



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

INFORME DE INVESTIGACION SOBRE

**“ALTERACIONES PSICOLÓGICAS FRECUENTES EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA DEL
SERVICIO DE NEFROLOGIA DEL HOSPITAL IESS DE LA
CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011
– ENERO 2012”**

Requisito previo para obtener el título de Psicóloga Clínica

AUTORA: Jerez Cevallos, Ana Cristina

TUTORA: Dra. Salame Ortiz, Evelyn Dayanara

**Ambato – Ecuador
Enero, 2012**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor de investigación sobre el tema“ ALTERACIONES PSICOLÓGICAS FRECUENTES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGIA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2011 – ENERO 2012”, de la señorita Jerez Cevallos Ana Cristina, egresada de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud, considero que dicho informe investigativo 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, a 23 de Enero del 2012

EL TUTOR

Dra. Salame Ortiz Evelyn Dayanara

AUTORÍA DE LA TESIS

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**ALTERACIONES PSICOLÓGICAS FRECUENTES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2011 – ENERO 2012**”,, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de tesis.

Ambato, a 23 de Enero del 2012

LA AUTORA

Jerez Cevallos Ana Cristina

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, según las normas de la Institución.

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.

Autora

Jerez Cevallos Ana Cristina

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

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación sobre el tema “Alteraciones Psicológicas Frecuentes en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Servicio de Nefrología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato en el periodo Septiembre 2011 – Enero 2012” desarrollado por la Srta. Ana Cristina Jerez Cevallos egresada de la carrera de Psicología Clínica

Ambato, a 23 de Enero del 2012

PARA CONSTANCIA FIRMAN

Dra. Flor Amelia Criollo Quisataxi

PSC. Washington Fabián Rojas Pilalumbo

DEDICATORIA

“A Dios fuente de fortaleza y amor incondicional, a mi hijo quien con sus sonrisas y travesuras me brindó fuerzas y empuje para continuar siempre adelante, a mis padres y hermano que desde inicios como estudiante me han apoyado incondicionalmente, a cada una de las personas que han colaborado para la ejecución de mi proyecto, a todos aquellos docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud que fueron los promotores para mi desarrollo intelectual y en mi vida universitaria”.

Ana Cristina Jerez Cevallos

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato Facultad Ciencias de la Salud por haberme abierto sus puertas, y hacer de mí una profesional competente.

Al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Hospital Ambato, por permitirme la realización de esta investigación, de manera muy especial a la Dra. Evelyn Salame tutora y guía, quien con su sabiduría y conocimiento ayudo a encaminar este proyecto, al Dr. Willian Robles Jefe de Servicio de Nefrología facilitador para el acceso a los pacientes con ERC, y a los pacientes con ERC quienes con su colaboración permitieron la realización y culminación de este.

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DE LA TESIS	III
DERECHOS DE AUTOR	IV
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE TESIS.....	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
RESUMEN EJECUTIVO	XVIII
SUMMARY	XX
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I:	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	2
1.1. TEMA.....	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 Contextualización	2
□ Macro.....	2
□ Meso	3
□ Micro	5
1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO	8
1.2.3. PROGNOSIS	10
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES	10
1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	12
1.4. OBJETIVOS.....	13

1.4.1. Objetivo General.....	13
1.4.2. Objetivos Específicos	13
CAPÍTULO II	14
MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. ANTECEDENTES	14
2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	17
2.3. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	18
2.4. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	18
2.5. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	24
2.5.1 NEFROLOGIA.-	25
2.5.2 ENFERMEDADES CATASTROFICAS.-.....	29
2.5.3 INSUFICIENCIA RENAL	29
2.5.4 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.-.....	30
2.5.5 PSICOLOGIA CLINICA	39
2.5.6 PSICOPATOLOGIA	40
2.5.7 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	41
2.5.8 ALTERACIONES PSICOLOGICAS	42
2.6. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	44
2.6.1. Hipótesis	44
2.6.1.1 Hipótesis Particulares	44
2.7. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPOTESIS.....	44
CAPÍTULO III.....	46
METODOLOGÍA	46
3.1. ENFOQUE.....	46
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.4. POBLACIÓN O MUESTRA.....	47
3.5. OPERACIONIZACIÓN DE VARIABLES.....	48

3.6. RECOLECCION DE INFORMACION	52
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	52
CAPITULO IV	53
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	53
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	53
4.1.1 Anexo N° 1 Historia Clínica Psicológica.....	53
CAPITULO V	126
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	126
5.1 CONCLUSIONES:	126
5.2 RECOMENDACIONES	127
CAPITULO VI.....	128
PROPUESTA.....	128
6.1 DATOS INFORMATIVOS	128
6.1.1 Tema:	128
6.1.2 Institución ejecutora:	128
6.1.3 Beneficiarios:	128
6.1.4 Ubicación:.....	128
6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución:	129
6.1.6 Equipo técnico responsable:	129
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	129
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	134
6.4 OBJETIVOS.....	135
6.4.1 General.....	135
6.4.2 Específicos.....	135
6.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	136
6.5.1 Introducción	136
6.6 METODOLOGÍA	174
6.6.1 MODELO OPERATIVO.....	177

6.7 MARCO ADMINISTRATIVO	178
6.7.1 Recursos Físicos o Institucionales	178
6.7.2 Recursos Humanos	178
6.7.3 Materiales	178
6.7.4 Económicos.....	179
6.7.5 CRONOGRAMA	180
6.8 ANEXOS.....	183

ÍNDICE DE CUADROS

VARIABLE INDEPENDIENTE: Insuficiencia Renal Crónica.....	48
Cuadro N° 1.....	48
VARIABLE DEPENDIENTE: Alteraciones Psicológica.....	49
Cuadro N° 2.....	51
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	52
Cuadro N° 3.....	52
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
Anexo N°1 Historia Clínica Psicológica	
Cuadro N° 4.....	53
Cuadro N° 5.....	55
Cuadro N° 6.....	56
Cuadro N° 7.....	57
Cuadro N° 8.....	58
Cuadro N° 9.....	59
Cuadro N° 10.....	60
Cuadro N° 11.....	61
Anexo N° 2 Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud	
Cuadro N° 12.....	62
Cuadro N° 13.....	63
Cuadro N° 14.....	64
Cuadro N° 15.....	66
Cuadro N° 16.....	67
Cuadro N° 17.....	68
Cuadro N° 18.....	69
Cuadro N° 19.....	70
Cuadro N° 20.....	71
Cuadro N° 21.....	72
Cuadro N° 22.....	73
Cuadro N° 23.....	74
Cuadro N° 24.....	75

Cuadro N° 25.....	76
Cuadro N° 26.....	77
Cuadro N° 27.....	78
Cuadro N° 28.....	79
Cuadro N° 29.....	80
Cuadro N° 30.....	81
Cuadro N° 31.....	82
Cuadro N° 32.....	83
Cuadro N° 33.....	84
Cuadro N° 34.....	85
Cuadro N° 35.....	86
Cuadro N° 36.....	87
Cuadro N° 37.....	88
Cuadro N° 38.....	89
Cuadro N° 39.....	90
Cuadro N° 40.....	91
Cuadro N° 41.....	92
Cuadro N° 42.....	93
Cuadro N° 43.....	94
Cuadro N° 44.....	95
Cuadro N° 45.....	96
Anexo N° 3 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	
Cuadro N° 46.....	97
Cuadro N° 47.....	98
Cuadro N° 48.....	99
Cuadro N° 49.....	100
Cuadro N° 50.....	101
Cuadro N° 51.....	102
Cuadro N° 52.....	103
Cuadro N° 53.....	104
Cuadro N° 54.....	105
Cuadro N° 55.....	106

Cuadro N° 56.....	107
Cuadro N° 57.....	108
Cuadro N° 58.....	109
Cuadro N° 59.....	110
RESULTADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA, CUESTIONARIO SF-36 Y LA ESCALA HOSPITALARIA	
Cuadro N° 60.....	111
RESULTADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA, CUESTIONARIO SF-36 Y LA ESCALA HOSPITALARIA	
Cuadro N° 61.....	114
METODOLOGIA	
Cuadro N° 62.....	174
Cuadro N° 63.....	175
Cuadro N° 64.....	176
MODELO OPERATIVO	
Cuadro N° 65.....	177
ECONÓMICO	
Cuadro N° 66.....	179
CRONOGRAMA	
Cuadro N° 67.....	180

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CATEGORIAS FUNDAMENTALES	
Gráfico N° 1.....	24
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	
Anexo N° 1 Historia Clínica Psicológica	
Gráfico N° 2.....	54
Gráfico N° 3.....	55
Gráfico N° 4.....	56
Gráfico N° 5.....	57

Gráfico N° 6.....	58
Gráfico N° 7.....	59
Gráfico N° 8.....	60
Gráfico N° 9.....	61
ANEXO N° 2	
Cuestionario SF-36 Sobre el Estado de Salud	
Gráfico N° 10.....	62
Gráfico N° 11.....	63
Gráfico N° 11.....	64
Gráfico N° 13.....	66
Gráfico N° 14.....	67
Gráfico N° 15.....	68
Gráfico N° 16.....	69
Gráfico N° 17.....	70
Gráfico N° 18.....	71
Gráfico N° 19.....	72
Gráfico N° 20.....	73
Gráfico N° 21.....	74
Gráfico N° 22.....	75
Gráfico N° 23.....	76
Gráfico N° 24.....	77
Gráfico N° 25.....	78
Gráfico N° 26.....	79
Gráfico N° 27.....	80
Gráfico N° 28.....	81
Gráfico N° 29.....	82
Gráfico N° 30.....	83
Gráfico N° 31.....	84
Gráfico N° 32.....	85
Gráfico N° 33.....	86
Gráfico N° 34.....	87
Gráfico N° 35.....	88

Gráfico N° 36.....	89
Gráfico N° 37.....	90
Gráfico N° 38.....	91
Gráfico N° 39.....	92
Gráfico N° 40.....	93
Gráfico N° 41.....	94
Gráfico N° 42.....	95
Gráfico N° 43.....	96
ANEXO N° 3	
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	
Gráfico N° 44.....	97
Gráfico N° 45.....	98
Gráfico N° 46.....	99
Gráfico N° 47.....	100
Gráfico N° 48.....	101
Gráfico N° 49.....	102
Gráfico N° 50.....	103
Gráfico N° 51.....	104
Gráfico N° 52.....	105
Gráfico N° 53.....	106
Gráfico N° 54.....	107
Gráfico N° 55.....	108
Gráfico N° 56.....	109
Gráfico N° 57.....	110
RESULTADOS DE LA HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA, CUESTIONARIO SF-36 Y ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION	
Gráfico N° 58.....	113
Gráfico N° 59.....	114
ANALISIS DE ALTERACIONES PSICOLÓGICAS	
Gráfico N° 60.....	118
Gráfico N° 61.....	118

Gráfico N° 62.....	119
Gráfico N° 63.....	119
Gráfico N° 64.....	120
Gráfico N° 65.....	120
Gráfico N° 66.....	121
Gráfico N° 67.....	121
Gráfico N° 68.....	122

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

Tema: “Alteraciones psicológicas frecuentes en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato en el periodo septiembre 2011 – enero 2012”

- **Autor:** Egresada Ana Cristina Jerez Cevallos
- **Tutor:** Dra. Salame Ortiz Evelyn Dayanara
- **Fecha:** Enero 2012

RESUMEN EJECUTIVO

El proyecto realizado fue un estudio investigativo, el cual tuvo como objetivo descifrar las alteraciones psicológicas frecuentes en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato

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

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

de los pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad, cabe mencionar que la propuesta de solución se basa en el modelo Cognitivo- Conductual cuyo objetivo principal es la modificación de creencias irracionales y emociones inadecuadas mediante técnicas que se encuentran dentro de este modelo psicoterapéutico, siendo esta la indicada para evitar que estas alteraciones se desencadenen en cuadro clínico y mejorar la calidad de vida del paciente renal

PALABRAS CLAVES: INSUFICIENCIA RENAL, ALTERACIONES PSICOLÓGICAS, NEFROLOGIA, DIALISIS, COGNITIVO

EXECUTIVE SUMMARY

The project was carried out a research study, which aimed to decipher the common psychological disorders in patients with chronic renal failure Nephrology Service of Hospital IESS the city of Ambato

The research was conducted at the Hospital IESS Ambato city during the months of September 2011 until January 2012. People who are part of the investigation are 30 patients diagnosed with chronic renal failure attending the same dialysis treatment performed in the Nephrology Department at the above Hospital

The information obtained was gathered through the History of the Psychological Clinic, the SF 36 on the State of Health to determine the quality of life of patients and the Hospital Anxiety and Depression. Concluding that the research population clearly the prevalence of emotional ambivalence with 17%, followed by 13% which corresponds to the inappropriate feelings, hyperoxia, insomnia, 10% emotional imbalance, anxiety, anger, and helplessness 7 % emotional lability, and can be seen that psychological disorders are latent in 100% of patients at different stages of the disease, it is noteworthy that the proposed solution is based on cognitive behavioral model whose main objective is the modification of beliefs irrational and inappropriate emotions mediating techniques found within this psychotherapeutic model, this being directed to avoid triggering these changes in clinical symptoms and improve quality of life of patients

KEYWORDS: RENAL, PSYCHOLOGICAL DISORDERS, NEPHROLOGY, DIALYSIS, COGNITIVE

INTRODUCCION

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) no afecta únicamente a las condiciones físicas de los enfermos, sino que, al igual que sucede con otras enfermedades crónicas, también repercute en su estado emocional y sus hábitos cotidianos; tanto del que la padece como de su familia ya que la misma ocupa un rol fundamental en el desenvolvimiento del paciente ante la enfermedad.

Las estadísticas mundiales de esta enfermedad señalan que en Estados Unidos se observa una alta incidencia de enfermos renales, nuestro país no se halla exento, hasta 1994, se reportó que la insuficiencia renal crónica ocupa el onceavo lugar entre las principales causas de mortalidad, esta incidencia es similar entre hombres y mujeres y su frecuencia muestra poca diferencia entre los diversos rangos de edad.

Las causas de la insuficiencia renal crónica son múltiples e incluyen enfermedades renales primarias, enfermedades sistémicas que afectan al riñón y causas hereditarias.

Frente a este mal surge la interrogante ¿Qué hacer? Esto sin duda nos implica a realizar este estudio en el cual se analizan las alteraciones psicológicas frecuentes en los pacientes con IRC, con el fin de determinar cuáles son las causas más frecuentes para el desarrollo de alteraciones psicológicas, así como también diagnosticar la calidad de vida del paciente renal; para iniciar un proceso de evaluación, detección, diagnóstico e intervención psicoterapéutica a través del Modelo Cognitivo Conductual, modificando así las creencias irracionales por racionales eliminando del plano concienzial del paciente el miedo al tratamiento y el temor al dolor

La factibilidad de este trabajo está centrada en el apoyo y predisposición para su ejecución por parte del Hospital IESS de la ciudad de Ambato, predisposición del investigador, y sobre todo la predisposición de los pacientes con IRC, que quienes con su colaboración hicieron posible la realización de este trabajo.

CAPÍTULO I:

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. TEMA

“ALTERACIONES PSICOLÓGICAS FRECUENTES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGIA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD AMBATO DEL PERIODO SEPTIEMBRE 2011- ENERO 2012”

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización

- **Macro**

El impacto global que tiene la enfermedad renal ha llevado a que diferentes países consideren examinar detenidamente sus programas de salud para controlar las llamadas enfermedades de afluencia (en oposición a aquellas por carencia) como la obesidad, la hipertensión y la diabetes, que son las causas principales de la enfermedad renal en el mundo. En los últimos años, diversos estudios han referido a las alteraciones psicológicas como padecimientos característicos en el enfermo renal (Berg, Berg, Reiten, Kostveit, 1998; De Heus & Diekstra, 1999; Delcort, Araújo, Reis, Porto, Carvalho, Oliveira, Barbalho & De Andrade, 2004). Tanto es así, que un estudio realizado en España refiere que los problemas psicológicos son citados por ocho de cada diez pacientes con IRC.

Un artículo publicado en el número 56 de la Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante, de marzo – junio de 2002, titulado como este post: “Aspecto psicológico del paciente renal menciona que en Estados Unidos entre 1980 y 2001 la incidencia de IRC terminal se cuadruplicó de 82 a 334 casos por millón de la población total, mientras su prevalencia se quintuplico de 271 a 1400 casos por millón.

Por lo expuesto anteriormente se observa que las alteraciones psicológicas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica se está convirtiendo en un mal del siglo XXI, viendo la necesidad de estudiarlo en todo el mundo, donde no solo países globalizados como Estrados Unidos y España lo padecen sino además está afectando en América Latina.

Siendo que la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) no afecta únicamente a las condiciones físicas de los enfermos, sino que, al igual que sucede con otras enfermedades crónicas, también repercute en su estado emocional y sus hábitos cotidianos, por ello, para valorar el estado de salud de un paciente renal habrá que tener en cuenta cómo se siente, además de su funcionamiento orgánico.

- **Meso**

Según una investigación de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) de León sobre los factores que originan la IRC y la posible relación causa-efecto entre las alteraciones psicológicas y esa mortal enfermedad.

La presentación se realizó en Managua en el marco del Congreso "Epidemia de la Enfermedad Renal Crónica", situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas por trastornos como la angustia, ansiedad, estrés, sentimientos de incapacidad, disminución del interés o del placer en todas las actividades, depresión en diferentes grados, irritabilidad, deterioro socio-familiar , disfunción sexual, negación.

Respecto al abordaje familiar se observó con mayor frecuencia abandono familiar y falta de contención.

Para Nicaragua y buena parte de Centroamérica las altas temperaturas, el tipo de trabajo y las condiciones muchas veces inhumanas en que se desarrolla, resultan ser las principales causas de esta enfermedad.

Medicina Interna México Volumen 25, num 6, nov-dic 2009 menciona que la IRC es la manifestación de diversas enfermedades, motivo por el que su incidencia y prevalencia se han incrementado continuamente y la han convertido en un problema de salud cada vez más preocupante, sobre todo por el deterioro en la calidad de vida de las personas que la padecen principalmente porque dependen de un centro hospitalario, personal médico y de enfermería especializados, máquinas de hemodiálisis y cicladoras, cambios higiénicos, dietéticos y vida sexual, social y laboral.

En México se estima actualmente un costo de 2% del presupuesto del servicio nacional de salud para esta enfermedad.

Para el 2013 se calcula que la cantidad de individuos con IRC sería el doble.

El reporte en el Dialysis Outcomes and Practice Patterns, Study (DOPPS), mostró en 1999 que 21,2% de los 8,601 pacientes de hemodiálisis se diagnosticaron con depresión.

La prevalencia de los trastornos afectivos difiere según los diversos autores entre 25 y 50% y algunos llegan hasta 70%.

Según el Dr. Jesús Marín, director del Centro Nacional de Prevención y Control de Sustancias Tóxicas (CIVATOX) del Ministerio de Salud, "En los últimos diez años hemos tenido un gran aumento en las estadísticas de la IRC la misma que va

de la mano con algún tipo de alteración psicológica, de alguna u otra manera altera en su comportamiento.

- **Micro**

En el Ecuador, según el (IARE) Instituto de Atención Renal Especializada. Agrega que en el caso del Ecuador es importante que el Ministerio de Salud se sensibilice y piense en los pacientes renales terminales, como parte de un programa de salud permanente.

Según las estadísticas la enfermedad crece en el país ya que cada año, se registran hasta 3000 nuevos casos; es decir que en 10 años se han acumulado hasta 30 mil pacientes de los cuales la mayoría ya murió.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia, teniendo como misión proteger, a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de , enfermedad, maternidad, riesgos de trabajo, discapacidad, cesantía, entre otros.

De acuerdo con las estadísticas del IESS, solo el 6% de ecuatorianos cuentan con terapias de reemplazo (hemodiálisis o trasplante), gran parte de los profesionales e investigadores de la salud comparten la noción de que el trasplante renal es el tratamiento con menos efectos psicológicos indeseables y con el que los pacientes tienen una mejor percepción de salud.

No obstante, todavía no hay suficientes datos que permitan llegar a conclusiones.

