: 31



Fuente: Encuesta aplicada a Pacientes con Insuficiencia renal crónica

Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis e Interpretación

En el gráfico anterior se observa que el 68% de los pacientes encuestados manifiesta que sí se encuentra en tratamiento psiquiátrico, 32% de los mismos pacientes manifiesta que no recibe tratamiento.

En su gran mayoría se puede observar que los pacientes si reciben tratamiento psiquiátrico debido a que no afrontan de manera adecuada la enfermedad y hace que presenten alteraciones que no son fáciles de superar y requieren de medicación hasta que sean debidamente entendidas y puedan ser llevadas sin necesidad de ser medicadas, siendo necesarios el apoyo de la familia y profesional médico y psicológico que son fundamentales para ayudar al paciente a sobrellevar su enfermedad.

4.3. Verificación de la Hipótesis

Atendiendo los datos obtenidos en la investigación se puede llegar a la verificación de la hipótesis.

Tema:

“Trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato”

Variables:

Variable Independiente Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Variable Dependiente Trastorno Mixto Ansioso Depresivo

Planteamiento de la Hipótesis

Hipótesis Nula:

H_0 = La insuficiencia renal crónica no tiene relación con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

Hipótesis Alterna:

H_1 = La insuficiencia renal crónica si tiene relación con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato

Tablas de contingencia

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
IRC * TMAD	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%

Cuadro N° 4: Procesamiento de casos

Elaborado por: Isaac Navarrete

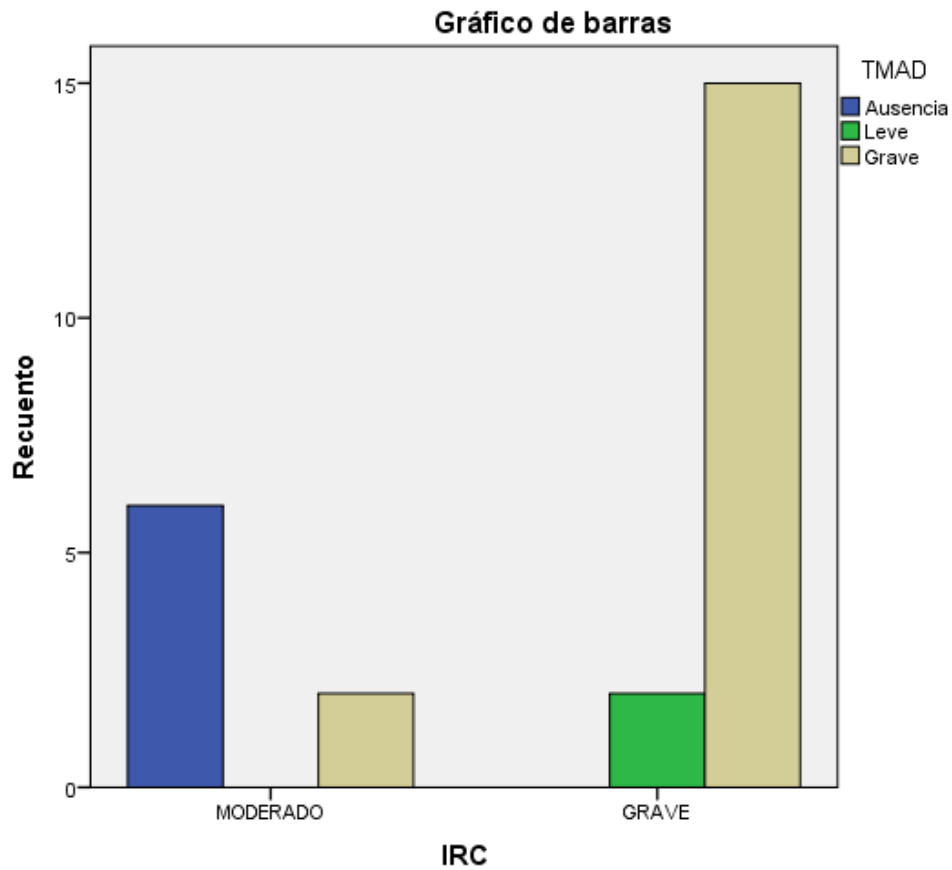
IRC*TMAD tabulación cruzada

Recuento

		TMAD			Total
		Ausencia	Leve	Grave	
IRC	MODERADO	6	0	2	8
	GRAVE	0	2	15	17
Total		6	2	17	25

Cuadro N° 5: Tabulación cruzada

Elaborado por: Isaac Navarrete



Cuadro N° 6: Gráfico. Tabulación Cruzada
Elaborado por: Isaac Navarrete

Análisis

De las personas evaluadas mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y la Encuesta orientada a recolectar información sobre el paciente con insuficiencia renal, se deduce que 8 pacientes presentan insuficiencia renal moderada, de los cuales 6 tienen ausencia y 2 presentan trastorno mixto grave. Además de 17 pacientes que tienen un nivel grave de insuficiencia renal, la mayoría (15) presentan trastorno mixto grave y en una minoría (2) un nivel leve.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significaci3n exacta (2 caras)	Significaci3n exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	16,890 ^a	2	,000	,000		
Raz3n de verosimilitud	19,028	2	,000	,000		
Prueba exacta de Fisher	15,238			,000		
Asociaci3n lineal por lineal	13,738 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N de casos v3lidos	25					

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m3nimo esperado es ,64.

b. El estad3stico estandarizado es 3,707.

Cuadro N3 7: Pruebas de chi-cuadrado

Elaborado por: Isaac Navarrete

Correlaciones

		IRC	TMAD
IRC	Correlaci3n de Pearson	1	,757**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	25	25
TMAD	Correlaci3n de Pearson	,757**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	25	25

** La correlaci3n es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Cuadro N3 8: Correlaciones

Elaborado por: Isaac Navarrete

Decisi3n y conclusi3n

Mediante la aplicaci3n de la prueba de correlaciones de Pearson, se encuentra que la Insuficiencia Renal Cr3nica se relaciona con el Trastorno Mixto Ansioso Depresivo, distribuido de la siguiente manera:

-Insuficiencia Renal Crónica/Trastorno Mixto Ansioso Depresivo (0,757p<0,05)

Luego de realizadas las correlaciones, se puede concluir que si se cumple la condición, por lo tanto queda rechazada la hipótesis nula y queda relacionado con la hipótesis alterna planteada en el presente trabajo.

Por lo tanto, la Insuficiencia Renal Crónica si se relaciona con la aparición del Trastorno Mixto Ansiosos Depresivo en pacientes del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

Mediante la aplicación de la encuesta semiestructurada y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión se concluye que la insuficiencia renal si tiene relación con la aparición del trastorno mixto, evidenciándose en los resultados que del total de pacientes investigados 17 tienen un nivel grave de insuficiencia renal, y de los mismos la mayoría (15) presentan trastorno mixto grave y dos tienen un nivel leve. Además 8 pacientes presentan insuficiencia renal moderada, de los cuales 6 tienen ausencia del trastorno y 2 presentan trastorno mixto grave.

La aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión permitió identificar el grado de sintomatología que presenta la población estudiada, donde se encontró que el 68% de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tienen el trastorno compartiendo en un mismo cuadro clínico las dos alteraciones.

Se logró evidenciar que los pacientes sometidos a Hemodiálisis presentan depresión y ansiedad, a su vez la exposición a factores de riesgo, estresores y la vulnerabilidad de cada paciente para afrontar la enfermedad pueden llegar agravar su condición.

Se identificó además que lo expuesto anteriormente de los pacientes con insuficiencia renal crónica y la aparición de ansiedad y depresión va ligada a su ideología, forma en que cada uno acepta su enfermedad y se adhiere al tratamiento, comprobándose también que el apoyo de sus familiares aporta para la recuperación, adherencia y buen estado emocional. Además la ejecución de un

plan de intervención psicológico encaminado a trabajar en lo individual fomentando diversas herramientas necesarias para reconocerse a sí mismo, aceptarse, valorarse y adherirse de la mejor manera al tratamiento.

5.2 Recomendaciones

Tomar en cuenta las ideas irracionales que se presentan en los pacientes debido a que estas conllevan a fortalecer la ansiedad y depresión, para así poder elaborar una adecuada propuesta o programa de prevención a nivel personal, procurando la estabilidad emocional del paciente.

Es indispensable realizar los procesos adecuados como la evaluación y valoración de los recursos, herramientas psicológicas que puede tener el paciente con insuficiencia renal crónica, para hacerle frente a las descompensaciones que resultan de la enfermedad y su adaptación al nuevo estilo de vida; esto ayudara a elaborar estrategias oportunas para el afrontamiento y lograr de esa manera una mejor asimilación a la situación estresante que experimentan.

Promover programas de información para pacientes, familiares, sobre las consecuencias de la enfermedad y lo que esta situación implica para la vida de una persona.

Realizar un trabajo multidisciplinario para la atención de los pacientes con insuficiencia renal crónica, en el que se incluya: médicos nefrólogos, psicólogos, trabajadores sociales, con una estructurada planificación sobre el correcto abordaje de los pacientes con la enfermedad en el cual se establezca la atención de las necesidades físicas, psicológicas, nutricionales, etc.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

6.1.1 Título de la propuesta

Proceso terapéutico basado en la aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para la disminución de la ansiedad y depresión de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

6.1.2 Institución ejecutora

Hospital del Instituto Ecuatoriano Seguridad Social de la ciudad de Ambato

6.1.3 Beneficiarios

Directos: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Indirectos: Universidad Técnica de Ambato, Hospital IESS.

6.2 Antecedentes

La planificación, estructuración de la presente propuesta se basa en los detalles obtenidos a raíz de las evaluaciones realizadas a los pacientes con Insuficiencia renal crónica que fueron sometidos al proceso de investigación. Todos los datos que se van a presentar en esta parte de la propuesta constituyen una fuente real de la obtención de información mediante los reactivos elegidos.

En la Escala de Depresión y Ansiedad el 72% de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sufren de depresión y ansiedad, compartiendo en un mismo cuadro clínico las dos patologías.