La IRC fue declarada como enfermedad catastrófica, siendo así el gobierno asumiría los gastos de Hemodiálisis. Datos de Ontot (Organización Nacional de

Trasplantes de Órganos y Tejidos del Ecuador) indican que en el país hay una prevalencia de 190 pacientes por cada millón de habitantes.

En el 2001 hubo 1.257 pacientes en diálisis, 970 en el IESS, 120 en establecimientos públicos, 92 en privados y 75 en semipúblicos (estadística del IESS, 2001).

Y la mortalidad sigue aún elevada a pesar de los avances de las técnicas dialíticas.

Las estadísticas de la Fundación Renal del Ecuador indican que el 68% es por causa cardiovascular y el 10,5% infecciosa como lo señala la literatura mundial.

La mortalidad es mayor en el grupo que solo se realiza dos sesiones a la semana (75%).

En Guayaquil se registran al año 600 nuevos casos y según cifras de la Sociedad solo el 35% de pacientes reciben un tratamiento, debido a sus costos que van entre \$ 1.000 a \$ 1.300.

De los 700 enfermos con atención, 500 están en el Seguro Social, 160 en el Hospital Luis Vernaza y 40 en las cinco clínicas que prestan el servicio de forma particular y todos ellos están a la espera de un donante.

Se ha podido apreciar según datos estadísticos que el índice de pacientes con IRC va en aumento los mismos que de alguna u otra forma sufren de alteraciones en su calidad de vida.

A nivel de Tungurahua y especialmente en el Hospital IESS Ambato no se ha encontrado estudios acerca del problema planteado, siendo esta la pionera en establecer parámetros que incentiven a nuevas investigaciones, debido a la

importancia del tema donde los pacientes con dicha enfermedad tienen que ser sometidos a hemodiálisis cuatro horas diarias tres veces a la semana siendo propensos a adquirir patologías como son las alteraciones psicológicas, donde el agotamiento es evidente por lo que se ven afectados diversos aspectos de su vida diaria en aspectos no solo laboral sino social y personal desencadenando enfermedades físicas de origen psicológico.

Al servicio de nefrología del Hospital IESS de Ambato acuden múltiples pacientes con enfermedades renales en las diferentes etapas, de acuerdo a los 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.

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.

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.

1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO

Los casos de IRC han ido en incremento con el pasar del tiempo, atravesando el paciente por distintas etapas, que va desde la preocupación excesiva hasta llegar a las distintas alteraciones psicológicas.

Por lo que son muchas personas afectadas por este tipo de trastorno, exigiendo al enfermo una adaptación vital importante y una aceptación adecuada de su enfermedad.

Es en estos casos donde la pericia y el "saber hacer" del equipo de salud mental son decisivos para el tratamiento de estas enfermedades ya que brindarán el apoyo psicológico necesario para que el paciente acepte su padecimiento.

La IRC al ser una enfermedad crónica e invalidante no es solo el hecho de padecerla sino el de asumir que la misma no tiene cura, y la necesidad de conectarse a una máquina para seguir vivo o someterse a una intervención quirúrgica para ser trasplantado.

Todo este cúmulo de circunstancias repercutirá sobre el paciente y su entorno familiar a distintos niveles:

En el plano psicológico la personalidad del paciente matizará el contexto de la enfermedad, sus complicaciones y tratamientos.

Así se evidenciara su capacidad para hacer frente a las dificultades de la vida, su vulnerabilidad al estrés, sentimientos de inferioridad y mecanismos defensivos frente a la angustia.

En el plano social la enfermedad repercutirá en el entorno familiar y social del individuo pues se producirán cambios familiares y profesionales y sufrirá sentimientos de pérdida en diferentes áreas (profesional, del status social, de las actividades de ocio, deportes favoritos).

Será pues la enfermedad (I.R.C.T) el catalizador que transforme completamente la vida del paciente, este cambio movilizará en él todas sus angustias y miedos, requiriendo la mayoría de las veces la atención especializada de un grupo experto para el manejo de este tipo de pacientes.

Al momento del insight en las afecciones que causa la I.R.C en el desarrollo afectivo del paciente los familiares de una manera u otra tratan de ayudarlos a

sobrellevar esta enfermedad, es por ello que los familiares son los más indicados en brindarle todo el apoyo que necesita el paciente para sobrellevar su enfermedad, acompañado además de un grupo de profesionales los mismos que trabajaran tanto en su estado físico como mental.

1.2.3. PROGNOSIS

La IRC es una de las patologías más frecuentes en nuestro medio, sobre la cual se han realizado estudios epidemiológicos, de evolución clínica, complicaciones a largo plazo, manejo terapéutico, morbilidad, mortalidad, etc.

Sin embargo hemos observado que no se ha tomado en cuenta un tópico importante sobre esta enfermedad como son las alteraciones psicológicas que se manifiestan no sólo en el enfermo, sino también en sus familiares y en el equipo de salud que está involucrado en su atención médica.

El aspecto psicológico es de importancia primordial en el tratamiento del paciente, razón por la cual consideramos necesario realizar un estudio que nos confirme el impacto psicológico que ocasiona esta patología crónica sobre el paciente.

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿La Insuficiencia Renal Crónica es causa de Alteraciones Psicológicas en pacientes del servicio de nefrología del Hospital IESS de la ciudad Ambato en el periodo septiembre 2011- enero 2012. ?

1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuáles son las causas más frecuentes para el desarrollo de alteraciones psicológicas?
- ¿Cómo afecta la IRC en la calidad de vida del paciente renal?
- ¿Qué solución se puede plantear al final de la investigación?

1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.6.1. De contenido

CAMPO: Psicología Clínica

ÁREA: Emocional

ASPECTO: Alteraciones Psicológicas frecuentes

1.2.6.2. Delimitación espacial

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

1.2.6.3. Delimitación temporal

Este problema será investigado en el periodo comprendido entre septiembre 2011-enero 2012.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Se debe tomar en cuenta la carga cultural que estos dos términos enfermo y crónico incitan, en ellos y la sociedad.

Los grandes cambios que se producen en el enfermo renal crónico (bio, psico, sociales.) Hacen que la actividad social de los mismos disminuya, siendo más notable en personas trabajadoras que lleven una vida activa fuera de casa, sean hombres o mujeres, que en personas cuya vida está centrada de forma rutinaria en labores domésticas.

Muchos enfermos y profesionales atribuyen su depresión y apatía a problemas de cansancio, sed, cefaleas y alteraciones gástricas y óseas. Al principio de la entrada en el programa hay ansiedad, depresión, y negación de la enfermedad.

La aplicación de este proyecto es necesaria, ya que hace énfasis a las alteraciones psicológicas como la depresión, ansiedad, entre otras, siendo estas perniciosas para el tratamiento de la enfermedad.

La investigación es factible porque se cuenta con la población necesaria para la presente como son los pacientes renales del servicio de nefrología, y con la colaboración del personal médico capacitado, cabe destacar la apertura total del Hospital IESS de la ciudad de Ambato para realizar este trabajo y así lograr plantear alternativas que engloben tanto los factores físicos y psicológicos que promuevan la atención de salud.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Investigar las alteraciones psicológicas más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología del Hospital IESS de Ambato del periodo septiembre 2011- enero 2012.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar el grado de afectación de las alteraciones psicológicas en el paciente renal.
- Diagnosticar la calidad de vida del paciente con IRC.
- Elaborar una propuesta alternativa para el problema planteado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Alejandro Marticorena en Sábado, 31 marzo, 2007 en el artículo aspecto psicológico del paciente renal

Para el estudio que dio origen al artículo, se entrevistaron 21 pacientes, con una edad promedio de 53 años, y un tiempo promedio en diálisis de 54 meses. La metodología utilizada consistió en “orientación psicológica a través de entrevistas clínicas semidirigidas al igual que a sus familiares”.

Dando como resultados estadísticos que fueron detectados gracias al estudio: “El paciente en tratamiento de hemodiálisis presenta una patología psicológica asociada, afectando su convivencia familiar y social.

En nuestro servicio a través del abordaje psicológico se encontró angustia en el 100% de los casos que fue acompañado por: sentimientos de incapacidad (90% de los casos), ansiedad (80%), disminución del interés o del placer en todas las actividades, depresión de diferentes grados (50%), irritabilidad (40%), deterioro socio-familiar, disfunción sexual (20%), negación (1%).

Respecto al abordaje familiar se observó con mayor frecuencia abandono familiar y falta de contención.” (70%), (40%).

Entre las conclusiones del trabajo se menciona algo que generalmente queda fuera de las consideraciones relacionadas con la persona que hace diálisis: su familia.

Y las frases que siguen darán idea (pretendo) de la importancia que ella reviste.

“Al paciente renal no se lo puede abordar aisladamente sin la inclusión de la familia como estrategia terapéutica.

El abandono familiar y la falta de contención son debido a la no realización de acciones terapéuticas dirigidas a ellos.

La familia merece un espacio psicológico, frente al diagnóstico de una enfermedad orgánica, para poder elaborar mecanismos de adaptación respecto a la enfermedad, al sufrimiento y a los duelos, confrontándose con su propia mortalidad.”

Los enfoques posibles de la vivencia de la diálisis.

La cuestión psicológica es crucial.

En otro post, titulado “Bendita diálisis” en un casi homenaje a una lectora, Clara Camerano, me refería (en términos mucho menos académicos, claro) a la metáfora del vaso lleno por la mitad para enfocar la vivencia de la diálisis.

Si es cierto que el vaso está medio vacío, también lo es, y en idéntica medida, que está medio lleno.

¿Cuál es la “realidad real”, entonces? ¿Cuál es la verdad? Las dos.

El vaso está medio vacío, y está medio lleno también.

El problema no es saber cuál de las dos afirmaciones es la equivocada, sino elegir una de las dos afirmaciones para que nos sirva más a nosotros como pacientes, elegir la que nos haga sentir mejor, para que podamos vivir esta etapa de nuestra vida de la mejor manera posible, ya que de todas maneras tenemos que hacer este tratamiento para poder seguir adelante con nuestras vidas.

Entonces, si es verdad que la diálisis nos limita y nos hace perder algunas cosas, también es cierto que nos permite seguir viviendo, y viviendo con una calidad de vida lo suficientemente buena como para tener en cuenta que vivir sin riñones es casi equivalente al concepto de “vivir sin corazón”, o “vivir sin pulmones”, o “vivir sin hígado”.

Porque la función de los riñones, aunque no parezca, es tan vital (o más) que la de aquellos.

Y por eso “bendita diálisis”.

Si no fuese por ella no podríamos estar reflexionando acerca de estas cuestiones.

Como para terminar...Más allá de eso, y según lo que se desprende de los párrafos que cité del estudio de Bueno y Vinokur, todos quienes hacemos diálisis y nuestras familias debemos tener en cuenta dos cosas: primero, que nunca viene mal una contención psicológica, sobre todo para los pacientes que manifiestan angustia, disminución del interés y depresión. Una terapia de apoyo, por ejemplo, siquiera para tener un espacio de 45 minutos por semana para hablar de estos temas con un profesional de la psicología.

Segundo, que la contención familiar es fundamental.

Y para esto es muy importante el diálogo entre el paciente y sus familiares, y que todos puedan hablar de lo que sienten, lo que piensan, lo que les pasa.

Creo que la contención familiar debe ser, justamente, familiar: en ambos sentidos.

El paciente sufre ciertas cosas y necesita la contención de sus familiares más cercanos.

Pero éstos también la necesitan, y ninguna mejor que la que el propio paciente puede darles, tranquilizándolos y bajando los niveles de dramatismo que muchas veces viven los seres cercanos.

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La presente investigación se fundamenta en el paradigma crítico-propositivo, tiene como finalidad la comprensión del impacto que causa la Insuficiencia Renal Crónica en la psiquis lo cual nos va ayudar a identificar las dificultades que este problema produce en el estado emocional del enfermo renal y su relación con el entorno social.

La investigación se basará en una acción social muy trascendental en la búsqueda de soluciones y alternativas para el mejoramiento del estilo de vida del paciente.

Existirá la interacción de la muestra y del investigador, ya que será de mucha ayuda para la recolección de datos de fuentes primarias, reales y confiables.

La metodología de la investigación se va a tratar de la revisión y el estudio de toda la información obtenida durante el proceso de recopilación de datos.

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

Posteriormente la investigación tendrá un predominio del análisis cualitativo, por lo que se utilizarán diferentes técnicas psicológicas para el manejo y la obtención

de información como son: la entrevista psicológica, la historia clínica y los reactivos psicológicos o test.

2.3. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

El mayor problema que afrontan los pacientes renales son las diferentes alteraciones psicológicas a causa del tratamiento al que son sometidos; donde la psicología es de gran importancia mediante la aplicación de corrientes psicológicas que servirán tanto para la prevención como para el tratamiento del mismo.

La corriente cognitiva- conductual tiene por objetivo modificar la cognición y por lo tanto cambiar conductas donde se racionaliza los problemas y dificultades que presenta el ser humano.

Esta investigación es de estudio psicológico donde se analizarán las Alteraciones Psicológicas Frecuentes en los pacientes con IRC que acuden realizarse su terapia.

2.4. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

**República del Ecuador
Constituciones de 2008
Sección séptima
Personas con enfermedades catastróficas**

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

Derechos del Paciente Renal

Los siguientes son algunos de los derechos de los usuarios de los servicios de salud. Todos son aplicables a los pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica Terminal sometidos a terapias de reemplazo renal:

1. Recibir atención médica adecuada

La atención médica, en este caso, debe ser integral, es decir en la evaluación por las diversas especialidades que evalúan a estos pacientes como son: Nefrología, Nutrición, Psicología, Cardiología, Cirugía Vascular, etcétera.

Asimismo, dicha atención debe ser otorgada por personal preparado.

Por último, el paciente debe exigir que los bienes utilizados en su evaluación y tratamiento deban cumplir con los estándares de calidad recomendados.

2. Recibir atención médica adecuada en centros de diálisis que cuenten con infraestructura adecuada, con equipos e insumos de calidad.

El paciente debe exigir que los equipos, instrumental e insumos utilizados en su tratamiento deban cumplir con los estándares de calidad internacional.

En ese sentido las autoridades de salud responsables deberían contratar servicios de diálisis que cumplan especificaciones técnicas internacionales.

Probablemente, en el futuro debería incorporarse a los representantes de los usuarios elegidos democráticamente en la evaluación de dichos centros.

3. Libertad de Elegir el Centro de diálisis

Este derecho debe ser exigido por los pacientes que vienen siendo sometidos a hemodiálisis.

El paciente debe elegir el centro de diálisis más cercano a su domicilio y /o centro de labores o estudio, esta elección debe ser libre y a criterio del paciente y sin recibir presión de ningún funcionario o personal asistencial.

4. Tener un trato digno y respetuoso

Deben exigir el respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de estrato social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.

Los médicos, enfermeras y todo el personal implicado en el tratamiento dialítico deben identificarse con el paciente, brindarle un buen trato y no discriminarlo.

5. Acceder a la mayor y mejor información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

El paciente tiene derecho a ser informado claramente y en términos comprensibles sobre su estado de salud, sobre los tratamientos requeridos, así como de las consecuencias y los riesgos que ellos implican.

Esta información debe ser brindada al paciente y a sus familiares o allegados; debe ser completa y continuada verbal y escrita si fuera el caso, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como la información regular (mensual) de sus resultados de laboratorio y de las medidas a tomar.

Debe promoverse el empoderamiento del usuario, a través de una información continuada y de calidad sobre los servicios de salud renal que se prestan.

También tiene derecho a que se le explique el pronóstico y los costos del tratamiento.

6. Consentimiento Informado

No se podrá brindar la atención sin la autorización de la persona. Asimismo ésta podrá rechazarla, interrumpir el tratamiento o abandonar el establecimiento sanitario si lo desea.

A elegir libremente entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento informado escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.

Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares y allegados.

Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de muerte.

7. Contar con un expediente clínico

La atención médica recibida estará debidamente escrita en forma clara en un expediente clínico.

En este documento se encontrará la historia médica nefrológica del paciente, los diagnósticos, la evolución de su enfermedad, los detalles de su tratamiento, los exámenes periódicos de laboratorio, etcétera.

8. Contar con el secreto profesional y la debida confidencialidad

El paciente tiene derecho a que la información brindada por los médicos se maneje de manera confidencial y que no se divulgue sin previa autorización de su parte, incluso después de su muerte.

9. Recibir atención médica de urgencia

Los centros de salud públicos o privados están en la obligación de brindar la atención de urgencia a cualquier persona cuya vida este en peligro.

10. Dar a conocer decisiones anticipadas a los representantes terapéuticos

El paciente debe dar directivas y especificará el tipo de tratamiento de reemplazo renal que desea recibir.

11. Poder reclamar o emitir la queja correspondiente a lo que considere para lograr lo justo

El paciente tiene derecho a ser escuchado y a recibir una respuesta cuando no esté conforme con la atención médica recibida. En nuestro país, la cultura del reclamo es muy baja, menor del 10 % de los casos potenciales.

El reclamo debe ser tomado como una oportunidad de mejora por parte de los funcionarios del sistema de salud, así como por los médicos y enfermeras de diálisis. Lamentablemente, en nuestra sociedad muchas veces es tomado como fuente de mayor maltrato al usuario.

12. Entrega de Certificación de su estado de salud

El paciente tiene derecho a solicitar el certificado de su salud cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.

13. No ser sometido, sin su consentimiento a exploraciones, tratamientos o exhibiciones con fines docentes.

El paciente debe ser advertido si los procedimientos de pronóstico, diagnósticos y terapéuticos que se apliquen, pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud.

En todo caso, será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.

“Los centros de salud públicos o privados están en la obligación de brindar la atención de urgencia a cualquier persona cuya vida este en peligro.

2.5. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

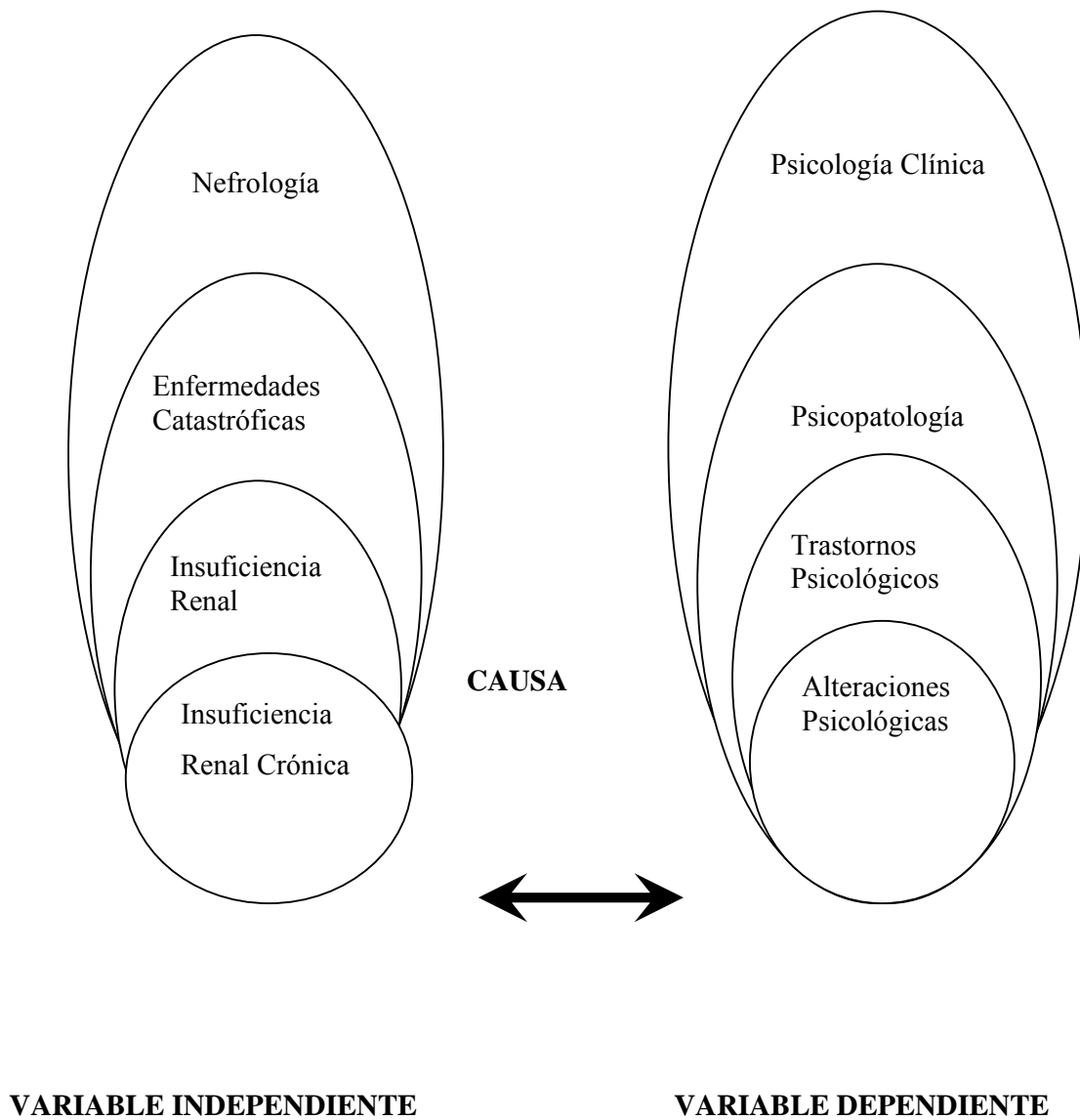


GRAFICO N° 1

Diseño: Jerez 2011-2012

VARIABLE INDEPENDIENTE.- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

2.5.1 NEFROLOGIA.-

EL gran Harper Collins Ilustrado Diccionario Médico (B. Jhon Melloni Ph. D) Define a la nefrología como: la especialidad clínica que se ocupa del estudio de la: anatomía, fisiología, patología, promoción de salud, prevención, clínica, terapéutica y rehabilitación de las enfermedades del aparato urinario en su totalidad, incluyendo las vías urinarias que repercuten sobre el parénquima renal.