La información obtenida es de gran relevancia debido a que los resultados demuestran que la ansiedad y la depresión son las alteraciones psicológicas de mayor afectación en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, convirtiéndose así el presente proyecto en un instrumento de estudio, análisis para futuras investigaciones, por la repercusión que se ve reflejada en los desajustes emocionales que deterioran la calidad de vida del paciente, no solo en su aspecto personal sino también familiar, social y laboral, por la duración que conlleva el tratamiento.

6.3 Justificación

Se encuentra mucha factibilidad y credibilidad en la aplicación de la propuesta planteada, ya que los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica la mayoría presenta ansiedad y depresión en un mismo cuadro clínico con un 68% del total de los encuestados, lo que denota la afectación en la calidad y desarrollo de vida del paciente renal, es por eso que la afectación psicológica es de gran impacto, y hay que detenerse a analizar profundamente sus ideas las cuales en su mayoría son irracionales para así poder trabajar en la disminución de ellas, para lo cual se cuenta las instalaciones físicas son acorde y adecuadas para la aplicación del modelo terapéutico, y sobre todo se cuenta con la total predisposición, consentimiento y autorización de los pacientes, autoridades del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

Esta propuesta tiene mucha relevancia, ya que permitirá educar al paciente sobre las complicaciones que conlleva el proceso de la enfermedad para de esta manera disminuir el efecto negativo de los estados emocionales propios de la enfermedad. Además es útil porque se contribuye con la familia mediante la educación de cómo puede mejorar su condición de vida a pesar de tener una enfermedad crónica

y a su vez con la sociedad evitando ser considerados como una carga y constituirse en entes productivos.

6.4 Objetivos

6.4.1 General

- ❖ Aplicar un proceso terapéutico basado en la aplicación de la Terapia Racional Emotiva para disminuir la ansiedad y depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del IESS.

6.4.2 Específicos:

- ❖ Reducir el índice de Creencias Irracionales de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del IESS.
- ❖ Lograr que el paciente acepte su enfermedad y así mejorar su esfera biopsicosocial.

6.5 Fundamentación científica

Antecedentes

La TREC considera al ser humano como un ente biopsicosocial con un propósito muy importante el cual es establecer metas y propósitos y tratar de conseguirlos (permanecer vivo, y obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar). El resto de metas se derivan de ellas.

En opinión de Albert Ellis (1973), indica que casi todos los que requieren tratamiento presentan un sin número de ideas irracionales y autoderrotistas como las siguientes: deben ser competentes en todo y simpáticos para todo el mundo; la vida debe ser justa siempre; los problemas deben resolverse pronto; su vida debe

seguir cierto camino. El inconveniente que tienen estas ideas es que contienen absolutos que no admiten excepciones ni la mínima probabilidad de cometer un error.

Los terapeutas al aplicar la terapia racional emotiva deben encarar con rigor este tipo de ideas irracionales, contrastando con técnicas muy diversas como la persuasión, el reto, las órdenes y los argumentos teóricos. Este tipo de tratamiento a menudo permite al individuo reinterpretar sus ideas y sus experiencias negativas bajo una luz más positiva, disminuyendo así la probabilidad de deprimirse (Blatt y otros, 1997).

PROCESO DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Establecimiento de Metas

El producto final del proceso delineado aquí es del desarrollo de un esquema conductual que caracteriza los problemas del cliente en término de su complejo ABC, y se conceptualiza los sucesos(A), las creencias irracionales(B), ya las consecuencias emocionales y conductuales(C) que generalmente constituyen el cuadro sintomático. Las opciones en orden de preferencia que el cliente debe trabajar son: problemas emotivo conductuales luego sobre temas emotivo conductuales.

Insight Racional Emotivo

Facilitar el Insight al cliente es el segundo paso fundamental en la TREC. Sería importante que el cliente adquiriera los cinco Insights para obtener lo mayor posible de su terapia.

Pasos para conseguir los Insights

1 Las ideas y creencias actuales, este Insight ayuda a clarificar tanto el objeto como el foco de la TREC, y además nos permite obtener la causa real de los problemas emocionales.

2 Se anima a los clientes a ser responsables de sus problemas emocionales por entender que, a pesar de los sucesos históricos circundantes en las creencias irracionales.

3 Los clientes necesitan tener conciencia, conocimiento, y apreciación de que las ideas o creencias irracionales particulares causan problemas emocionales.

4 Los clientes pueden aceptarse a sí mismos incluso aunque se hayan creado y sigan manteniendo todos sus problemas emocionales.

5 Durante la mayor parte del tiempo que la gente pasa en terapia se han hecho propaganda a sí mismos de sus propias creencias que ciegamente aceptan como verdaderas y de las que raramente cuestionan su validez y por ende es necesario un ataque enérgico y prolongado de las creencias.

PSICODIAGNÓSTICO RACIONAL EMOTIVO

Trabajar hacia racional emotivo, Parte 1: enseñar una base de conocimiento racional

Trabajar en este aspecto constituye el corazón de la TREC, ayudar con los problemas emotivo conductuales significa ayudarles sistemáticamente a renunciar a sus ideas irracionales y adoptar unas racionales y auto-intensificantes. El objetivo de la gente es vencer sus ideas irracionales que a menudo es una tarea ardua y muy difícil para el terapeuta. En resumen en esta etapa el terapeuta es altamente didáctico, utiliza la enseñanza, la razón, la persuasión y los diálogos socráticos para acompañar los resultados.