A diferencia de la urología no es una especialidad quirúrgica, aunque tienen estrecha interrelación. Nace de la clínica y por lo tanto es una de sus ramas la cual profundiza los conocimientos sobre las funciones y enfermedades del riñón.

Es el producto del desarrollo científico y tecnológico en el campo de la medicina y fueron muchos los años que transcurrieron durante los cuales se fueron sentando las bases de la futura especialidad.

Como resultado lógico de estos avances, surgió una nueva especialidad médica, LA NEFROLOGÍA, con un desarrollo explosivo propiciado por importantes desarrollos tecnológicos e investigativos característicos del siglo XX.

El médico especialista en nefrología se llama **nefrólogo**.

La nefrología no debe confundirse con la urología, que es la especialidad quirúrgica del aparato urinario y el aparato genital masculino.

Alcance de la especialidad

La mayoría de las enfermedades 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 (lo que incluye el seguimiento de los pacientes con trasplante renal).

Adicionalmente, se considera a los nefrólogos como expertos en el cuidado de los desórdenes de electrolitos y de la hipertensión.

Dado que la mayoría de las condiciones renales son crónicas, los nefrólogos "crecen con sus pacientes".

¿Quién ve al nefrólogo?

Los pacientes son referidos a los especialistas de nefrología por diferentes razones, como por ejemplo las siguientes.

- 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, otro doctor ha detectado 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.
- Cáncer del riñón, sobre todo carcinoma de células renales, pero éste es generalmente el dominio del urólogo.
- Infecciones del tracto urinario crónicas o recurrentes.
- Hipertensión que ha fallado en responder a las formas múltiples de medicación antihipertensivos o puede tener una causa secundaria.
- Alteraciones hidroelectrolíticas o desequilibrio ácido-base.

- Personas que requieren iniciar terapia renal sustitutiva como trasplante renal, hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Los urólogos son especialistas quirúrgicos del tracto urinario. Ellos tratan las enfermedades renales que pudieran ser favorables a la cirugía:

Enfermedades de la vejiga y la próstata tales como malignidad, piedras, u obstrucción del tracto urinario.

Diagnóstico

Como con el resto de medicina, las pistas importantes en cuanto a la causa de cualquier síntoma se obtienen con la historia del paciente y el examen físico.

Los pruebas de laboratorio se dirigen casi siempre a la: urea, creatinina, electrolitos, biometría hemática y análisis de orina, que es con frecuencia la prueba dominante en sugerir un diagnóstico.

Pruebas especializadas pueden ser ordenadas para descubrir o para enlazar/relacionar ciertas enfermedades sistémicas a la falla del riñón, como serologías de hepatitis B o hepatitis C, o lupus, paraproteinemias como amiloidosis, mieloma múltiple, u otras enfermedades sistémicas que conduzcan a la falla del riñón.

La recolección de una muestra de orina de 24 horas puede dar información valiosa sobre la capacidad de filtrado del riñón y la cantidad de pérdida de proteína en algunas formas de enfermedades del riñón.

Sin embargo, en la escena de la enfermedad renal crónica, las muestras de orina de 24 horas han sido reemplazadas recientemente por el cociente del punto de orina de la proteína y la creatinina.

Otras pruebas realizadas a menudo por los nefrólogos son:

- Biopsia renal, para obtener un diagnóstico de tejido de un desorden cuando la naturaleza o la etapa exacta sigue siendo incierta.
- Exploración de ultrasonido del tracto urinario y de vez en cuando examinar los vasos sanguíneos renales.
- Tomografía axial computarizada cuando se sospechan lesiones de masa o para ayudar al diagnóstico de la nefrolitiasis

- La gammagrafía (medicina nuclear) para la medida exacta de la función renal (hecha raramente), la diagnosis de la enfermedad de la arteria renal, o 'función split' de cada riñón.
- Angiografía de resonancia magnética nuclear cuando pudieran estar afectados los vasos sanguíneos.

Tratamientos en nefrología

Muchas enfermedades del riñón son tratadas simplemente con medicación, como diuréticos, corticoides, inmunosupresores, antihipertensivos y otros. Frecuentemente, se requiere tratamiento con eritropoyetina y vitamina D para reemplazar estas dos hormonas, cuya producción disminuye en la enfermedad renal crónica.

Cuando los síntomas del fracaso renal llegan a ser demasiado severos, se requiere terapia renal sustitutiva.

La técnica de elección es el trasplante renal.

Éste es llevado a cabo por el urólogo, y en algunos casos por el cirujano general.

No obstante, el nefrólogo se encarga de la selección del receptor del trasplante así como de su seguimiento y el tratamiento de sus complicaciones (especialmente el rechazo y las infecciones derivadas del tratamiento inmunosupresor).

En los casos en los que el trasplante no está indicado o no es posible, existen otras técnicas, llamadas genéricamente diálisis renal.

Entre éstas, cabe destacar la hemodiálisis, la hemofiltración, la hemodiafiltración y la diálisis peritoneal.

2.5.2 ENFERMEDADES CATASTROFICAS.-

Según el Ministerio de Salud Pública: Se entiende como enfermedad catastrófica a los problemas de salud que cumplan con las siguientes características:

- a) que impliquen un riesgo alto para la vida de la persona;
- b) que sea una enfermedad crónica y por tanto su atención no sea emergente;
- c) que su tratamiento pueda ser programado;
- d) que el valor de su tratamiento mensual sea mayor a una canasta familiar vital publicada mensualmente por el INEC.

En el Ecuador existen al momento aproximadamente 150.000 personas que padecen de las enfermedades consideradas como catastróficas agudas y crónicas, que equivale a una cifra mayor al 15% de todos los egresos hospitalarios considerados en el rango de estas enfermedades a nivel nacional y que esperan por tratamiento y ayuda urgente; Existe una cifra alarmante de enfermedades congénitas del corazón, de cáncer, de insuficiencia renal, los pacientes que requieren de diálisis al momento son 3.000 aproximadamente, y de ellos alrededor de 700 son potenciales candidatos a trasplante renal.

La Constitución de la República del Ecuador en el Art. 50, señala que “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.”

2.5.3 INSUFICIENCIA RENAL

De Wikipedia (2011): Es la incapacidad de los riñones para filtrar la orina.

Esta enfermedad puede ser aguda (se presenta sin previo aviso), crónica o terminal en cuyo caso se ha comprometido tanto la salud de los riñones que

enfermo precisará de un trasplante o de una diálisis para que estos puedan filtrar los desechos de su organismo.

Una insuficiencia renal produce alteraciones en la mayoría de los órganos del cuerpo y particularmente un envenenamiento de la sangre, llamado uremia, que se produce por acumulación de productos nitrogenados de la urea que deberían haber sido expulsados a través de la orina.

2.5.4 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.-

Dr. Roberto Dachiardi Rey Dra. Marta Ariza Quintero(Nefrología) Medellín Colombia(2003): La enfermedad renal crónica (ERC), anteriormente conocida como insuficiencia renal crónica (IRC), es una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG) $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$.

Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre.

Los síntomas de un deterioro de la función renal son inespecíficos y pueden incluir una sensación de malestar general y una reducción del apetito.

A menudo, la enfermedad renal crónica se diagnostica como resultado del estudio en personas en las que se sabe que están en riesgo de problemas renales, tales como aquellos con presión arterial alta o diabetes y aquellos con parientes con enfermedad renal crónica.

La insuficiencia renal crónica también puede ser identificada cuando conduce a una de sus reconocidas complicaciones, como las enfermedades cardiovasculares, anemia o pericarditis.

Etiología

Las causas más comunes de ERC son la nefropatía diabética, hipertensión arterial, y glomerulonefritis.- Juntas, causan aproximadamente el 75% de todos los casos en adultos.

Ciertas áreas geográficas tienen una alta incidencia de nefropatía de HIV.

En la práctica clínica, la mayoría de las nefropatías progresan lentamente hacia la pérdida definitiva de la función renal. Históricamente, las enfermedades del riñón han sido clasificadas según la parte de la anatomía renal que está implicada:

- Vascular, incluye enfermedades de las grandes vasos sanguíneos, como estenosis de la arteria renal bilateral, y enfermedades de los vasos sanguíneos pequeños, como nefropatía isquémica, síndrome urémico hemolítico y vasculitis.
- Glomerular, abarcando a un grupo diverso y subclasificado en:
 - Enfermedad glomerular primaria, como glomeruloesclerosis focal y segmentaria y nefropatía por IgA
 - Enfermedad glomerular secundaria, como nefropatía diabética y nefritis lupus
- Tubulointersticial, incluyendo enfermedad poliquística del riñón, nefritis tubulointersticial crónica inducida por drogas o toxinas, y nefropatía de reflujo.
- Obstructiva, por ejemplo con piedras del riñón bilaterales y enfermedades de la próstata.

Cuadro clínico

Inicialmente no tiene síntomas específicos y solamente puede ser detectada como un aumento en la creatinina del plasma sanguíneo. A medida que la función del riñón disminuye:

- La presión arterial está incrementada debido a la sobrecarga de líquidos y a la producción de hormonas vasoactivas que conducen a la hipertensión y a una insuficiencia cardíaca congestiva.
- La urea se acumula, conduciendo a la azoemia y en última instancia a la uremia (los síntomas van desde el letargo a la pericarditis y a la encefalopatía).
- El potasio se acumula en la sangre (lo que se conoce como hiperpotasemia), con síntomas que van desde malestar general a arritmias cardíacas fatales.
- Se disminuye la síntesis de eritropoyetina (conduciendo a la anemia y causando fatiga).
- Sobrecarga de volumen de líquido, los síntomas van desde edema suave al edema agudo de pulmón peligroso para la vida.
- La hiperfosfatemia, debido a la excreción reducida de fosfato, asociada a la hipocalcemia (debido a la deficiencia de vitamina D3) y al hiperparatiroidismo, que conduce a la osteoporosis renal y a la calcificación vascular.
- La acidosis metabólica, debido a la generación disminuida de bicarbonato por el riñón, conduce a respiración incómoda y después al empeoramiento de la salud de los huesos.

En las etapas iniciales de la ERC, cuando las manifestaciones clínicas y resultados de laboratorio son mínimas o inexistentes, el diagnóstico puede ser sugerido por la asociación de manifestaciones inespecíficas por parte del paciente, tales como fatiga, anorexia, pérdida de peso, picazón, náuseas o hemólisis, la hipertensión, poliuria, nicturia, hematuria o edema.

Los principales síntomas son: nicturia, poliuria u oliguria, edema, hipertensión arterial, debilidad, fatiga, anorexia, náuseas, vómito, insomnio, calambres, picazón, palidez cutánea, xerosis, miopatía proximal, dismenorrea y/o amenorrea, atrofia testicular, impotencia, déficit cognitivos o de atención, confusión, somnolencia, obnubilación y com

Los pacientes de ERC sufren de aterosclerosis acelerada y tienen incidencia más alta de enfermedades cardiovasculares, con un pronóstico más pobre.

Diagnóstico

En muchos pacientes con ERC, ya son conocidas enfermedades renales previas u otras enfermedades subyacentes. Un número pequeño presenta con ERC de causa desconocida.

En estos pacientes, ocasionalmente una causa es identificada retrospectivamente.

Es importante distinguir la ERC de la insuficiencia renal aguda (IRA) porque la IRA puede ser reversible. Comúnmente es realizado el ultrasonido abdominal, en el cual se mide el tamaño de los riñones.

Los riñones en la ERC usualmente son más pequeños que los riñones normales (< 9 cm), con excepciones notables por ejemplo en la nefrología diabética y en la enfermedad del riñón poli quístico.

Otra pista de diagnóstico que ayuda a diferenciar la ERC de la IRA es un aumento gradual de la creatinina del suero (sobre varios meses o años) en comparación con un aumento repentino en la creatinina del suero (de varios días a semanas).

Si estos niveles no están disponibles (porque el paciente ha estado bien y no ha tenido ningún análisis de sangre), ocasionalmente es necesario tratar a un paciente brevemente como si tuviera IRA hasta que se establezca si el empeoramiento renal es irreversible.

En los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis estándar se van acumulando numerosas toxinas urémicas.

Estas toxinas muestran varias actividades citotóxicas en el suero, tienen diversos pesos moleculares y algunas de ellas están enlazadas a otras proteínas, primariamente a la albúmina.

Tales sustancias tóxicas, ligadas a proteínas, están recibiendo la atención de los científicos interesados en mejorar los procedimientos estándar hoy usados para la diálisis crónica.

Etapa 1

Los pacientes en el estadio 1 suelen ser asintomáticos.

El plan de acción clínica se centra en el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente de la nefropatía crónica, por ejemplo, diabetes o hipertensión arterial, el tratamiento de las enfermedades concomitantes, las intervenciones para ralentizar la progresión y la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular.

En lo que concierne a la parte psicológica en esta etapa 1 o también llamada etapa de crisis, se produce el primer contacto con la enfermedad renal y los sistemas sanitarios generales y de Nefrología. En esta etapa se inicia la relación médico-paciente, se solicita y/o se recibe la información sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y se activan las respuestas de emergencia tanto en el ámbito individual como familiar. Comienza en suma, el proceso de aprendizaje de convivir con la enfermedad.

Se produce un primer momento de desorganización extrema (confusión, ambivalencia, sentimientos de soledad, angustia) que conducirá a alguna forma de reorganización negativa o positiva para el enfermo y su familia. Este estado de conmoción influye en la calidad de las relaciones y la comunicación con el mundo exterior obstaculizado incluso la petición de información al médico.

Etapa 2

Los síntomas clínicos relativos a la disfunción renal siguen siendo poco habituales durante la etapa 2.

La tasa de progresión de la IRC es variable y depende de la causa subyacente del daño renal. Generalmente, la reducción de la TFG se produce durante un período de varios años.

De la igual forma como en la primera etapa en esta aún sigue existiendo en el paciente renal diferentes alteraciones psicológicas como lo son los sentimientos de soledad, angustia, ansiedad.

Etapa 3

A partir de la etapa 3, los pacientes pueden presentar signos y síntomas clínicos relacionados con las complicaciones de la insuficiencia renal (por ejemplo, anemia y trastornos en el metabolismo mineral); en esta fase, el plan de acción comprende la evaluación y el tratamiento de las complicaciones causadas por la IRC.

En el paciente renal se produce una reorganización de los roles familiares, las funciones que venía desempeñando el enfermo se redistribuyen en el resto de los miembros del sistema familiar, permitiendo que éste reasuma dichas funciones en los momentos de remisión estabilización de la enfermedad. Es el momento también en que se produce la designación aceptación del rol de cuidador principal y todo el esfuerzo del grupo, se centra en mantener la enfermedad en su lugar, tratando de activar los mecanismos individuales y familiares de control y afrontamiento de la enfermedad, en el paciente renal suelen sobresalir sentimientos de soledad, impotencia, ira y confusión por el mismo hecho de tener que depender ya sea de un equipo de salud o de un cuidador.

Etapa 4 y 5

Los pacientes de la etapa 4 pueden presentar anomalías de laboratorio y clínicas significativas relacionadas con la disfunción renal.

El plan de acción de la fase 4 comprende la preparación del paciente para el tratamiento de sustitución renal, es decir, diálisis o trasplante renal.

Las personas que requieren diálisis se consideran pacientes con nefropatía en fase terminal.

Es la última etapa en la que la familia se centra fundamentalmente en el apoyo emocional y físico al miembro enfermo, estableciendo mecanismos de duelo anticipado. Se produce una recapitulación, se finalizan los asuntos pendientes y la familia activa procesos que posibiliten y garanticen su continuidad.

No todos los procesos de duelo presuponen crisis. Sheskin y Wallace investigaron en este tema y encontraron que el duelo por la pérdida de un ser querido en un grupo familiar es de mayor gravedad cuando la muerte se produce en circunstancias inesperadas. Trabajaron sobre el tema del suicidio y del desamparo emocional de los familiares de los suicidas que tienden a preguntarse sobre el papel que pudieron jugar como causante de la muerte del familiar y el temor experimentado ante las reacciones de la red social que pueden juzgarles en este sentido.

Las reacciones emocionales de los familiares de una persona que muere repentinamente, atraviesa por distintas etapas.

La primera es la respuesta de negación de sentimientos y la separación emocional de la realidad de la muerte. Se trata de un mecanismo de negación normal, adaptativo que permite ir aceptando la realidad de modo gradual y progresivo.

En la segunda etapa sobresalen los sentimientos de pérdida por la persona muerta que presuponen un periodo de desorganización y trastorno emocional en el que aparecen sentimientos de tristeza y también de cólera, perturbación de las rutinas y sentimiento general de incapacidad para funcionar en general.

La tercera etapa se caracteriza por la aceptación gradual de la pérdida y la ruptura progresiva de los vínculos con el muerto, que permite la organización de la vida familiar e individual prescindiendo de esa persona.

El duelo se completa cuando los familiares se convierten en funcionales una vez más.

Reemplazo renal

A medida que un paciente va aproximándose a la insuficiencia renal, deberán irse evaluando las opciones de tratamiento de sustitución renal.

Dichas opciones son la diálisis y el trasplante. Las opciones de diálisis son:

1. Hemodiálisis (uso de un riñón artificial), que es la forma más habitual de diálisis. Se realiza normalmente en un centro de diálisis 3 veces a la semana durante 3-5 horas por sesión.
2. Diálisis peritoneal: el uso del revestimiento abdominal como filtro natural, que suele aplicarse a diario en el hogar del paciente.

Trasplantes

Los trasplantes renales restituyen la función renal sin necesidad de diálisis, aunque muchos candidatos a trasplantes comienzan su tratamiento de sustitución renal con diálisis mientras esperan un trasplante.

Se ha documentado una mayor calidad de vida y una mayor supervivencia a largo plazo con la opción del trasplante frente a la diálisis.

La cirugía de trasplante renal implica la colocación de un nuevo riñón en la pelvis sin extraer los que están fallando.

Algunos pacientes necesitan un período de diálisis antes de que el nuevo riñón comience a funcionar.

La tasa de supervivencia a 10 años para los pacientes sometidos a tratamiento de sustitución renal es del 64% para los pacientes tras un primer trasplante renal y de tan solo el 11% para los pacientes dializados.

Mecanismos de compensación

Al ver una nefropatía unilateral el riñón restante puede tomar las funciones del faltante lo que se le conoce como una "hipertrofia compensadora" ocurre un incremento de tamaño de las nefronas las razones por lo que esto ocurre está medido por moléculas vasoactivas, citocinas y factores de crecimiento y se debe inicialmente a una hiperfiltración adaptadora, a su vez mediada por un aumento de la presión y el flujo capilares glomerulares.