Trabajar hacia racional emotivo, parte 2: facilitar una nueva filosofía.

En esta etapa el terapeuta pone todas sus energías en ayudar al cliente a deshacerse de las filosofías viejas e irracionales y reemplazarlas por unas nuevas racionales. El producto final es casi siempre crear nuevas ideas y filosofías racionales y obrar de acuerdo con ellas automáticamente. Este paso está compuesto en dos componentes: debate y fortalecimiento del hábito.

PRINCIPALES TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

LAS TÉCNICAS COGNITIVAS

Son las técnicas por excelencia en la TREC. Las más utilizadas son: a) discusión y debate de creencias, b) entrenamiento en auto-instrucciones, y c) distracción cognitiva e imaginación. (Almazan, 2013)

Discusión y debate de creencias

Es el procedimiento más relevante, las técnicas de discusión más usadas en la TREC son las técnicas de didácticas de persuasión, entre las que cabe destacar las siguientes: Análisis y evaluación lógica (análisis de premisas y de incongruencia de la premisa con la conducta. Razonamiento deductivo para demostrar que una conducta no se deriva de una creencia, razonamiento inductivo para mostrar como una creencia no se deduce de una conducta), reducción al absurdo (llevar al extremo la creencia para mostrar lo absurdo de las consecuencias), análisis y evaluación empírica, contradicción con el valor apreciado (contradicción entre creencias del cliente), apelar a consecuencias negativas (consecuencia negativas de los auto-mensajes), apelar a consecuencias positivas. Los estilos del terapeuta pueden ser: socrático, didáctico, metafórico, humorístico, y teatral. (Almazan, 2013)

Entrenamiento en auto-instrucciones

“Útil para personas con dificultades intelectuales o no pueden seguir el método socrático. Se le pide al cliente que apunte en tarjetas auto-instrucciones y las practique en situaciones particulares” (Psipedia, 2011).

Distracción cognitiva e imaginación

Estas técnicas sólo se utilizan ante situaciones de muy alta intensidad emocional o facilitar el afrontamiento inicial, y siempre de forma temporal para que la persona aprenda a darse cuenta de que puede enfrentarse a situaciones amenazantes, incrementando así su tolerancia a la frustración (Psipedia, 2011).

TÉCNICAS CONDUCTUALES

“Las más usadas son el role-playing y la inversión del rol racional. Cuando el proceso de identificación y debate de creencias está muy avanzado, se puede llevar a cabo entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de resolución de problemas” (Aliaga, 2011).

Ensayo de conducta

Inversión del rol racional se trata de que el terapeuta asuma y adopte el rol del cliente y verbalice las creencias irracionales subyacentes a sus problemas. El paciente adopta el rol del terapeuta y debe discutir las creencias. (Almazan, 2013)

Entrenamiento en habilidades sociales.

Anteriormente se pudieron haber interiorizado algunas creencias racionales con respecto a situaciones negativas como al ridículo, fracasos.

TÉCNICAS EMOTIVAS

La imaginación racional emotiva y procedimiento humorísticos.

Imaginación racional emotiva.

Consiste en pedir al cliente que trate de cambiar una situación imaginaria determinada, o una emoción negativa muy perturbadora por otra más apropiada o moderada, modificando para ello las creencias irracionales que acompañan a la emoción de intenso malestar. (Almazan, 2013)

TÉCNICAS HUMORÍSTICAS.

La mayoría de perturbaciones emocionales se deben al exceso de dramatismo o seriedad con el que nos tomamos a nosotros mismo o las cosas que nos ocurren en la vida. (Almazan, 2013)

6.6. Metodología

<p>MODELO</p> <p>Proceso terapéutico basado en la aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para la disminución de la ansiedad y depresión de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.</p>		
<p>Entidad beneficiaria</p> <p>Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.</p>	<p>Etapa Inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Socialización de la investigación y resultados obtenidos luego de haber culminado el estudio. ✓ Primeras entrevistas. 	
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer un encuadre terapéutico acorde a los parámetros y lineamientos del proceso. ✓ Lograr establecer una relación terapéutica adecuada de confianza empatía. ✓ Explicar cómo influye la insuficiencia renal crónica en la aparición del trastorno mixto ansioso depresivo ✓ Psicoeducar a la población sobre las ideas irracionales que pueden afectar aún más su situación. 		
<p>Actividades</p>	<p>Recursos</p>	<p>Sesiones</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exposición de resultados mediante gráficos los cuales fueron obtenidos en la 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infocus ✓ Laptop ✓ Diapositivas ✓ Material de oficina ✓ Auditorio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dos sesiones grupales (solo en esta fase de tratamiento)

investigación. ✓ Explicación inicial de técnicas informativas.		
---	--	--

MODELO

Proceso terapéutico basado en la aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para la disminución de la ansiedad y depresión de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Entidad beneficiaria	Etapa Inicial
Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuadre terapéutico ✓ Establecer un buen ambiente de trabajo(rapport) ✓ Sesiones individuales

Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Jerarquizar las ideas irracionales que tiene el cliente ✓ Seleccionar las ideas que están causando mayor afectación en su situación actual. ✓ Explicar la Terapia Racional Emotiva de Ellis con el fin de demostrar el alcance de sus objetivos.