La acción hiperfiltradora de los riñones es sin efectos nocivos, también se ve esta acción en embarazadas o en personas con defecto congénito en el cual nacen con un solo riñón.

Entre los factores que pueden dificultar el tratamiento del paciente están:

- Problemas relacionados con la enfermedad, por ejemplo, progresión rápida de la IRC o ausencia de síntomas.
- Factores relacionados con el paciente como la falta de comprensión, miedo, negación o no conformidad al tratamiento.
- Factores relacionados con el médico incluyendo falta de experiencia en enfermedades renales por parte de algunos médicos de atención primaria. Escasez de nefrólogos, que haga que los médicos de atención primaria deban asumir una mayor parte de la atención de los pacientes en prediálisis.
- Problemas relacionados con el sistema sanitario, por ejemplo, políticas de reembolso del gasto sanitario.

Pronóstico

La hemodiálisis es una de las opciones de tratamiento para reemplazar las funciones renales si los riñones fallan durante el curso de una enfermedad renal crónica.

El pronóstico de pacientes con enfermedad crónica del riñón vistos como datos epidemiológicos ha demostrado que todos causan aumentos de la mortalidad a medida que la función del riñón disminuye (índice de mortalidad total).

La causa principal de muerte en pacientes con enfermedad crónica del riñón es por enfermedades cardiovasculares, sin importar si hay progresión a IRCT.

Mientras que las terapias de reemplazo renal pueden mantener a los pacientes indefinidamente y prolongar su vida, la calidad de vida es severamente afectada.

El trasplante renal aumenta significativamente la supervivencia de los pacientes con IRCT cuando se compara a otras opciones terapéuticas.

Sin embargo, es asociado a una mortalidad incrementada a corto plazo (debido a las complicaciones de la cirugía).

Apartando el trasplante, la hemodiálisis doméstica aparece estar asociada a una supervivencia mejorada y a una mayor calidad de vida, cuando se compara a la hemodiálisis convencional de tres veces a la semana y a la diálisis peritoneal.

VARIABLE DEPENDIENTE: ALTERACIONES PSICOLOGICAS

2.5.5 PSICOLOGIA CLINICA

Diccionario de Psicología Dr. Felipe V. Olortegui Miranda Lima-Perú: La Psicología Clínica es una rama de la ciencia psicológica que estudia al ser humano y su comportamiento, la relación consigo mismo y con el mundo; además de la evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de los diferentes trastornos psicológicos.

Prácticas centrales de esta disciplina son el diagnóstico psicológico (la psicoterapia, ejercida por un terapeuta capacitado, tiene un rango aparte), así como también la investigación, enseñanza, consulta, testimonio forense y desarrollo de programas y administración.

La psicología clínica tiene cuatro orientaciones teóricas primarias: Psicodinámica, Humanista, Cognitiva comportamental y Terapia familiar.

2.5.6 PSICOPATOLOGIA

Diccionario de Psicología Dr. Felipe V. Olortegui Miranda Lima-Perú: La psicopatología es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico y el conductual, entre otros.

De acuerdo al modelo psicodinámico, por ejemplo, los procesos psicológicos son la causa principal de los problemas mentales y psicosomáticos.

La perspectiva biomédica trata a los trastornos mentales como cualquier otra enfermedad, al considerar que las alteraciones psicopatológicas se producen por anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas o neurológicas). Por lo tanto, el tratamiento debe centrarse en la corrección de tales anormalidades orgánicas.

En este sentido, un comportamiento anormal es una enfermedad producida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo. Se encuentran vinculados a alteraciones del cerebro, que pueden ser anatómicas (el tamaño o la forma de ciertas regiones cerebrales fueron de los cánones normales) o bioquímicas (cuando los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal tienen alterada su función).

La psicopatología considera que los trastornos mentales orgánicos son aquellos que tienen causas físicas evidentes, como el Alzheimer, mientras que los trastornos mentales funcionales son los patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales.

Por último, cabe destacar que el modelo conductual de la psicopatología no establece diferencias entre las conductas patológicas y las conductas normales, ya que ambas son el resultado del aprendizaje a partir del ambiente. Por lo tanto, se le otorga una gran importancia a las influencias ambientales en lugar de las

biológicas o genéticas. El tratamiento en este modelo consiste en la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida.

2.5.7 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Enciclopedia del Conocimiento Psicología-Sociología Dra. Carolina Reoyo

González: Definir que es un trastorno mental, psicológico o emocional, es un problema difícil para la psiquiatría y la psicología clínica. Esa dificultad está relacionada con los distintos criterios que se han utilizado para su definición a lo largo de la historia. Básicamente se refiere a comportamientos que se han considerado “anormales” y que han sido estudiados y clasificados por los profesionales de la psicopatología (estudio de las causas y clasificación de los trastornos mentales).

Históricamente las causas de los trastornos psicológicos se han buscado fundamentalmente en tres modelos o tradiciones muy diferentes: el modelo sobrenatural, el modelo biológico, y el modelo psicológico. El modelo sobrenatural, llamado también demonológico, parte de que los trastornos de la conducta, están causados por posesión de espíritus o demonios. En este caso el sacerdote o brujo debía diagnosticarlo y expulsar el mal espíritu mediante un ritual exorcista. La idea de posesión persiste aun en determinadas culturas primitivas y en ciertas religiones (como la católica, aunque esta trata de distinguir entre posesión y trastorno mental). El modelo biológico se origina en la medicina griega hipocrática, y actualmente se la llama también modelo médico. Parte de la concepción de que los trastornos mentales son enfermedades que tienen su causa biológica (bioquímica, genética, física...), fundamentalmente relacionada con el sistema nervioso central o del cerebro. Es el médico especialista en psiquiatría quien lo diagnostica y trata con procedimientos médicos donde se destacan los psicofármacos. El modelo psicológico parte de que los trastornos mentales derivan de determinadas experiencias de la persona a lo largo de su vida que se organizan en forma de estructuras mentales, aprendizajes o significados que generan conductas anormales. Sería el psicólogo clínico el encargado de su diagnóstico y tratamiento mediante la terapia psicológica (psicoterapia).

Los dos sistemas de clasificación de los trastornos psicológicos más utilizados y difundidos a nivel mundial (CIE-10 y DSM IV) define a los trastornos psicológicos de la siguiente manera:

La CIE-10(Décima clasificación de las enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud de 1993) define a los “trastornos” mentales en función de la presencia de determinadas conductas anormales, lo que la persona hace o dice- criterio psicosocial- o de determinados síntomas de malestar, las señales de malestar que presenta la persona- criterio médico.

Por su parte el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría de 1994) define el trastorno mental en función de sus componentes psicológicos (funciones mentales alteradas) y conductual de un cuadro clínico y de las repercusiones biológicas y del malestar que producen. Por lo tanto se sigue observando un criterio psicológico, el comportamiento anormal, junto con otro médico, la organización en la presentación de los síntomas, el cómo se relacionan entre sí.

2.5.8 ALTERACIONES PSICOLOGICAS

De Wikipedia (2011): Concepto enmarcado en la psiquiatría y medicina, es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.

Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

Dependiendo del concepto de alteraciones que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término "trastorno mental" (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana).

Sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de las alteraciones mentales.

Entre las distintas alteraciones psicológicas tenemos:

Ambivalencia afectiva: Conflicto motivacional, que se produce cuando el sujeto es simultáneamente atraído y repelido por la misma meta o deseo. Se relaciona con los polos, amor-odio, placer-displacer.

Labilidad emocional: Estado emotivo caracterizado por una alteración del control consciente de las reacciones emotivas. Cambios de humor (sin motivo), euforia, irritabilidad e Inestabilidad.

Sentimientos inadecuados: Pensamientos ilógicos, Pensamientos inadecuados.

Desequilibrio emocional: Emociones negativas, Impulsos emocionales, Incapacidad de razonar, cambios de estado de ánimo, labilidad emocional.

Insomnio: Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño. Estos son los tipos de insomnio:

Insomnio inicial. Dificultad para conciliar el sueño.

Insomnio medio. Despertar a media noche después de haber conciliado el sueño, aunque con dificultades.

Insomnio terminal. Despertar antes de la hora usual de hacerlo, con incapacidad para reemprender el sueño.

Hiporexia: Disminución del hambre u apetito

Angustia: Un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Se emplea también como sinónimo de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de ésta.

Ira: La ira es una emoción que se expresa con enojo, resentimiento, furia, irritabilidad.

Los efectos físicos de la ira incluyen aumento del ritmo cardíaco, presión sanguínea y niveles de adrenalina y noradrenalina. Algunos ven la ira como parte de la respuesta cerebral de atacar o huir una amenaza o daño percibidos.

La ira se vuelve el sentimiento predominante en el comportamiento, cognitivamente, y fisiológicamente cuando una persona hace la decisión consciente de tomar acción para detener inmediatamente el comportamiento amenazante de otra fuerza externa. La ira puede tener muchas consecuencias físicas y mentales.

Las expresiones externas de la ira se pueden encontrar en la expresión facial, lenguaje corporal, respuestas fisiológicas, y , en momentos, en actos públicos de agresión.

Impotencia: Es el profundo e inconsolable dolor emocional que resulta de no poder remediar una situación o circunstancia desagradable, o de no poder llevar a cabo una idea.

2.6. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Las alteraciones psicológicas son frecuentes en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad Ambato.

2.6.1. Hipótesis

2.6.1.1 Hipótesis Particulares

¿Es la ambivalencia afectiva frecuente en el paciente renal?

¿Afecta la IRC en el desarrollo normal de paciente?

2.7. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPOTESIS

¿Unidades de Observación: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad Ambato?

Variable Independiente: Alteraciones psicológicas frecuentes.

Variable Dependiente: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Término de Relación: Frecuentes

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE

El grupo investigador en su trabajo acoge el enfoque: critico propositivo de carácter cuantitativo - cualitativo.

Cuantitativo porque se recabara información que será sometido a análisis estadístico. Cualitativo porque estos resultados pasaran a la criticidad con soporte del marco teórico.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que se realizará es de tipo social, ya que el beneficio buscado es ayudar a las personas que están involucradas en esta problemática.

Además se seguirá una modalidad de campo, detectando las posibles causas que llevan a la problemática y por ende a sus consecuencias.

Tanto el investigador como la muestra estarán en constante contacto, mediante la cual podrá acceder a la información de una fuente primaria, se investigará a las personas que están involucradas en el tema de investigación, para complementar el trabajo se utilizará una modalidad documental-bibliográfica, la cual nos ayudará a ampliar y profundizar diferentes enfoques de distintos autores sobre el tema seleccionado.

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El proyecto partirá del nivel exploratorio, detectando el tipo de alteración psicológica que pueden presentar los enfermos renales.

Se quiere lograr un nivel descriptivo, y así justificar los objetivos planteados, utilizando métodos y técnicas psicológicas.

Analizando tanto los componentes y factores que aportan al desarrollo de las alteraciones psicológicas en pacientes renales.

3.4. POBLACIÓN O MUESTRA

La muestra de la presente investigación está integrada por 30 personas, la misma que se puede acceder en su totalidad fácilmente.

La población está distribuida de la siguiente manera:

Pacientes	30
TOTAL	30

Como la población de universo de estudio es finita toda ella se constituye en la muestra.

3.5. OPERACIONIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Insuficiencia Renal Crónica

CONTEXTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS INST.
Es una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, pérdida de la capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar electrolitos en la sangre.	Etapa I	- asintomático - aumento de la creatinina, del plasma sanguíneo	¿Siente Ud. náuseas con frecuencia?	Cuaderno de notas Historia Clínica Cuestionario SF 36 sobre el estado de salud
	Etapa II	-hipertensión arterial. -urea acumulada	¿Se fatiga fácilmente?	
	Etapa III	-anemia -evaluación y tratamiento de complicaciones.	¿Ha tenido pérdida de apetito?	Cuaderno de notas Historia Clínica Cuestionario SF 36 sobre el estado de salud
	Etapa IV y V	- preparación del paciente para el trasplante o diálisis.	¿Conoce Ud. acerca del tratamiento para la enfermedad que padece?	Cuaderno de notas Historia Clínica Cuestionario SF 36 sobre el estado de salud

Cuadro: N° 1

Diseño: Jerez, 2011-2012

Variable Dependiente: Alteraciones Psicológicas

CONTEXTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS INST.
<p>Es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.</p>	<p>Ambivalencia afectiva</p>	<p>Conflicto emocional, que se relaciona con los polos, Amor-odio Placer- displacer</p>	<p>¿Ha tenido la sensación de tener dos sentimientos opuestos a la vez?</p>	<p>Cuaderno de notas H. Cl. Mini examen cognoscitivo Escala hospitalaria de ansiedad Y depresión.</p>
	<p>Labilidad emocional</p>	<p>Estado emotivo, alteración del control consciente de las reacciones emotivas. Cambios de humor(sin motivo) Euforia Irritabilidad Inestabilidad</p>	<p>¿Llora con frecuencia?</p>	<p>Cuaderno de notas (H. Cl.) Mini examen cognoscitivo Escala hospitalaria de ansiedad y depresión</p>
	<p>Sentimientos inadecuados</p>	<p>Pensamientos ilógicos Pensamientos inadecuados</p>	<p>¿Últimamente ha pensado que su vida no tiene sentido?</p>	<p>Cuaderno de notas (H. Cl.)</p>

CONTEXTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TECNICAS E INST.
	<p data-bbox="674 526 840 589">Desequilibrio emocional</p> <p data-bbox="699 870 814 898">Insomnio</p> <p data-bbox="695 1114 819 1141">Hiporexia</p>	<p data-bbox="911 459 1178 691">Emociones negativas Impulsos emocionales Incapacidad de razonar cambios de estado de ánimo labilidad emocional</p> <p data-bbox="911 805 1178 967">Dificultad para conciliar el sueño. -inicial -medio -terminal</p> <p data-bbox="911 1044 1178 1312">Disminución del hambre o apetito. Se presenta en las depresiones. Síndromes orgánicos c. Estados obsesivos por efecto del terror anormal</p>	<p data-bbox="1199 529 1560 621">¿En los últimos días se ha sentido más irritable de lo normal?</p> <p data-bbox="1199 837 1560 930">¿En los últimos días ha tenido dificultad de mantener el sueño?</p> <p data-bbox="1199 1114 1528 1141">¿Ha disminuido su apetito?</p>	<p data-bbox="1581 496 1881 621">Mini examen cognoscitivo Escala hospitalaria de ansiedad y depresión</p> <p data-bbox="1581 703 1881 828">Cuaderno de notas (H. Cl.) Escala hospitalaria de ansiedad y depresión</p> <p data-bbox="1581 946 1881 1071">Cuaderno de notas (H. Cl.) Escala hospitalaria de ansiedad y depresión</p> <p data-bbox="1581 1153 1881 1278">Cuaderno de notas (H. Cl.) Escala hospitalaria de ansiedad y depresión</p>

CONTEXTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TECNICAS E INST.
	Angustia	Gran activación emocional Miedo Aprehensión Sinónimo de ansiedad	¿Ha sentido miedo ante un peligro inconcreto y desconocido?	Cuaderno de notas Historia Clínica Cuestionario SF 36 sobre el estado de salud
	Ira	Enojo Resentimiento Furia Irritabilidad Aumento del ritmo cardiaco, presión sanguínea, y niveles de adrenalina y noradrenalina	¿Suele irritarse con frecuencia sin poder controlarse?	Cuaderno de notas Historia Clínica Cuestionario SF 36 sobre el estado de salud
	Impotencia	Dolor emocional resulta de no poder remediar situación o circunstancia Falta de poder para hacer algo.	¿Se ha sentido sin fuerzas para realizar sus actividades?	Cuaderno de notas Historia Clínica Cuestionario SF 36 sobre el estado de salud

Cuadro: N° 2

Diseño: Jerez, 2011-2012

3.6. RECOLECCION DE INFORMACION

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?	Alteraciones Psicológicas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
4.- ¿Quién?	Cristina Jerez
5.- ¿Cuándo?	Período Septiembre 2011- Enero 2012
6.- ¿Dónde?	Hospital IESS de la ciudad Ambato área de Nefrología
7.- ¿Cuántas veces?	2 veces
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Observación, entrevistas y test.
9.- ¿Con qué?	Cuaderno de notas, historias clínicas Cuestionario SF 36 sobre el Estado de Salud y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
10.- ¿En qué situación?	Mientras los pacientes acuden a la unidad a realizarse la Diálisis

CUADRO N° 3

Diseño: Jerez 2011-2012

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

La información obtenida se transformará siguiendo estos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida, limpiar información defectuosa o inválida.
- Repetir la recolección de datos en ciertos casos, para corregir fallas.
- Tabular la información según la variable y la hipótesis.
- Hacer un estudio estadístico y presentar los resultados.
- Análisis e interpretación de resultados.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e Interpretación

4.1.1 Anexo N° 1 Historia Clínica Psicológica

1.- Datos de Filiación

EDAD

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
18-30	5	17%
31-50	12	40%
51-70	10	33%
71-90	2	7%
>91	1	3%
TOTAL	30	100%

Cuadro N° 4

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

La edad promedio de la muestra es de 50,43; con una desviación estándar de 18,62;

de los 30 pacientes con IRC encuestados el 17% se encuentran entre los 18 a 30 años, 40% se encuentran entre las edades de 31 a 50 años, el 33% entre los 51 a 70 años, 7% entre los 71 a 90 años, mientras que el 3% entre los 91 a 120 años.

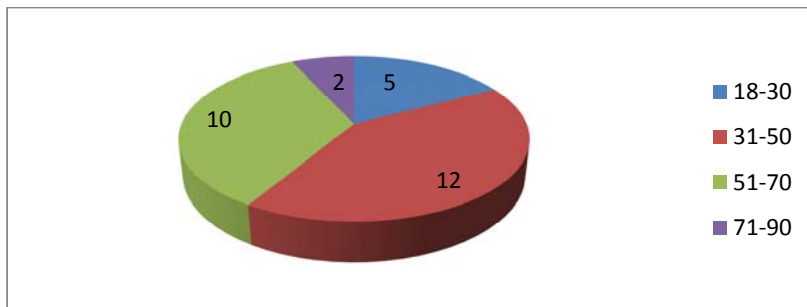


GRAFICO N° 2

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Dentro de los datos de filiación se encuentra la edad de los pacientes con IRC, según lo cual se puede evidenciar que dentro del grupo de edades, esta un 40% entre los 31 a 50 años, el 33% entre los 51 a 70, el 17% de 18 a 30 años un 7% entre 71 a 90 y un 3% entre 91 y 120, siendo esto un elemento muy importante para el diagnóstico y la evolución de la de las alteraciones psicológicas que se presentan ERC.

ESTADO CIVIL

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Casado/a	20	67%
Soltero/a	6	20%
Unión Libre	2	7%
Viudo/a	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 5

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De los 30 pacientes el 67% están casados, un 20% de los pacientes encuestados están solteros, 7% viven en unión libre, y un 7% son viudos.

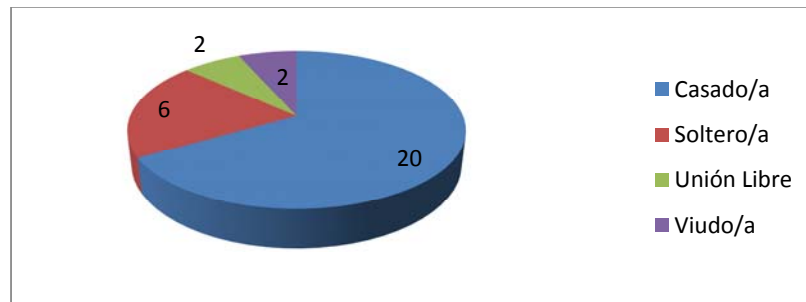


GRAFICO N°3

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

El sostén en este tipo de patologías es importante ya que el apoyo conyugal o de familia son factores que influirán de manera positiva o negativa en el paciente siendo esto de mucha ayuda a la asimilación o al rechazo del mismo, es por ello que en lo que respecta al estado civil de la muestra un 67% de los pacientes están casados, el 20% solteros, 7% viven en unión libre, y el 7% restante son viudos.