Actividades	Recursos	Sesiones
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Jerarquización ✓ Selección ✓ Explicación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultorio ✓ Material de oficina 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tres sesiones individuales.

MODELO		
Proceso terapéutico basado en la aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para la disminución de la ansiedad y depresión de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.		
Entidad beneficiaria	Etapa Intermedia	
Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación clínica específica para que exista descarga emocional adecuada. ✓ Comunicación ✓ Insight 	
Objetivos		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocer y comprender las causas que originaron los conflictos del cliente. ✓ Mejorar la confianza y seguridad en cada cliente. ✓ Ayudar al paciente a eliminar las ideas de culpabilidad de sí mismo. ✓ Fomentar el trabajo continuo de actividades beneficiosas para suprimir ideas irracionales. 		
Actividades	Recursos	Sesiones
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exploración emocional de las ideas y creencias actuales ✓ Indagación de los sucesos previos de su vida. ✓ Análisis de las 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultorio Psicológico Material de escritorio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cinco sesiones individuales

creencias particulares las cuales pueden estar ocasionando conflictos emocionales.		
---	--	--

MODELO

Proceso terapéutico basado en la aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para la disminución de la ansiedad y depresión de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Entidad beneficiaria

Hospital del Instituto
Ecuatoriano de Seguridad
Social.

Etapa Intermedia

✓ Desarrollo

Objetivos

- ✓ Ayudar al cliente que analice y comprenda la dimensión de las ideas irracionales
- ✓ Indicar al cliente las consecuencias negativas que pueden aun afectar más su condición si continua con ideas irracionales
- ✓ Proporcionar nuevas ideas y alternativas de afrontamiento.
- ✓ Valorar las nuevas ideas convenciendo al cliente de sus grandes beneficios.

Actividades	Recursos	Sesiones
<p>✓ Técnicas Cognitivas: discusión, debate de creencias discriminación, definición y técnicas referenciales.</p> <p>✓ Técnicas de Imaginación: proyección en el tiempo.</p> <p>✓ Técnicas Emotivas: métodos humorísticos, imaginación racional emotiva, autodescubrimiento y uso de la aceptación incondicional con el cliente.</p>	<p>✓ Consultorio psicológico</p> <p>✓ Material de oficina</p>	<p>✓ Seis sesiones individuales</p>

MODELO		
Proceso terapéutico basado en la aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para la disminución de la ansiedad y depresión de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.		
Entidad beneficiaria	Etapas Finales	
Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de avances terapéuticos ✓ Desarrollo de conclusiones ✓ Seguimiento 	
Objetivos		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar la utilidad y beneficio de las nuevas ideas adquiridas. ✓ Realizar seguimientos periódicos para analizar sus avances. ✓ Cierre terapéutico. 		
Actividades	Recursos	Sesiones
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diálogo socrático ✓ Tareas cognitivas para casa mediante auto-registros. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultorio psicológico ✓ Material de oficina 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuatro sesiones individuales ✓ Un seguimiento bimensual.

6.6.1 Modelo operativo

Fases	Meta	Actividades	Responsable
FASE 1: Socialización y Planificación	Establecer normas y parámetros de trabajo para las primeras entrevistas	Exposición de resultados Explicación inicial del proceso a plantear. Asignación de citas	Investigador Isaac Navarrete
FASE 1: Encuadre	Mantener un manejo adecuado del grupo para la respectiva explicación acerca de las temáticas a tratar	Conversatorio de las expectativas tanto del investigador como de la población elegida. Instaurar confianza y calidez sobre el trabajo a realizar	Investigador Isaac Navarrete

FASE 2: Evaluación Clínica	Conocer y comprender las causas que originaron los conflictos del cliente.	Entrevistas individuales	Investigador Isaac Navarrete
FASE 3: Desarrollo	Ayudar al cliente que analice y comprenda la dimensión de las ideas irracionales para posteriormente reducirlas.	Aplicación de técnicas Cognitivas, de Imaginación y emotivas	Investigador Isaac Navarrete
FASE 4: Cierre	Analizar los avances terapéuticos para posteriormente poder realizar seguimientos de su evolución y logra el objetivo terapéutico.	Dialogo socrático Tareas cognitivas para casa mediante auto-registros.	Investigador Isaac Navarrete

Cuadro N° 9: Modelo Operativo
Elaborado por: Isaac Navarrete

6.7 MARCO ADMINISTRATIVO

6.7.1 Recursos Físicos o Institucionales

Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud.

Hospital IESS de la Ciudad de Ambato.

6.7.2 Recursos Humanos

Investigador: Isaac Navarrete.

Pacientes con Insuficiencia renal crónica

6.7.3 Materiales

- ❖ Materiales de oficina.
- ❖ Equipos de video, audio
- ❖ Transporte.
- ❖ Servicios varios.

6.7.4 Económicos

MATERIAL	PRECIO
Materiales de Oficina y adquisición de equipos, pizarras.	\$ 800
Material de escritorio	\$150
Transporte	\$ 45
Imprevistos	\$ 75
TOTAL	\$ 1070

Cuadro N°6: Recursos Económicos

Elaborado por: Isaac Navarrete

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Arroyo, A., Martínez, O., & González, O. (2008). *Enfermedad Renal Crónica*. España: IBECs.
- ❖ Benítez, E. (2009). *Gestión del Riesgo, Gestión de la Calidad en Salud*. Oracu.
- ❖ Constitución de la República del Ecuador. (2010). *Ley de la Salud*. Ecuador: Ecuador.
- ❖ Constitución del Ecuador. (2008). *La Salud*. Quito: Constitución del Ecuador.
- ❖ Diaz, A., Reyes, M., Reyes, C., & Rojas, R. (2008). *Generalidades de los Riesgos Biológicos. Principales Medidas de Contención y Prevención en el Personal de Salud*. Obtenido de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/relcrim12/12-14.pdf>
- ❖ Fernández, R. (2013). *Manual de prevención de riesgos laborales para no iniciados*. Alicante: Club Universitario.
- ❖ Garcia, J., & Picazo, J. (1999). *Compendio de Microbiología Médica*. Barcelona: Elsevier.
- ❖ Hernández, G. (2013). *Psicopatología Básica*. Bogota: Javeriana.
- ❖ Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2012). *Seguro General de Riesgos del Trabajo*. Quito: IESS.
- ❖ Jarne, A., Talarn, A., & Armayones, M. (2012). *Psicopatología*. Barcelona: UOC.
- ❖ Martos, F., Castillo, L., & Gómez, D. (2004). *Diplomado en Enfermería*. Sevilla: MAD SL.
- ❖ Masa, J., Peña- Rey, I., & Castellanos, T. (2010). *Protocolo de Vigilancia de la Rubéola y del Síndrome de Rubéola Congénita*. MV.
- ❖ Miller, C. (2000). *Control de la Infección*. Madrid: Brace.
- ❖ Ministerio de Relaciones Laborales. (2005). *Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Bogota: Dezain.

- ❖ Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manejo de los Desechos Infecciosos para la Red de Servicios de Salud en el Ecuador*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- ❖ Ministerio de Trabajo y Empleo. (2013). *Regimen Laboral Ecuatoriano*. Quito: MTE.
- ❖ Omaña, E., & Piña, V. (2005). *Módulo de Enfermería en la Salud Ocupacional*. Caracas: Escuela Experimental de Enfermería.
- ❖ Organización Internacional de Trabajo. (2010). *Lista de Enfermedades Profesionales de la OIT*. Ginebra: OIT.

REVISTAS

- Albaladejo R., Villanueva R., Ortega P.,Astasio P., ME Calle y V Domínguez (2004), *Normas de bioseguridad en el personal de Enfermería de un Hospital de Madrid*,Revista Española de Salud Pública, Volumen 78, N° 4.
- Claudia A, Rosita D, *Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado*, Española de medicina interna, Volumen 78, N° 4.
- Candel P., López MM., García BC.,*Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes*. Aten Prim 2004; 33:193–199.
- López J., Ramón G., Sánchez O., *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades en personal de enfermería por contagio de secreciones del paciente*, Versión impresa ISSN 0187-7585, Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. V.19 n.4 México oct. /dic. 2006

LINKOGRAFÍA

- ❖ Aliaga, C. (2011). *Terapia Cognitivo Conductual*. Obtenido de <http://distancia.upla.edu.pe/libros/psicologia/10/TERAPIA%20COGNITIVA.pdf>
- ❖ Almazan, S. (2013). *Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)*. Obtenido de <http://sandyalmazan.blogspot.com/2013/10/terapia-racional-emotiva-conductual-trec.html>
- ❖ Amaya, C. (septiembre de 2014). *Medicina*. Obtenido de <http://medicinaortcar.blogspot.com/2014/09/es-la-ciencia-al-estudio-de-la-vida.html>
- ❖ Araujo, J., & Zurita, J. (2014). *Diseño y Ejecución de una guía de autocuidado en pacientes posthemodialis*. Obtenido de http://issuu.com/pucesd/docs/tesis_joseline_y_jeniffer_puce
- ❖ Botto, M. S. (2011). *Saber Curar*. Obtenido de http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/publicacionesdc/vista/detalle_articulo.php?id_articulo=10781&id_libro=514
- ❖ Calderon, C. (2011). *Valoración de los Conocimientos y Prácticas sobre riesgos biológicos en una población universitaria del ámbito de las ciencias salud*. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos.
- ❖ Campus Digital. (Junio de 2012). *Riesgos Biologicos*. Obtenido de <http://www.campusdigital.com/cursos/cursos-a-distancia-auxiliares-salud/curso-riesgos-biologicos/presentacion.aspx>
- ❖ Cardozo, C. (6 de Agosto de 2014). *Protocolo de Manejo del Accidente con Riesgo Biológico*. Obtenido de <http://academico-comunidad.blogspot.com/2009/07/protocolo-de-manejo-del-accidente-con.html>
- ❖ Castro, G. (2013). *Rasgos de personalidad y su relación con las conductas autodestructivas*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5529/1/Castro%20Sua rez,%20Gabriela%20Catalina.pdf>