INSTRUCCIÓN

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Superior	6	20%
Secundaria	13	43%
Primaria	11	37%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 6

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Los datos arrojan que un 43% de los pacientes encuestados cursaron la secundaria, un 37% la primaria, y un 20% poseen estudios superiores.

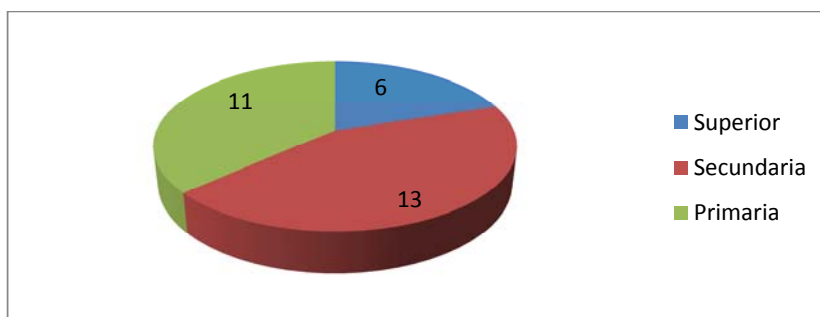


GRAFICO N° 4

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Es importante determinar el nivel cultural del paciente renal ya que por medio de ello lograr saber el nivel de conocimiento y de comprensión que tenga el mismo, de los datos obtenidos se puede evidenciar que 13 pacientes renales han culminado la secundaria lo que corresponde al 43%, 11 han culminado la primaria lo que se ubica en el 37% de la muestra, mientras el 20% de la muestra han culminado estudios superiores.

OCUPACION

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Trabaja	14	47%
No Trabaja	14	47%
Estudia	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 7

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Se pudo apreciar que el 47% de los pacientes renales trabajan, el 47% no lo hace, y el 7% al momento estudian.

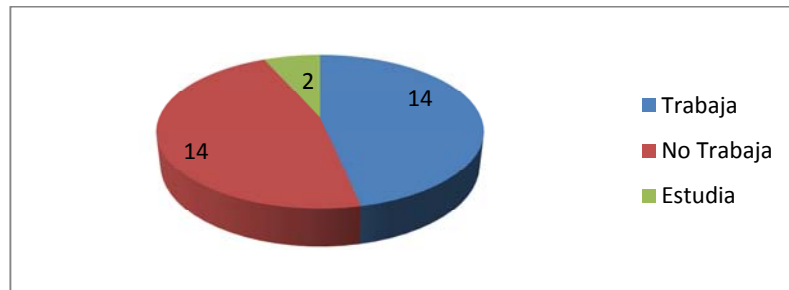


GRAFICO N°5

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

De la muestra lo que respecta a la ocupación un 47% trabajan, de la misma forma el 47% no lo hacen, y el 7% se encuentran estudiando, siendo esto un factor esencial para determinar si la IRC ha sido una de las causas para que abandone su trabajo, ya sea por invalidez o por falta de tiempo.

MOTIVO DE CONSULTA

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Empatía	18	60%
No Colaboradora, evasiva, ansiedad cansancio, irritabilidad	12	40%
TOTAL	30	100

CUADRO N° 8

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Los signos y síntomas que presentaron durante la aplicación del test; el 60% se encontraban con actitud colaboradora, el 40% no colaboradora, con evasión, ansiedad, cansancio e irritabilidad.

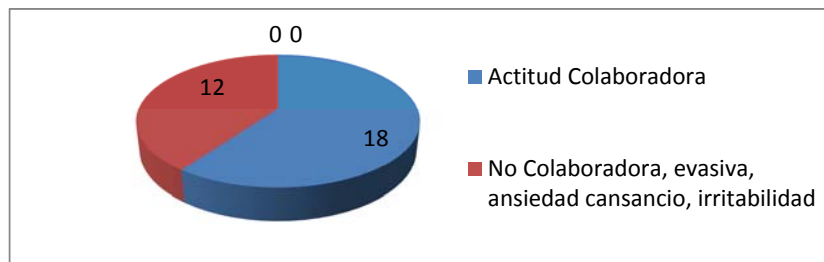


GRAFICO N° 6

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

El motivo de consulta fue la evaluación psicológica necesaria para la investigación, en la misma la mayor parte de pacientes con IRC durante la aplicación de los distintos cuestionarios y de la entrevista se presentaron y por lo que también se pudo evidenciar actitud colaboradora, además algunas se encontraban evasivas, con ansiedad, cansancio e irritables. Estos signos y síntomas dependen mucho de la situación y el lugar en donde fue realizada la entrevista con los pacientes renales.

EXAMEN DE FUNCIONES

ATENCIÓN

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Atención voluntaria	21	70%
Evasión	9	30%
TOTAL	30	100

CUADRO N°9

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

En el examen de funciones en lo que tiene que ver con conciencia el 70% de los pacientes con IRC presentaron una atención voluntaria y el 30% se mostraron evasivos ante las preguntas realizadas.

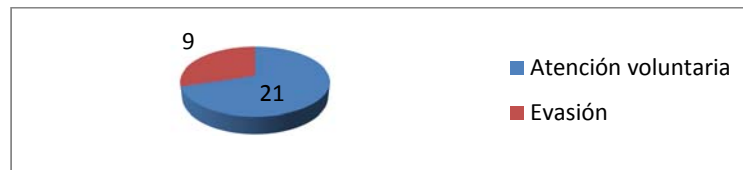


GRAFICO N° 7

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

El examen de funciones es una parte muy importante de la historia clínica ya que presencia de las alteraciones en cada área dependen del aspecto psíquico y físico, en lo que respecta la conciencia es un fenómeno psíquico que consiste en la orientación de la misma hacia un sector de la realidad externa o interna; atender es dirigir nuestra conciencia hacia una o más estímulos. En donde se evidencia que la mayoría de los pacientes renales encuestados presentaron una atención voluntaria pero además en un porcentaje menor presentaron evasión al responder ciertas preguntas.

AFFECTIVIDAD

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Desequilibrio Emocional	6	20%
Labilidad Emocional	5	17%
Ambivalencia Afectiva	10	33%
Sentimientos de Inseguridad	9	30%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 10

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

En la afectividad el 33% presentaron ambivalencia afectiva, el 30% sentimientos de inseguridad el 20% descontrol emocional e irritabilidad, y el 17% labilidad emocional.

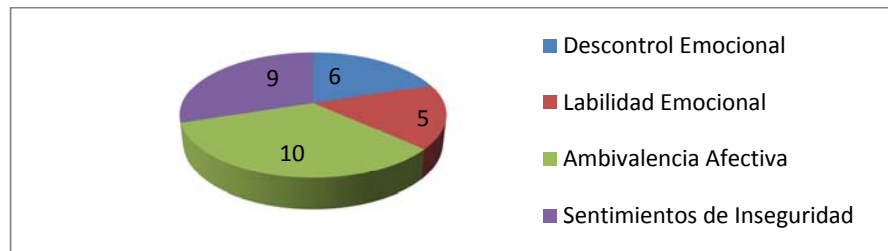


GRAFICO N° 8

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

La afectividad es el conjunto de emociones, sentimientos, reacciones, que poseemos cada uno de los individuos, siendo estos variables en ocasiones de acuerdo a las circunstancias que se viven, por lo cual es un factor notorio en los pacientes con IRC ya que los cambios por los que pasan son muy importantes y posibles desencadenantes de patologías psicológicas, es así como dentro del grupo manifiestan este tipo de expresiones.

INSTINTOS

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Insomnio	8	27%
Hiporexia	15	50%
normal	7	23%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 11

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De los 30 pacientes con IRC encuestados el 50% presenta alteraciones en la alimentación hiporexia, el 27% presentan alteraciones en el sueño que se manifiestan como insomnios y un 7% dentro del cuadro normal.

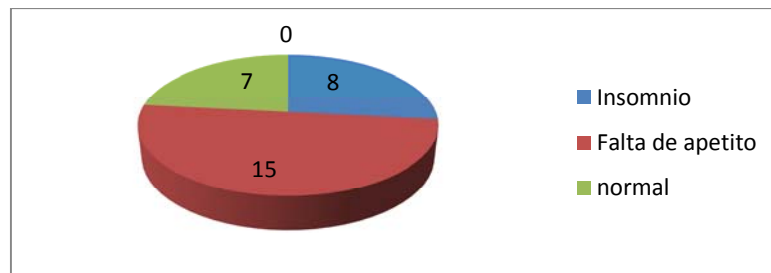


GRAFICO N° 9

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Siendo el instinto una de las características de los individuos que origina modelos de comportamientos, en este caso en su mayoría los pacientes renales presentó alteración en la alimentación debido a su tratamiento, además insomnio como consecuencia de la preocupación que provoca su enfermedad, en algunos pacientes resulto normal ya que algunos de ellos reciben atención psiquiátrica.

4.1.2 Anexo N° 2

Cuestionario SF-36 Sobre el Estado de Salud

PREGUNTA 1

Su salud es:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Excelente	0	0%
Muy buena	0	0%
Buena	13	43%
Regular	7	24%
Mala	10	33%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 12

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De los 30 pacientes renales encuestados, el 43% creen que su salud es buena, el 33% regular, y un 24% creen que su salud es mala.

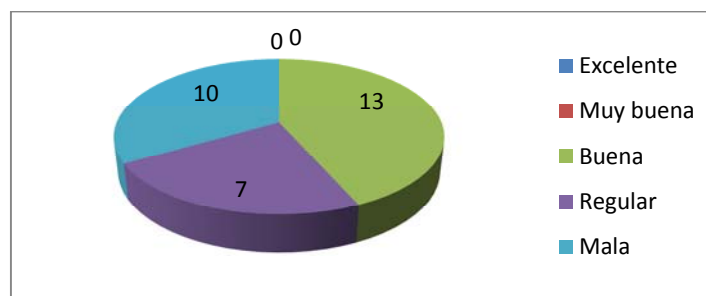


GRAFICO N° 10

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Un 13% de los pacientes renales creen que su salud es buena, mientras que un 10% manifestaron que es mala, y un 7% que es regular, por el mismo hecho de tener IRC, la mayoría de pacientes piensa que permanecen estables con su proceso de diálisis.

PREGUNTA 2

Su salud actual comparada con la de hace un año

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Mucho mejor ahora que hace un año	10	33%
Algo mejor ahora que hace un año	6	20%
Más o menos igual que hace un año	2	7%
Algo peor ahora que hace un año	8	27%
Mucho peor ahora que hace un año	4	13%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 13

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Dentro del grupo de pacientes con IRC, un 33% creen que su salud actual es mucho mejor ahora que hace un año, un 27% manifestaron que es algo peor ahora que hace un año, mientras que un 20% expresaron que es algo mejor ahora que hace un año, un 13% mencionaron que es mucho peor ahora que hace un año, y un 7% creen que es más o menos igual que hace un año.

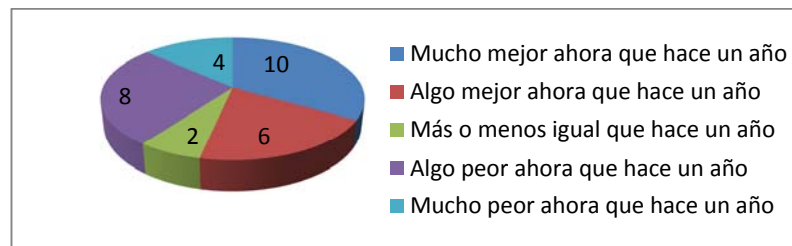


GRAFICO N° 11

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se puede interpretar que la salud de los pacientes con IRC ha mejorado en comparación con la de hace un año ya que la mayoría de ellos realizaban sus tratamientos en otra casa de salud y mencionan que no les atendían correctamente sin descartar que en un porcentaje bajo dice que su salud es más o menos igual que hace un año.

PREGUNTA 3

¿Su salud actual le limita para hacer actividades o cosas? ¿Si es así cuánto?

A. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)

VARIABLE	PACIENTE	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	22	73%
Sí, me limita un poco	8	22%
No me limita	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 13

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Del 100% de los pacientes encuestados un 73% expresan que si les limita mucho su enfermedad para realizar las distintas actividades, mientras que un 22% dicen que les limita un poco.

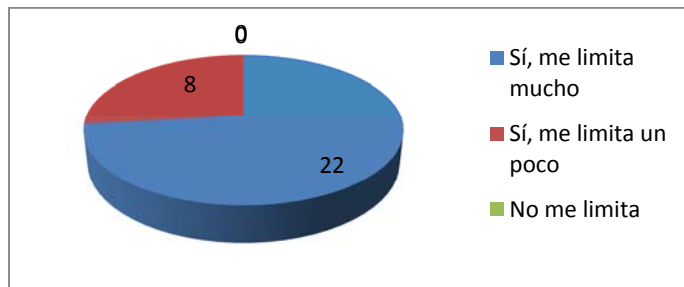


GRAFICO N° 11

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se puede evidenciar según los resultados obtenidos que en su gran mayoría los pacientes renales, sufren una gran limitación debido a su salud física, ya sea porque en su brazo utilizan una fístula la cual les impide trabajar con eficiencia, y además porque mencionan que la terapia es agotadora.

B. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora)

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	12	40%
Sí, me limita un poco	10	33%
No me limita	8	27%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 14

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De la parte investigada con respecto a realizar esfuerzos moderados un 40%, refirieron que si les limita mucho, un 33% les limita un poco, y un 27% no les limita.

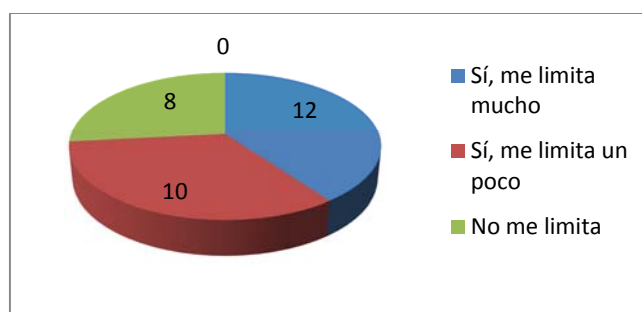


GRAFICO N° 12

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Con respecto a la muestra un 40% expresan que si les limita mucho su salud física, un poco 33% seguidamente con el 27% no les limita, esto manifiesta que su salud física es un limitante para realizar esfuerzos moderados.

C. Coger o llevar la bolsa de las compras

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	8	27%
Sí, me limita un poco	12	40%
No me limita	10	33%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 15

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Al 40% de los pacientes renales le limita un poco el coger o llevar la bolsa de las compras, al 33% no le limita y el 27% si le limita mucho.

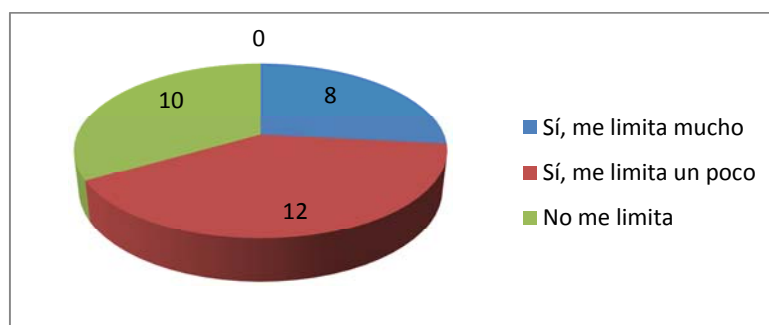


GRAFICO N° 13

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Un 40% de pacientes con IRC siente que su enfermedad les limita un poco para coger o llevar la bolsa de las compras, mientras que un 33% manifestaron que les limita mucho, y un 27% no les limita. Esto se manifiesta ya que algunos pacientes mencionan que suele ser un impedimento el tener colocada una fistula en uno de sus brazos, es por ello que la utilización de dicho brazo es casi nula.

D. Subir varios pisos por las escaleras

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	17	57%
Sí, me limita un poco	9	30%
No me limita	4	13%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 16

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Los datos arrojan que al 57% de los pacientes con IRC, si les limita mucho subir varios pisos por las escaleras, al 30% les limita un poco y a un 13% no le limita.

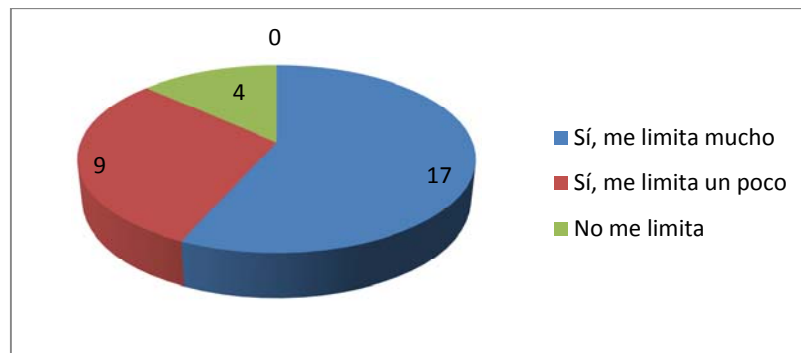


GRAFICO N° 14

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

El tratamiento de la IRC es en sí agotador para los pacientes, es por ello que a un 57% de pacientes renales si les limita mucho el tener que subir varios pisos por las escaleras, mientras que un 30 % manifestaron que les limita un poco, se puede evidenciar que la diferencia entre estos dos resultados no es significativa ya que de algún u otra forma su enfermedad les limita para realizar actividades agotadoras.

E. Subir un solo piso por las escaleras

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	8	27%
Sí, me limita un poco	7	23%
No me limita	15	50%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 17

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Se evidencia que al 50% de pacientes renales no les limita su salud física para subir un solo piso por la escalera, al 27% si les limita mucho, y al 23% les limita un poco.

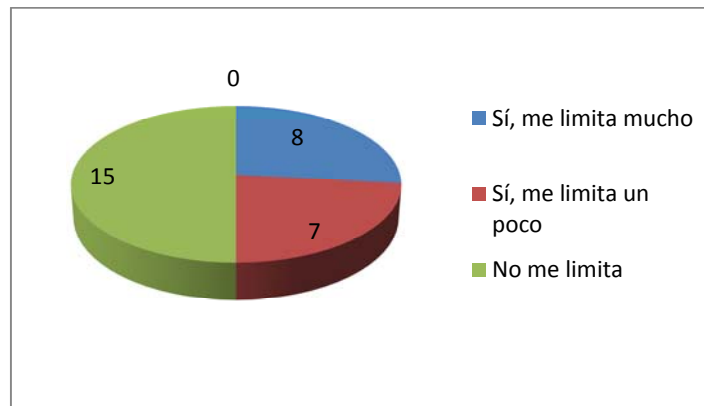


GRAFICO N° 15

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

La limitación de la salud física en la vida de un enfermo renal también dependerá de la edad del paciente y en el nivel que se encuentre dicha enfermedad, es por ello que el 50% no sufren limitaciones para subir un solo piso por la escalera.

F. Agacharse o arrodillarse

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	10	33%
Sí, me limita un poco	8	27%
No me limita	12	40%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 18

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De los pacientes investigados un 40% manifiestan no tener limitaciones para agacharse, mientras que a un 33% si les limita mucho y un 27% les limita un poco.

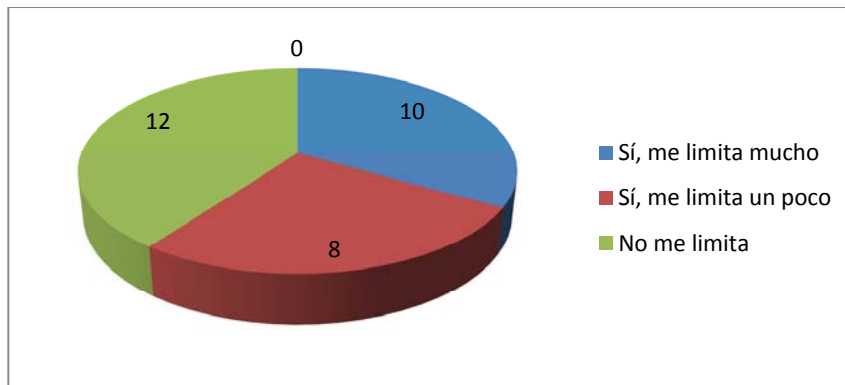


GRAFICO N° 16

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se puede interpretar que en su mayoría los pacientes renales no sienten limitaciones para agacharse o arrodillarse, sin embargo un 33% manifiesta si sentir las lo que significa que las limitaciones dependerán de la cronicidad de su enfermedad.