- ❖ Chavez, L. (2012). *Psicología Clínica*. Obtenido de https://www.academia.edu/6672997/Psicologia_clinica
- ❖ Díaz, L., & Muñoz, M. (Septiembre de 2008). *Manual de Bioseguridad*. Obtenido de <http://www.portalsida.org/repos/Bioseguridad.pdf>
- ❖ Duarte, C. (2014). *Técnicas de relajación*. Obtenido de <https://www.academia.edu/8744558/Relajaci%C3%B3n>
- ❖ Educación Médica Panamericana. (2012). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Panamericana.
- ❖ El Debate. (2010). *Casos de insuficiencia renal van a la alza*. Obtenido de <http://www.debate.com.mx/culiacan/Casos-de-insuficiencia-renal-van-a-la-alza-20141207-0005.html>
- ❖ El Universo. (2012). *1.700 personas sufren de insuficiencia renal al año*. Obtenido de <http://www.eluniverso.com/2004/09/13/0001/18/6B8849BF8BC542D19C67F9E1B886E722.html>
- ❖ El Universo. (2013). *Solo el 35% de los pacientes con problema renal reciben atención*. Obtenido de <http://www.eluniverso.com/2008/03/13/0001/18/E8D4B087809E46FC830FBE51EC6C040.html>
- ❖ Elur. (2013). *Bioseguridad*. Obtenido de <http://www.elursl.com/bioseguridad.php>
- ❖ Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2010). *Psicología clínica y psiquiatría*. Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1073>
- ❖ Ibarra, A. (16 de Febrero de 2012). *Enfermería Quirúrgica*. Obtenido de <http://hannyibarra.blogspot.com/2012/02/bioseguridad-en-el-quiroyfano.html>
- ❖ Iglesias, Á. (13 de Noviembre de 2013). *Qué es la Nefrología*. Obtenido de <http://angeliglesia.blogspot.com/>
- ❖ Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (11 de Noviembre de 2011). *Riesgos Laborales del Personal Sanitario*. Obtenido de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/ErgaFP/2007/ErFP56_07.pdf

- ❖ Jovans, N. (11 de Octubre de 2011). *Manual de Riesgo Biológico*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/josovas/manual-riesgobiologico>
- ❖ Lozada, M., Rodríguez , G., & Tovar, Y. (Julio de 2009). *Medidas para la prevención de riesgo biológicos que aplica el personal de enfermería*. Obtenido de <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/1147/1/TESIS%20ESPECIAL%20DE%20GRADO%20DE%20MERIDA.pdf>
- ❖ Lundbeck. (2013). *Trastornos del humor*. Obtenido de <http://www.lundbeck.com/pe/comunidad/pacientes/trastornos-del-humor/trastornos-de-ansiedad>
- ❖ Martínez, J. (2013). *Trastornos Afectivos*. Obtenido de http://www.robertexto.com/archivo13/trast_afectivos.htm
- ❖ Orellana, G., Hernández, G., & Núñez, C. (2011). *Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800005
- ❖ Organización Mundial de la Salud. (2009). *Riesgos para la salud mundial: progresos y desafíos*. Obtenido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/9/09-070565/es/>
- ❖ Portal Médicos. (2012). *Nefrología Plan de Especialidad*. Obtenido de http://www.portalesmedicos.com/plan_programa_especialidad/nefrologia_1.htm
- ❖ Psipedia. (2011). *Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)*. Obtenido de <http://www.psipedia.es/apuntes/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales/322-terapia-racional-emotiva-conductual-trec>
- ❖ Pupiales, A. (2012). *Relación de los factores psicosociales con la calidad*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3015/1/RELACION%20DE%20LOS%20FACTORES%20PSICOSOCIALES%20CON%20LA%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20%20DE%20LOS%20PACIENTES%20CON%20IRC.pdf>

- ❖ Rioja Salud. (2010). *Qué es la Nefrología*. Obtenido de <http://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/nefrologia/3572-que-es-la-nefrologia>
- ❖ Romero, C. (2012). *Código de Leyes sobre Genética*. Bilbao: Bizkaia.
- ❖ Salas, E. (2012). *Trastornos afectivos*. Obtenido de https://www.academia.edu/6082089/09._Trastornos_afectivos%C3%89
- ❖ Salazar, D. (20 de Noviembre de 2012). *Normas y procedimiento en salud ocupacional bioseguridad*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/dianitasalazar/bioseg-post-gso>
- ❖ Salud, S. d. (29 de Abril de 2014). *Día mundial de la seguridad y salud en el trabajo*. Obtenido de <http://salud.michoacan.gob.mx/index.php/comunicados-ssm/544-28-de-abril-dia-mundial-de-la-seguridad-y-la-salud-en-el-trabajo>
- ❖ Salud.doctissimo. (2010). *Insuficiencia Renal*. Obtenido de <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/insuficiencia-renal.html>
- ❖ Salud-Doctismo. (2010). *Insuficiencia renal*. Obtenido de <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/insuficiencia-renal.html>
- ❖ Sánchez, D. (Abril de 2008). *Bioseguridad en el área quirúrgica*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos16/bioseguridad-quirurgica/bioseguridad-quirurgica.shtml>
- ❖ Sharma, A. (2007). *Peritoneal Dialysis*. Philadelphia: Kidney.
- ❖ Skorecki K. (2001). *Chronic Renal Failure*. California: McGraw-Hill.
- ❖ Suominen, T. (2007). *HIV Infection Control Issues for Oral*. EEUU: Contemp.
- ❖ Venado, A., Moreno, J., Rodríguez, M., & López, M. (2009). *Insuficiencia Renal Crónica*. México: UNAM.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BASE DE DATOS U.T.A.

- **SCIENCEDIRECT:** Pastó, Lourdes. Castro, Cels. (2009). “*Estudio pacientes que padecen de trastornos ansioso depresivos al ser sometidos a hemodialisis*”. *Farmacia Hospitalaria*, Volume 33, Issue 5, Pages 257-268.

Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130634308728356>

- **SCIENCEDIRECT:** Goñi, Viguria. Cabrejas, A. (2011). “*Revisión de conocimientos que poseen los pacientes sobre medidas a llevar despues de ser diagnosticado con unae enfermedad renal*”. Volume 22, Issue 3, Pages 128-132. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023991100023X>
- **SCIENCEDIRECT:** García, Lerma. Ramírez, Arrozola. (2011). “*Complicaciones más frecuentes en pacientes renales que no deciden tomar el tratamiento instaurado:*”. Revista de Calidad Asistencial, Volume 26, Issue 4, Pages 228-233. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862102758518>
- **SCIENCEDIRECT:** González, Rosa. Campo, Consuelo.(2011). “*Actividades de enfermería como parte de un equipo de atención integra en pacientes renales con tratamiento de hemdiálisis*”. original research article. volume 35, issue 1, Pages 1-7. Disponible en: <http://www.scielo.com/science/article/pii/S1130634310001571>
- **SCIENCEDIRECT:** Bautista, L. Paredes, Esparza. (2009). “*Consecuencias biopsicosociales de la Insuficiencia Renal*”. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. v.17 n.2 México versión impresa ISSN 0187-7585. Disponible en: <http://www.scielo.com/science/article/pii/S1134282X12000759>.

ANEXOS

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

ENCUESTA APLICADA A PACIENTES DEL ÁREA DE NEFROLOGÍA DEL
HOSPITAL IESS AMBATO.

OBJETIVO:

Recopilar información acerca de la Insuficiencia Renal Crónica en los pacientes
de Hemodiálisis

INSTRUCCIONES:

- Lea detenidamente las siguientes preguntas
- Señale uno de los casilleros de las preguntas que a continuación se señalan

DATOS GENERALES:

Género..... Edad.....

1. ¿El dg de su enfermedad fue hace 1-5 años?

SI () NO ()

2. ¿El dg de su enfermedad fue hace 5-10 años?

SI () NO ()

3. ¿El dg de su enfermedad es > a 10 años?

SI () NO ()

4. ¿La Diabetes Mellitus fue la causa de aparición de su enfermedad?

SI () NO ()

5. ¿La Hipertensión arterial fue la causa de aparición de su enfermedad?

SI () NO ()

6. ¿El tratamiento de su enfermedad es a base de Hemodiálisis?

SI () NO ()

7. ¿El tiempo que lleva de tratamiento es < a 3 años?

SI () NO ()

8. ¿El tiempo que lleva de tratamiento es de 3-6 años?

SI () NO ()

9. ¿Se encuentra en la lista de espera para un trasplante?

SI () NO ()

10. ¿Recibe ud tratamiento psicológico en la unidad?

SI () NO ()

11. Tiene alguna persona para su cuidado

SI () NO ()

12. ¿Su familia ha recibido asesoramiento psicológico sobre la enfermedad que padece?

SI () NO ()

13. ¿Se encuentra en tratamiento psicológico?

SI ()

NO ()

14. ¿Lleva tratamiento psiquiátrico?

SI ()

NO ()

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Nombre:

Fecha:

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada.

No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.

1. Me siento tenso o nervioso

Todos los días

Muchas veces

A veces

Nunca

2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer

Como siempre

No lo bastante

Sólo un poco

Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder

Definitivamente y es muy fuerte

Sí, pero no es muy fuerte

Un poco, pero no me preocupa

Nada

4. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas

Al igual que siempre lo hice

No tanto ahora

Casi nunca

Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

La mayoría de las veces

Con bastante frecuencia

A veces, aunque no muy seguido

Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

Nunca

No muy seguido

A veces

Casi siempre

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

Siempre

Por lo general

No muy seguido

Nunca

8. Siento como si yo cada día estuviera más lento

Por lo general en todo momento

Muy seguido

A veces

Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago

Nunca

En ciertas ocasiones

Con bastante frecuencia

Muy seguido

10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado

Totalmente

No me preocupa como debiera

Podría tener un poco más de cuidado

Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

Mucho

Bastante

No mucho

Nada

12. Me siento con esperanzas respecto al futuro

Igual que siempre

Menos de lo que acostumbraba

Mucho menos de lo que acostumbraba

Nada

13. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro

Muy frecuentemente

Bastante seguido

No muy seguido

Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

Seguido

A veces

No muy seguido

Rara vez