G. Caminar 1km o más

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	10	33%
Sí, me limita un poco	6	20%
No me limita	14	47%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 19

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De acuerdo a la muestra un 47% refiere no sentir limitaciones para caminar 1 km o más, mientras que a un 33% si le limita mucho, y a un 20% les limita un poco.

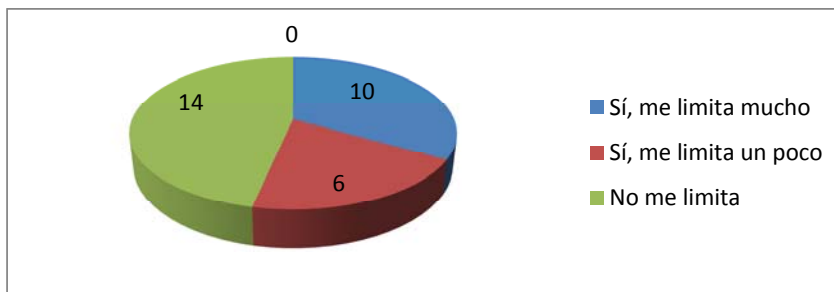


GRAFICO N° 17

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Los pacientes con IRC sufren distintas limitaciones con el transcurso de su enfermedad sin embargo un 47% de los pacientes no tienen limitaciones para caminar 1km, mientras que a un 33% si les limitan mucho, los pacientes mencionan que esto depende de cómo reaccione su cuerpo después de su diálisis hay días que están muy bien pero otros se encuentran muy agotados esto dependerá de la hemodiálisis ya que cuando es realizada correctamente no sufren mayor complicación

H. Caminar varias manzanas

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	6	20%
Sí, me limita un poco	9	30%
No me limita	15	50%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 20

Diseño: Jerez 2011

ANALISIS

Al 50% de los pacientes con IRC no les limita caminar varias manzanas, al 30% les limita un poco, por el contrario al 20% si le limita mucho.

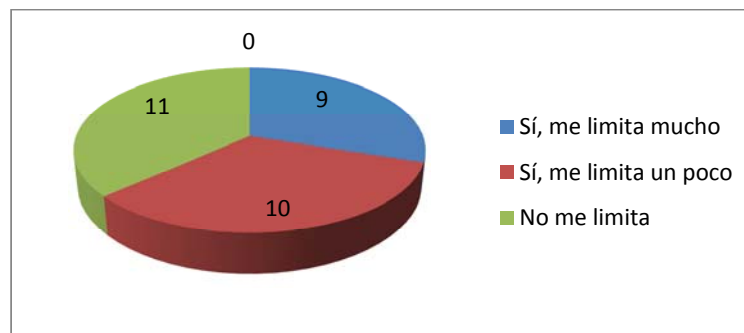


GRAFICO N° 18

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

El caminar para los pacientes con IRC dependerá de las distancias, ya que la mayoría menciona caminar con tranquilidad mientras no sea en exceso. Es por ello que el 50% menciona no tener limitaciones.

I. Caminar una sola manzana

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	6	20%
Sí, me limita un poco	10	33%
No me limita	14	47%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 21

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Se revela que el 47% de los pacientes renales no sufren limitaciones, al 33% si les limita, y al 20% si les limita mucho.

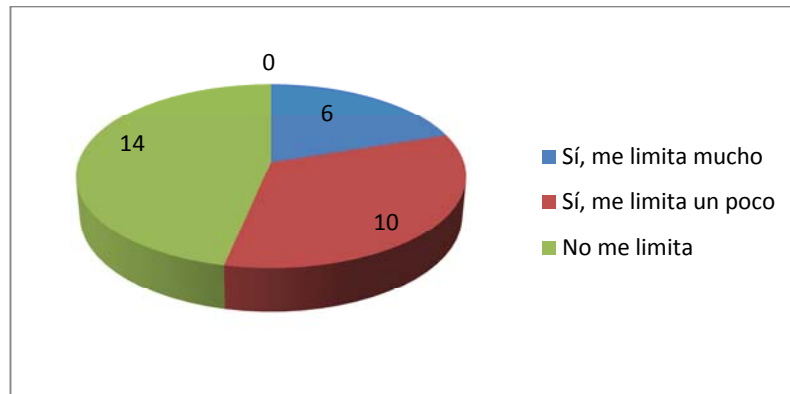


GRAFICO N° 19

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se puede interpretar que no sufren limitaciones el caminar una sola manzana ya que es una distancia que no requiere mayor esfuerzo siempre y cuando sea paulatinamente.

J. Bañarse o vestirse por sí mismo

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	2	7%
Sí, me limita un poco	6	20%
No me limita	22	73%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 22

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Del grupo investigado el 73% no siente limitaciones para bañarse o vestirse por sí mismo, al 20% les limita un poco, al 7% si le limita mucho.

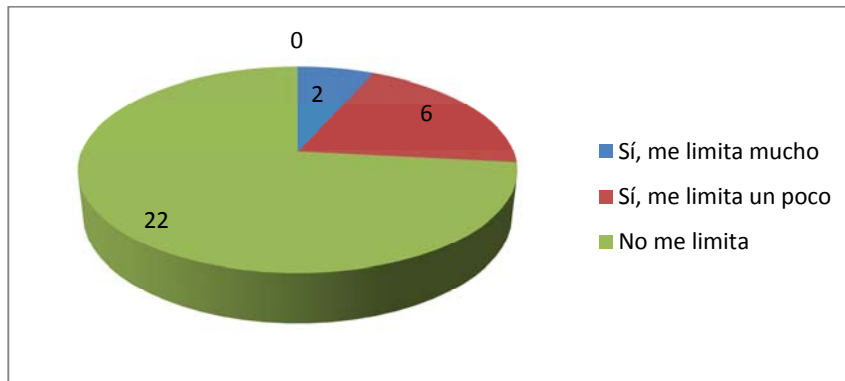


GRAFICO N° 20

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Para la gran mayoría de pacientes encuestados no existe limitación alguna bañarse o vestirse por sí mismo, pero mencionan que siempre deben tener mucha cautela con la fístula que tienen en su brazo.

PREGUNTA 4

Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física

A. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí	28	93%
No	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 23

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

El 93% de los pacientes renales tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo a causa de su salud física, y el 7% no tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo.

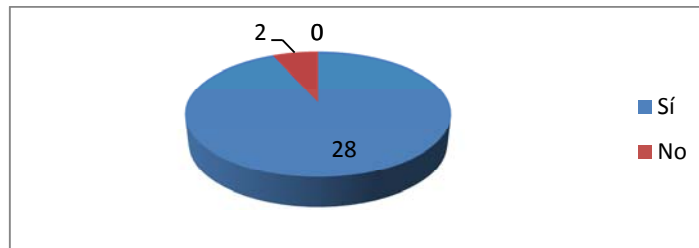


GRAFICO N° 21

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se puede evidenciar según los resultados obtenidos que en su gran mayoría los pacientes renales tuvieron que reducir su tiempo dedicado a su trabajo debido a su salud física ya que tienen que asistir a sus terapias tres días a la semana durante cuatro horas ocasionando que tengan menos tiempo para trabajar, y en algunos casos solicitando la jubilación por invalidez.

B. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí	28	93%
No	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 24

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De los 30 pacientes investigados un 93% expresaron que hicieron menos de lo que hubieran querido hacer debido a su salud física y un 2% manifestaron que no.

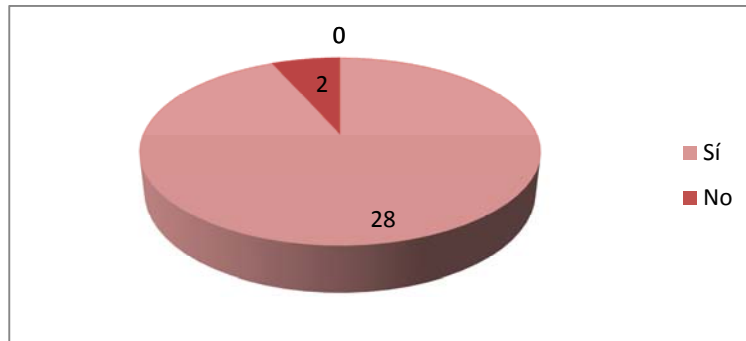


GRAFICO N° 22

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Al ser este una padecimiento de por vida el paciente deberá acoplarse a todo lo que consigo acarrea siendo que esta enfermedad necesita de todo su tiempo y fuerza de carácter.

C. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí	24	80%
No	6	20%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 25

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Del 100% de los pacientes renales encuestados el 80% de ellos tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o actividades diarias a causa de su salud física y un 20% respondieron que no.

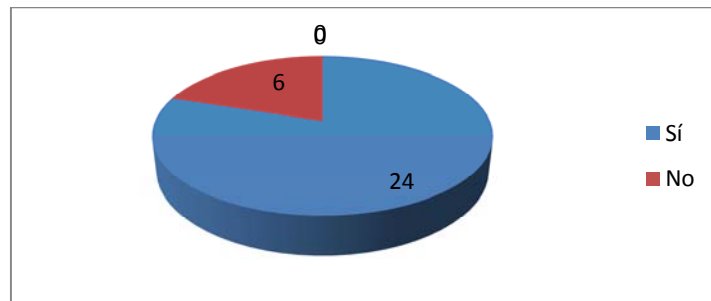


GRAFICO N° 23

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

El tratamiento para la IRC requiere de cuantioso tiempo para lo cual el paciente renal ha tenido que dejar o en muchos de los casos renunciar a sus obligaciones por asistir a las terapias renales.

D. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí	28	93%
No	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 26

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Se evidencia que un 93% tuvo dificultad para hacer su trabajo, y un 7% no siente dificultad para realizar sus actividades cotidianas.

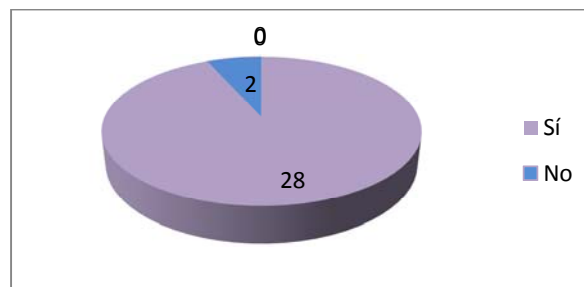


GRAFICO N° 24

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se evidencia según la sumatoria que a la mayoría de enfermos renales le costó más de lo normal realizar sus actividades diarias, ya sea por cansancio o porque la fístula les limita.

PREGUNTA 5

Ha tenido problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional

A. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí	24	80%
No	6	20%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 27

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De la muestra expuesta un 80% refieren que tuvieron que reducir el tiempo dedicado al trabajo por algún problema emocional, y un 20% no tuvieron que reducir el tiempo dedicado a realizar sus actividades cotidianas.

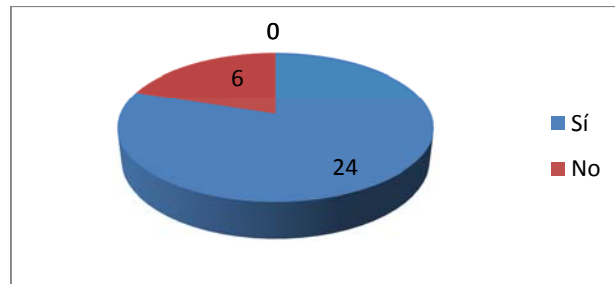


GRAFICO N° 25

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Los problemas emocionales en los pacientes renales son evidentes según los resultados ya que la mayoría ha dejado de realizar sus actividades cotidianas por algún problema emocional, en algunos casos los pacientes refieren que es una nueva vida la que les ha tocado sobrellevar y que es muy difícil acoplarse a esta, dando lugar al apareamiento de ciertas alteraciones psicológicas.

B. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí	24	80%
No	6	20%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 28

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Con respecto a si hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional el 80% respondieron que si, mientras que un 20% respondieron que no.

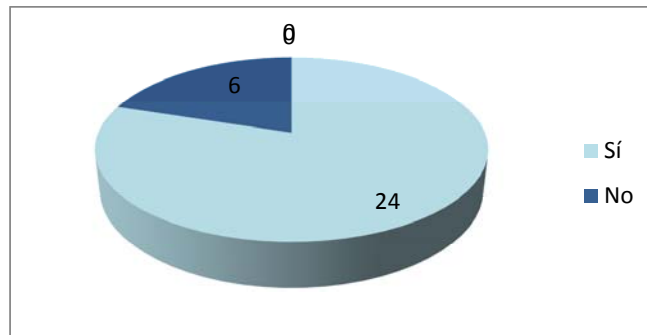


GRAFICO N° 26

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Con respecto a la muestra un 80% expresan que hicieron menos de lo que hubieran querido hacer por algún problema emocional, esto manifiesta que ha influido de manera significativa ya que con esto se demuestra rinden menos en su trabajo.

PREGUNTA 6

Hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales.

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Nada	1	3%
Un poco	12	40%
Regular	10	33%
Bastante	4	14%
Mucho	3	10%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 29

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Dentro del grupo de pacientes renales, un 40% menciona que su salud tanto física como emocional a dificultado un poco en sus actividades sociales un 33% manifestaron que les ha dificultado de forma regular, 14% bastante, un 10% mucho, y un 3% nada.

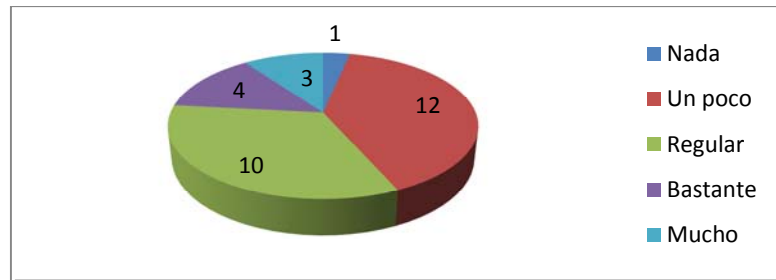


GRAFICO N° 27

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se evidencia según los resultados que un 40% de los pacientes renales están presentando problemas en sus actividades con su familia, amigos, vecinos, ya sea por su salud física o emocional; refieren no tener tiempo o a veces por el cansancio evitan salir y relacionarse con los demás.

PREGUNTA 7

¿Tuvo dolor en alguna parte de cuerpo durante las 4 últimas semanas?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
No, ninguno	2	7%
Sí, muy poco	4	13%
Sí, un poco	6	20%
Sí, moderado	8	27%
Sí, mucho	9	30%
Sí, muchísimo	1	3%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 30

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

En lo que tiene que ver con dolor en alguna parte del cuerpo de los 30 pacientes renales el 30% respondió que sí mucho, 27% sí moderado, un 20% sí un poco, 13% sí muy poco, 7% no ninguno, y un 3% sí muchísimo.

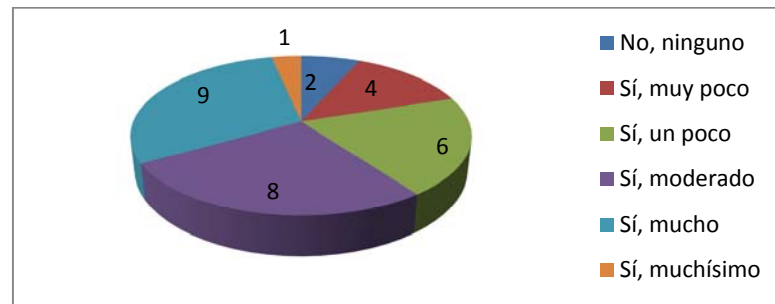


GRAFICO N° 28

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se puede evidenciar según los datos obtenidos que la mayoría de pacientes renales presentar dolor en alguna segmento del cuerpo manifestándose el mismo en diferentes magnitudes, esto es obviamente debido a los efectos postdialisis el paciente puede experimentar diferentes tipos de manifestaciones como es cansancio, fatiga, debilidad, dolores articulares, cefaleas.

PREGUNTA 8

¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Nada	2	7%
Un poco	13	43%
Regular	6	20%
Bastante	8	27%
Mucho	1	3
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 31

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Los datos arrojan que un a 43% de los pacientes le ha dificultado un poco el dolor de alguna parte del cuerpo en sus actividades diarias, 27% bastante, al 20% de manera regular, 7% nada y un 3% mucho.

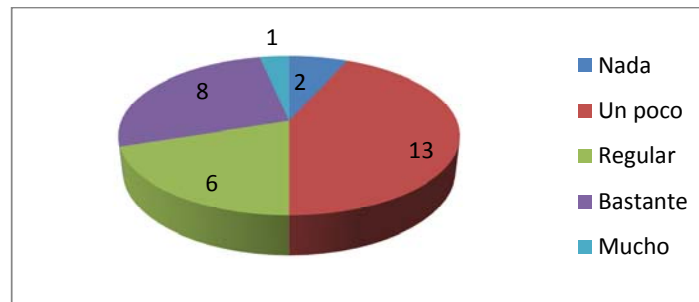


GRAFICO N° 29

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

El dolor que sienten las personas con IRC ha provocado que un 43% sientan un poco de dificultad para realizar sus actividades diarias ya que los efectos de la terapia renal pueden presentarse en algunos pacientes con el transcurso de los días.

PREGUNTA 9

A. ¿Se sintió lleno de vitalidad?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Siempre	4	12%
Casi siempre	8	27%
Muchas veces	2	7%
Algunas veces	14	47%
Solo algunas veces	0	0%
Nunca	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 32

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De los 30 pacientes renales el 47% se ha sentido lleno de vitalidad algunas veces, un 27% casi siempre, el 12% siempre, un 7% muchas veces, y un 7% nunca.

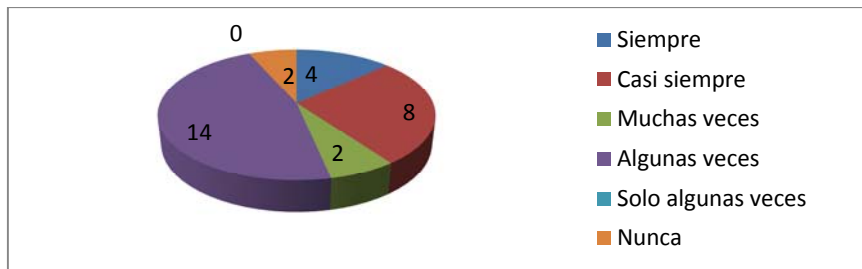


GRAFICO N° 30

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

En lo que se refiere a sí el paciente renal se ha sentido lleno de vitalidad durante las cuatro últimas semanas los datos arrojaron que 14 de los 30 pacientes algunas veces se han sentido de esa manera, los pacientes mencionan que cuando salen de sus terapias siempre se sienten agotados, y sin ánimos de realizar ninguna actividad, pero con el transcurso de las horas se van recuperando, este se le denomina síndrome del Lavado o "washout".

B. ¿Estuvo muy nervioso?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Siempre	6	20%
Casi siempre	0	0
Muchas veces	1	3%
Algunas veces	17	57%
Solo algunas veces	2	7%
Nunca	4	13%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 33

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Del 100% de los pacientes renales encuestados, el 57% refieren sentirse nerviosos algunas veces, 20% siempre, 13% nunca, un 7% solo algunas veces, y un 3% muchas veces.

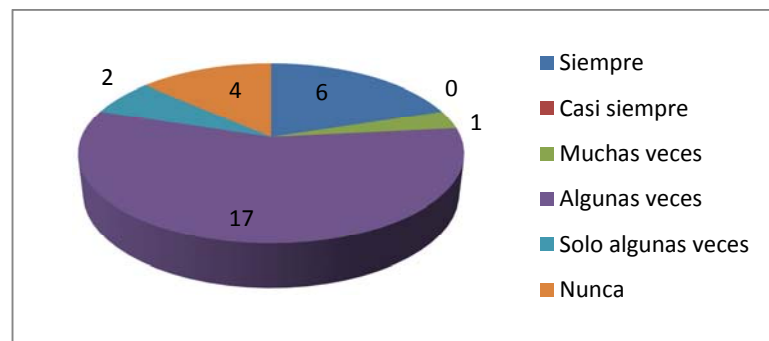


GRAFICO N° 31

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

El sentirse nervioso es una reacción normal de los seres humanos, pero llega a ser patológico cuando este es intenso y duradero, es por ello que según estos datos el 57% de los pacientes renales se sienten nerviosos algunas veces, esto suele suceder al pensar en su padecimiento en un futuro, ya que en muchas ocasiones tienen pensamiento de un futuro incierto.

C. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Siempre	10	33%
Casi siempre	0	0
Muchas veces	0	0
Algunas veces	12	40%
Solo algunas veces	2	7%
Nunca	6	20%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 34

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Dentro de los pacientes con IRC el 40% respondieron que algunas veces se han sentido tan bajos de moral que nada a podido aliviarles, el 33% siempre, un 20% nunca, mientras que un 7% solo algunas veces.

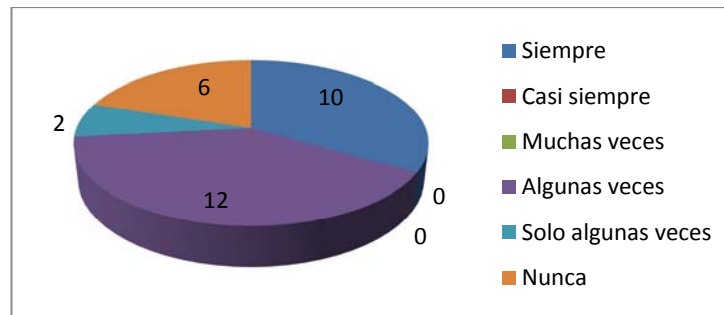


GRAFICO N° 32

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

La mayoría de pacientes renales algunas veces se han sentido tan bajos de moral que nada ha podido aliviarlos, mientras que un 20% nunca se ha sentido de esa manera, dependerá también del apoyo que se le brinde al paciente ya que la familia ocupa un rol muy importante en la estabilidad del enfermo renal.

D. ¿Se sintió calmado y tranquilo?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Siempre	6	20%
Casi siempre	4	13%
Muchas veces	2	7%
Algunas veces	10	33%
Solo algunas veces	8	27%
Nunca	0	0
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 35

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

El 33% del grupo investigado se sintió calmado y tranquilo algunas veces, el 27%, solo algunas veces, el 20% siempre, el 13% casi siempre, y el 7% muchas veces.

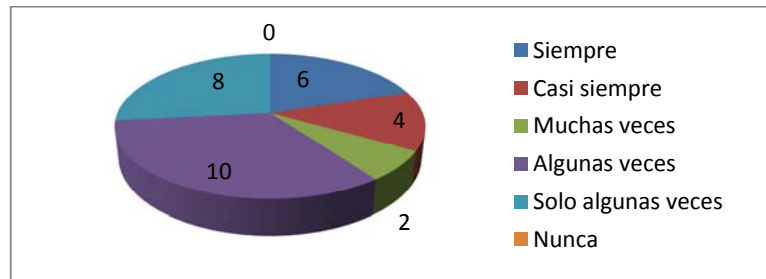


GRAFICO N° 33

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se evidencia según los resultados que un 33% se ha sentido algunas veces en las cuatro últimas semanas calmado y tranquilo 20% manifestaron siempre sentirse calmados y tranquilos se puede evidenciar que la diferencia entre estos dos resultados no es significativa ya que de algún u otra forma los pacientes renales tratan de permanecer relajados lo cual favorecerá en su salud y tratamiento.

E. ¿Tuvo mucha energía?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Siempre	6	20%
Casi siempre	4	13%
Muchas veces	0	0
Algunas veces	8	27%
Solo algunas veces	12	40%
Nunca	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 36

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De la población investigada el 40% tuvo mucha energía durante las cuatro últimas semanas solo algunas veces, el 27% algunas veces, el 20% siempre tuvo mucha energía, y el 13% casi siempre.

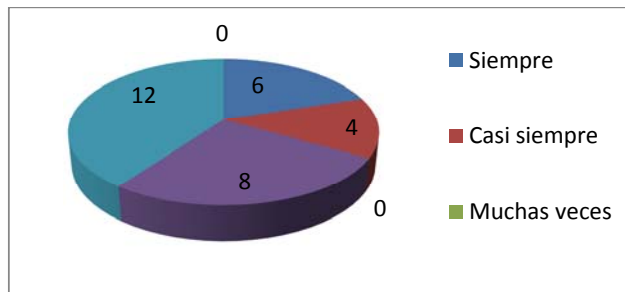


GRAFICO N° 34

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se puede interpretar que en su gran mayoría los pacientes renales se sienten con mucha energía solo algunas veces este dato es muy importante ya que se puede constatar el malestar físico que los pacientes están sintiendo provocando en ellos mucha incomodidad.

F. ¿Se sintió desanimado y triste?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Siempre	1	3%
Casi siempre	4	13%
Muchas veces	2	7%
Algunas veces	13	43%
Solo algunas veces	4	13%
Nunca	6	20%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 37

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Del grupo investigado en lo que respecta a si se ha sentido desanimado y triste el 43% refiere que algunas veces, el 20% nunca, 13% solo algunas veces y casi siempre, el 7% muchas veces y un 3% siempre.

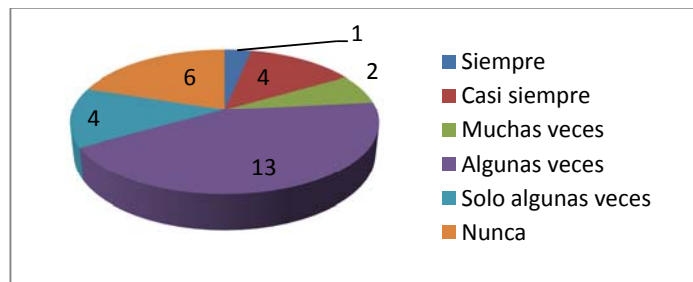


GRAFICO N° 35

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Debido a las terapias que reciben los inconvenientes y las alteraciones psicológicas están presentes en los pacientes renales: el 43% de los pacientes se han desanimado y presentándolo alguna vez, pero no son todas las que afirman este hecho ya que un 13% dice casi siempre sentirse desanimado y triste.

G. ¿Se sintió agotado?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Siempre	0	0
Casi siempre	2	7%
Muchas veces	14	47%
Algunas veces	10	33%
Solo algunas veces	4	13%
Nunca	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 38

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De la población investigada el 47% asevera sentirse agotado muchas veces en las últimas cuatro semanas el 33% algunas veces, un 13% solo algunas veces, y un 7% casi siempre.

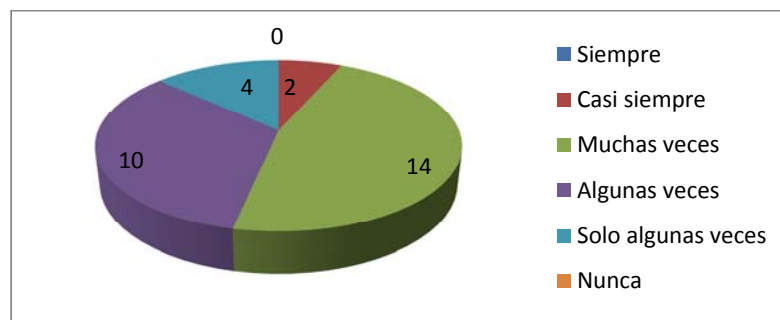


GRAFICO N° 36

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Con respecto a la muestra un 47% expresan sentirse agotados muchas veces, mientras que un 13% solo algunas veces, esto dependerá de cómo su organismo reacciona ante la terapia, ya que ciertos pacientes acotan que al finalizar la sesión terminan agotados, y que es más por el tiempo en que permanecen en una sola posición ya que eso es lo que les agota.

H. ¿Se sintió feliz?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Siempre	4	13%
Casi siempre	2	7%
Muchas veces	2	7%
Algunas veces	14	47%
Solo algunas veces	8	27
Nunca	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 39

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Un 47% de los pacientes encuestados manifiestan sentirse felices algunas veces, mientras que un 27% solo algunas veces, un 13% siempre, y un 7% casi siempre y muchas veces.

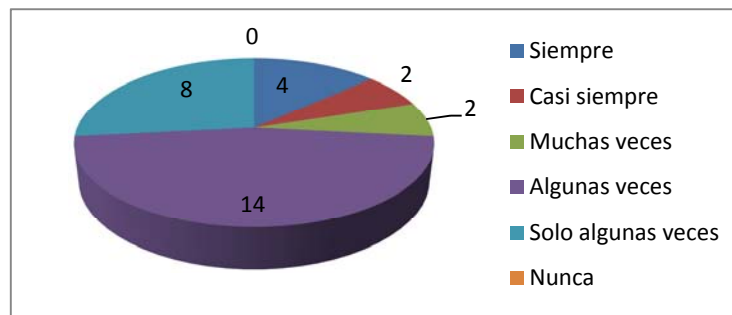


GRAFICO N° 37

Diseño: Jerez 2011 –2012

INTERPRETACION

14 pacientes de los 30 encuestados mencionan sentirse felices algunas veces, mientras que 2 mencionan que casi siempre se sienten felices, existe una diferencia evidente esto estaría provocando un desequilibrio en su salud física ya que depende mucho la una de la otra.

I. ¿Se sintió cansado?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Siempre	7	23%
Casi siempre	2	7%
Muchas veces	3	10%
Algunas veces	14	47%
Solo algunas veces	4	13
Nunca	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 40

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Se evidencia que un 47% se han sentido cansados algunas veces, un 23% siempre, 13% solo algunas veces, un 10% muchas veces, y un 7% casi siempre.

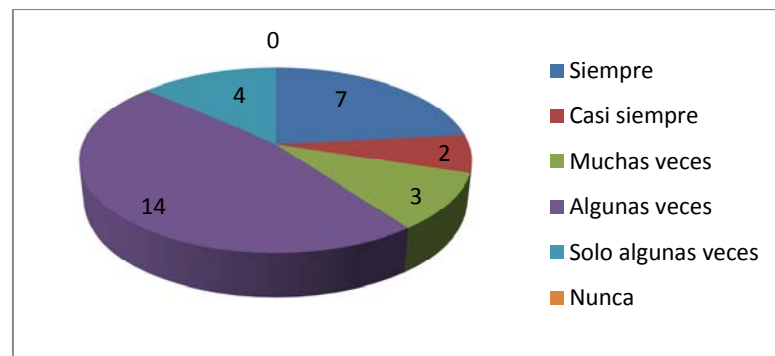


GRAFICO N° 38

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se evidencia que el 47% de los pacientes con IRC algunas veces sienten cansancio lo que indica que existe malestar tanto físico como emocional, más cuando finalizan la terapia renal.

PREGUNTA 10

Con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales.

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Siempre	2	6%
Casi siempre	14	48%
Algunas veces	8	27%
Solo algunas veces	4	13%
Nunca	2	6%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 41

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De los 30 pacientes renales encuestados el 48% refieren que su salud física o emocional les ha dificultado en sus actividades sociales, el 27% algunas veces, un 13% solo algunas veces, un 6% siempre, y un 6 % nunca.

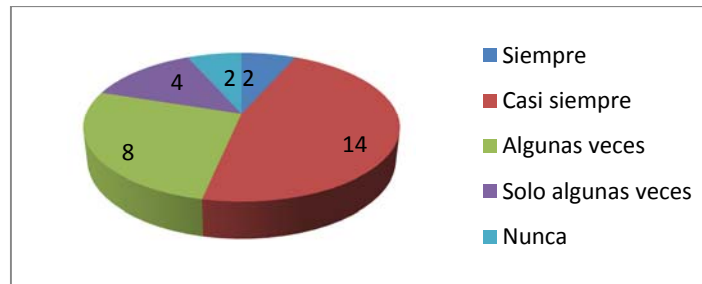


GRAFICO N° 39

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Para el paciente el hecho de enfrentarse a este nuevo estilo de vida, es muy difícil ya que en ocasiones tiene que dejar familia, amigos, puesto que el tratamiento es la base fundamental para que se vuelva a reincorporar a su vida diaria, es por ello que 14 de los 30 pacientes encuestados respondieron que su salud física y emocional les ha dificultado sus actividades sociales casi siempre.

PREGUNTA 11

Diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

A. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Totalmente cierta	0	0
Bastante cierta	13	43%
No lo sé	8	27%
Bastante falsa	9	30%
Totalmente falsa	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 42

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De la población investigada corresponde que el 43% creen que se ponen enfermos más fácilmente que otras personas, un 27% no lo saben, y un 30% piensan que es bastante falso.

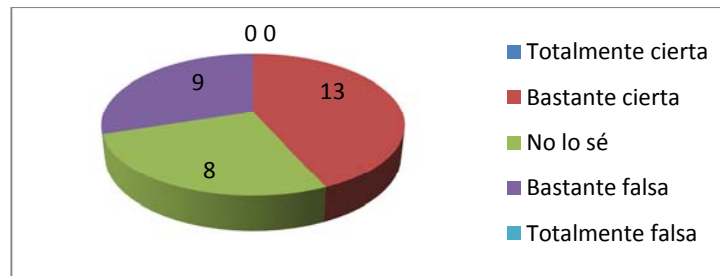


GRAFICO N° 40

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se evidencia según la sumatoria que la mayoría piensan que se enferman más fácilmente que otras personas, presentando un síntoma claro de baja autoestima. Sin embargo el 30% de los pacientes investigados piensan que es bastante falso.

B. Estoy tan sano como cualquiera

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Totalmente cierta	2	7%
Bastante cierta	4	13%
No lo sé	6	20%
Bastante falsa	18	60%
Totalmente falsa	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 43

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

El 60% piensan que es bastante falsa la afirmación: Estoy tan sano como cualquiera, seguido de un 20% que no lo saben, un 13% piensan que es bastante cierto además un 7% de ellos piensan que es totalmente cierto.

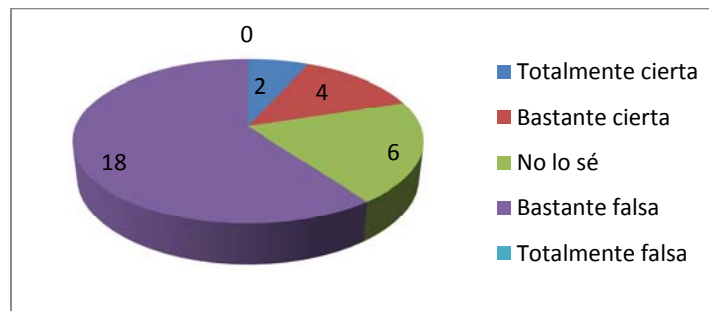


GRAFICO N° 41

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se puede interpretar que el estar sano como cualquiera la gran mayoría piensan que es bastante falso, por el mismo hecho de padecer una enfermedad de la cual tienen que estar pendientes de por vida, y que en ocasiones piensan que pueden fallecer en cualquier momento.

C. Creo que mi salud va empeorar

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Totalmente cierta	2	7%
Bastante cierta	4	13%
No lo sé	20	67%
Bastante falsa	4	13%
Totalmente falsa	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 44

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De los 30 pacientes encuestados el 67% no saben si su salud va empeorar, el 13% piensan que es bastante cierto, otro 13% que es bastante falso, y un 7% totalmente cierto.

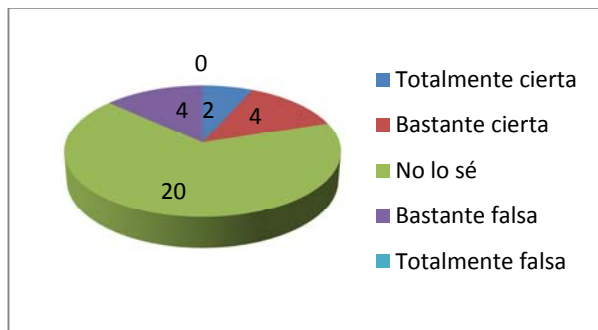


GRAFICO N° 42

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Los pacientes con IRC, están consientes de la gravedad de su enfermedad y sus consecuencias pero la mayoría de ellos no saben si salud su va empeorar, pues mencionan que mientras reciban sustitución renal permanecerán estables y podrán sobrellevar sus vidas.

D. Mi salud es excelente

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Totalmente cierta	2	7%
Bastante cierta	4	13%
No lo sé	6	20%
Bastante falsa	18	60%
Totalmente falsa	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 45

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Se pudo apreciar que el 60% piensan que la frase: Mi salud es excelente es bastante falsa, el 20% no lo sabe, el 13% piensa que es bastante cierta, y un 7% totalmente cierta.

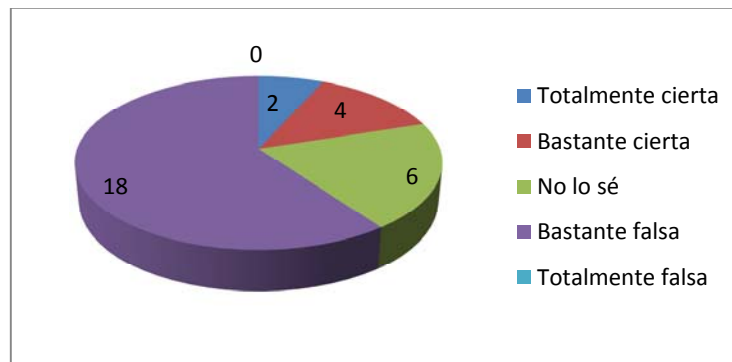


GRAFICO N° 43

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se puede interpretar según los resultados que los pacientes con IRC piensan que es bastante falso que su salud sea excelente, por el mismo hecho ingresar al programa de reemplazo renal ya que es obvio que no se sienten satisfechos con su salud.

4.1.3 Anexo N° 3

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Casi todo el día	0	0
Gran parte del día	1	3%
De vez en cuando	21	70%
Nunca	8	27%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 46

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

El 70% de los pacientes renales de vez en cuando se sienten tensos o nerviosos, el 27% nunca y el 3% gran parte del día.

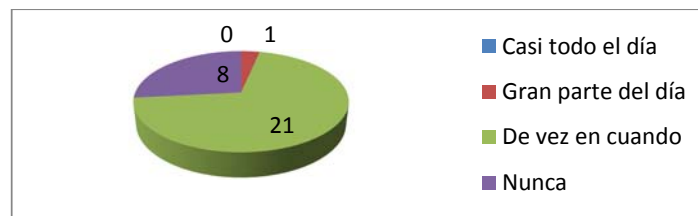


GRAFICO N° 44

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se puede evidenciar según los resultados obtenidos que en su gran mayoría los pacientes con IRC, se sienten tensos o nerviosos de vez en cuando, el pensar lo que les va a suceder en futuro hace que sientan nervios, las preocupaciones por su enfermedad desencadena que se sientan tensos, ya que mencionan que la vida de una persona en diálisis es muy difícil.

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Ciertamente, igual que antes	6	20%
No, tanto como antes	8	27%
Solamente, un poco	16	53%
Ya no disfruto como nada	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 47

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De la parte investigada con respecto a seguir disfrutando de las cosas como siempre un 53%, refirieron sentir esto solamente un poco, un 27% no tanto como antes, y un 20% ciertamente igual que antes.



GRAFICO N° 45

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

En lo que tiene que ver con el seguir disfrutando de las cosas como antes, donde se evidencia que el 53% ya no lo hace como antes, lo que demuestra la insatisfacción del paciente ante la enfermedad, ya que mencionan que han tenido que suspender ciertas actividades por realizar la diálisis.

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Sí, y muy intenso	0	0
Sí, pero no muy intenso	16	53%
Sí, pero no me preocupa	10	33%
No, siento nada de eso	4	13%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 48

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De los 30 pacientes renales encuestados un 53% sienten una especie de temor como si algo les fuera a suceder; sí pero no muy intenso, mientras que un 33% lo siente pero no les preocupa, y un 13% no sienten nada de eso.

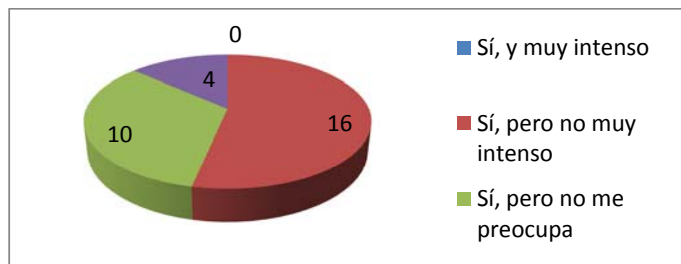


GRAFICO N° 46

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Esa sensación de temor como si algo malo fuera a suceder, está presente en un 53% de los pacientes, ya que ellos sienten que su salud es incierta al no saber en qué va a terminar, o si se van a empeorar, es decir la incertidumbre está siempre presente en ellos.

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Igual que siempre	2	7%
Actualmente, algo menos	20	67%
Actualmente, mucho menos	8	27%
Actualmente, en absoluto	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 49

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Se evidencia que el 67% de los pacientes renales investigados es capaz de sonreír y ver el lado gracioso de las cosas; actualmente algo menos, siendo el 27% los que mencionan que actualmente mucho menos, y el 7% igual que siempre.

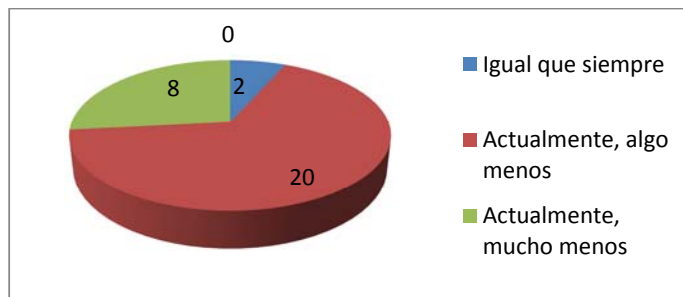


GRAFICO N° 47

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Sonreír y ver el lado gracioso de las cosas sería muy favorable en el tratamiento del paciente renal, sin embargo la gran mayoría menciona que actualmente lo hacen algo menos, además es evidente en su rostro su tristeza y cansancio.

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Casi todo el día	0	0
Gran parte del día	4	13%
De vez en cuando	24	80%
Nunca	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 50

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

El 80% de los pacientes investigados tienen la cabeza llena de preocupaciones de vez en cuando, el 13% gran parte del día, y el 7% nunca.

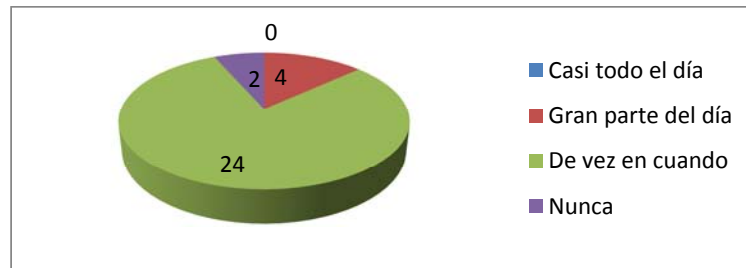


GRAFICO N° 48

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Las preocupaciones que sienten los pacientes con IRC hace referencia a su enfermedad y la incapacidad que tienen para realizar sus actividades con normalidad, ya que la mayoría de pacientes son cabeza de familia y deben responder como tal y esto los agobia ya que no se sienten en la capacidad de responder como quisieran.

D.3. Me siento alegre:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Nunca	0	0
Muy pocas veces	18	60%
En algunas ocasiones	10	33%
Gran parte del día	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 51

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Dentro de los pacientes investigados el 60% se siente feliz muy pocas veces, el 33% en algunas ocasiones y el 7% gran parte del día.

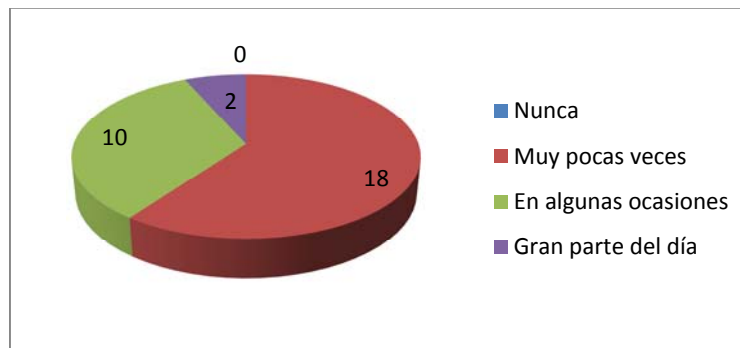


GRAFICO N° 49

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se evidencia que el 60% de los pacientes renales se han sentido felices muy pocas veces lo cual demuestra la insatisfacción que sienten ante la enfermedad, desfavoreciendo al progreso del tratamiento.

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Siempre	2	7%
A menudo	10	33%
Raras veces	18	60%
Nunca	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 52

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Se evidencia de entre los pacientes encuestados que el 60% es capaz de permanecer sentado, tranquilo y relajado raras veces, el 33% a menudo, y el 7% siempre.

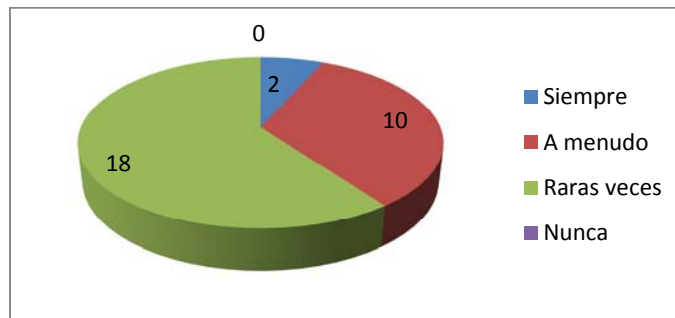


GRAFICO N° 50

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Se evidencia según los resultados que un 60% de los pacientes encuestados son capaces de permanecer sentados, tranquilos y relajados raras veces, suele suceder debido a sus constantes preocupaciones o dolencias físicas ya que mencionan que en ocasiones suelen sentir prurito, y eso les impide permanecer serenos.

D.4. Me siento lento/a y torpe:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Gran parte del día	3	10%
A menudo	5	17%
A veces	12	40%
Nunca	10	33%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 53

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Los datos arrojan que el 40% de los pacientes investigados se sienten lentos y torpes a veces, el 33% nunca, 17% a menudo, y un 10% gran parte del día.

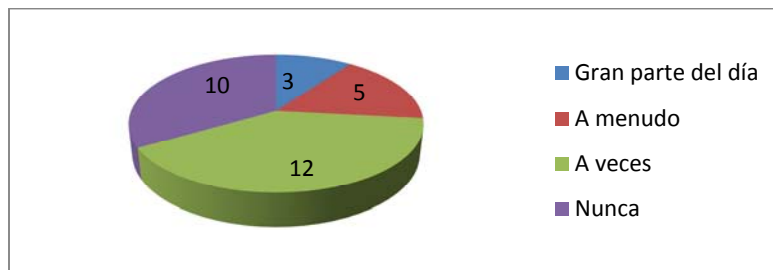


GRAFICO N° 51

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

En lo que se refiere a sentirse lento y torpe 12 pacientes de 30 mencionaron que a veces se sienten de esa manera, esto suele suceder debido al nivel de autoestima que posee el paciente y en estos casos por su salud física suele ser baja.

A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Nunca	6	20%
Solo en algunas ocasiones	20	67%
A menudo	4	13%
Muy a menudo	0	0
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 54

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

El 67% de los pacientes renales afirman sentir nervios y hormigueos en el estomago solo en algunas ocasiones, un 20% nunca, y un 13% a menudo.

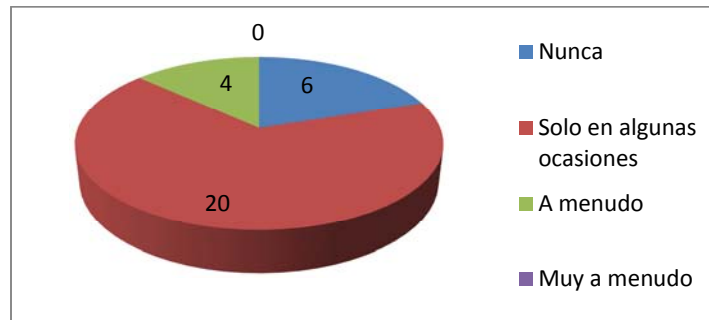


GRAFICO N° 52

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Los nervios y hormigueos en el estómago es un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación que en esta ocasión suelen ser ocasionados al no saber que va a suceder con su enfermedad es por ello que un 13% menciona que lo siente a menudo, siendo esto un factor importante ya que el paciente de alguna u otra manera comienza a manifestar, su sintomatología psicológica.

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Completamente	2	7%
No me cuidó como debería hacerlo	2	7%
Es posible que no me cuidó como debiera	17	56%
Me cuidó como siempre lo he hecho	9	30%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 55

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Del 100% el 56% manifestaron que es posible que no se cuiden como debiera en su aspecto personal, mientras que 30% se cuidan como siempre lo han hecho, un 7% han perdido el interés por su aspecto personal completamente.

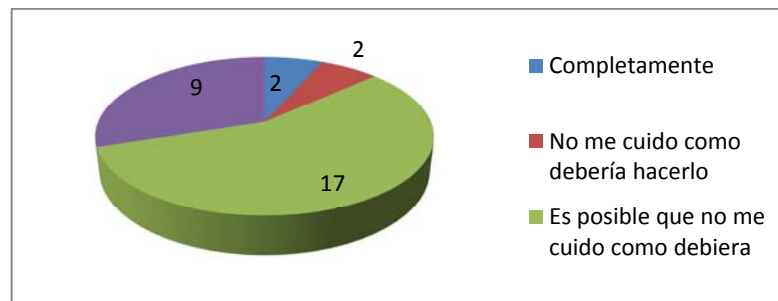


GRAFICO N° 53

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

La imagen es nuestra tarjeta de presentación, aunque las personas tengamos otros muchos valores la primera impresión es fundamental. En los pacientes con IRC esto ha llegado a ser hasta molesto ya que el tener una fístula en su brazo en ocasiones les imposibilita, es por ello que la mayoría refiere no cuidarse como debiera, ya que depender de una u otra forma de este proceso los limita.

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Realmente mucho	1	3%
Bastante	1	3%
No mucho	20	67%
En absoluto	8	27%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 56

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Con respecto a si se sienten inquietos como si no pudiera parar de moverse 67% manifestaron no mucho, un 27% en absoluto, un 3% bastante y un 3% realmente mucho.

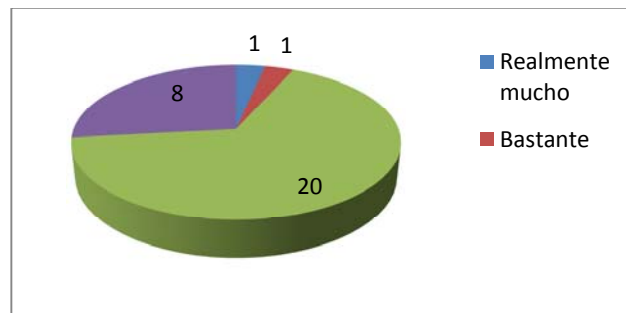


GRAFICO N° 54

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme es producto de preocupaciones que puede sentir el paciente renal, sin embargo el 67% refiere no sentir mucho y que solamente la sienten cuando algo les inquieta.

D.6. Espero las cosas con ilusión:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Como siempre	2	7%
Algo menos con antes	10	33%
Mucho menos antes	14	47%
En absoluto	4	13%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 57

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De los pacientes investigados con respecto a esperar las cosas con ilusión 47% refirieron sentirlo mucho menos que antes, un 33% sentirlo algo menos que antes, y un 13% en absoluto.

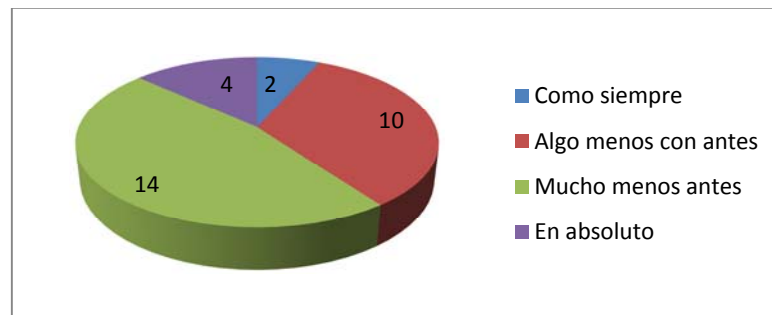


GRAFICO N° 55

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Ilusionarse por las cosas suele ser natural en todas las persona sin embargo en un 47% de pacientes renales esto sucede mucho menos que antes debido a su enfermedad, ya que en ocasiones sienten mucha desesperanza de la vida.

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Muy a menudo	3	10%
Con cierta frecuencia	5	17%
Raramente	20	68%
Nunca	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 58

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

Con respecto a la pregunta experimenta de repente sensaciones de angustia o temor, un 68% manifiesta sentirlo raramente, un 17% con cierta frecuencia, un 10% muy a menudo, y un 7% nunca.

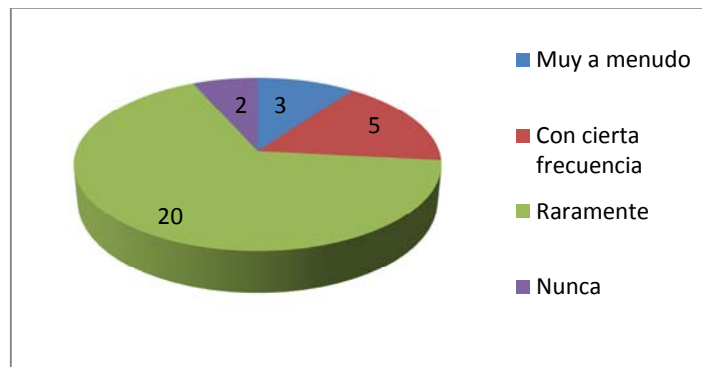


GRAFICO N° 56

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Las emociones de angustia o temor son la manera de anticipar un suceso peligroso para la persona comprobando así que un 68% lo sienten raramente y un 7% nunca lo han sentido.

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
A menudo	10	33%
Algunas veces	15	50%
Pocas veces	3	10%
Casi nunca	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 59

Diseño: Jerez 2011-2012

ANALISIS

De los 30 pacientes renales el 50% refieren que algunas veces son capaces de disfrutar con un buen programa de televisión o con un buen libro, 33% a menudo, 10% pocas veces, y un 7% casi nunca.

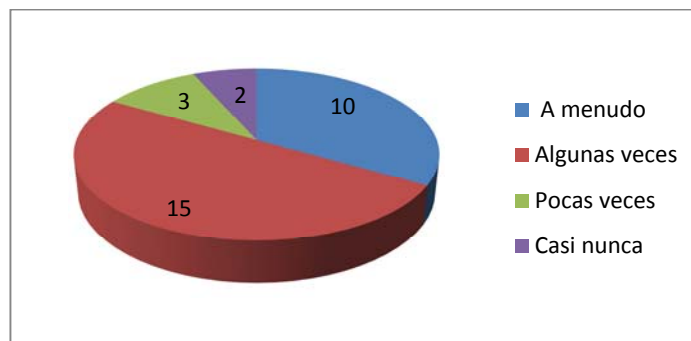


GRAFICO N° 57

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

El poder disfrutar con un buen programa de radio o televisión es casi en un 50% nulo en los pacientes con IRC esto se debe a las múltiples dolencias que sienten ya sean estas físicas o emocionales impidiendo que ellos se sienten a gusto.

4.1.4 Resultados de la Historia Clínica, Cuestionario SF 36 sobre Estado de Salud, y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión realizado pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Servicio de Nefrología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato en el periodo septiembre 2011 – enero 2012

ETAPAS	ALTERACIONES PSICOLOGICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I	Ambivalencia Afectiva	5	17%
I	Labilidad Emocional	2	7%
II	Sentimientos Inadecuados	3	13%
I	Desequilibrio Emocional	4	10%
IV	Insomnio	3	13%
IV	Hiporexia	4	13%
II	Angustia	3	10%
III	Ira	3	10%
III	Impotencia	3	10%
TOTAL		30	100%

CUADRO N° 60

Diseño: Jerez 2011-2012

ANÁLISIS:

De acuerdo a las frecuencias en la población investigada es evidente el predominio de la ambivalencia afectiva con un 17%, seguido de un 13% que corresponde a los sentimientos inadecuados, hiporexia, insomnio, 10% desequilibrio emocional, angustia, ira, e impotencia 7% labilidad emocional.

GRAFICO N° 58

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a la gráfica es evidente que en 93% de los investigados encontramos alteraciones psicológicas significativas ya que aquellas son las causantes de desencadenar un cuadro clínico como lo es la depresión y la ansiedad.

4.1.5 Resultados de la Historia Clínica, Cuestionario SF 36 Sobre Estado de Salud, y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión realizado en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato en el periodo Septiembre 2011 – Enero 2012

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Etapa I	11	37%
Etapa II	6	20%
Etapa III	6	20%
Etapa IV y V	7	23%
TOTAL	30	100%

CUADRO N° 61

Diseño: Jerez 2011-2012

ANÁLISIS:

Como se puede apreciar las alteraciones psicológicas están latentes en el 100% de los pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad.

GRAFICO N° 59

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a la grafica se puede visualizar que el 37% de los pacientes renales sufren de ambivalencia afectiva, desequilibrio emocional, confusión, siendo estas características de la primera etapa, en donde ocurre el primer contacto con la enfermedad, inicia la relación médico paciente y el enfermo renal recibe información acerca de su diagnóstico y pronóstico, el 23% presentan sentimientos inadecuados, angustia, ansiedad, típicos de la etapa II, en donde ocurre la reorganización de roles familiares, 20% en la etapa III, IV y V, que son la fase terminal, en donde existe la negación de sentimientos, sentimientos de pérdida, y aceptación de pérdida.

4.1.6 Resultados globales entre la Historia Clínica, Cuestionario SF 36 Sobre Estado de Salud, y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión realizado en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato en el periodo Septiembre 2011 – Enero 2012

ALTERACIONES PSICOLOGICAS	ETAPA I	PORCENTAJE	ETAPA II	PORCENTAJE	ETAPA III	ETAPA IV y V	PORCENTAJE
Ambivalencia Afectiva	5	100%	-	-	-	-	-
Labilidad Emocional	2	100%	-	-	-	-	-
Sentimientos Inadecuados	-	-	3	100%	-	-	-
Desequilibrio Emocional	4	100%	-	-	-	-	-
Insomnio	-	-	-	-	-	3	100%
Hiporexia	-	-	-	-	-	4	100%
Angustia	-	-	3	100%	-	-	-
Ira	-	-	-	-	3	-	-
Impotencia	-	-	-	-	3	-	-

Análisis: Se puede observar que el 56.3% de los pacientes renales sufren alteraciones psicológicas tales como ambivalencia emocional, labilidad afectiva, y desequilibrio emocional en la Etapa I, el 20% sentimientos inadecuados, angustia, ira, e impotencia en las Etapas II, III, mientras que un 23.33 padecen insomnio e hiporexia en la Etapa IV y V.

4.1.7 Análisis de las Alteraciones Psicológicas frecuentes en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato en el periodo Septiembre 2011 – Enero 2012.

Gráfico N° 60

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

La Ambivalencia Afectiva se caracteriza porque en el paciente se dá un conflicto emocional, que se relaciona con los polos, amor-odio, placer- displacer, que obtuvo un 5% y corresponde a la I Etapa de la enfermedad renal crónica.

Gráfico N° 61

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

La Labilidad Emocional se caracteriza por ser un estado emotivo en donde ocurre alteración del control consciente de las reacciones emotivas, se dan cambios de humor (sin motivo), que obtuvo un 2% y corresponde a la Etapa I en la IRC.

Gráfico N° 62

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

Los Sentimientos Inadecuados se caracterizan por los pensamientos ilógicos y pensamientos inadecuados que obtuvo un 3% y corresponde a la Etapa II en la enfermedad renal.

Gráfico N° 63

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

El Desequilibrio Emocional se caracteriza por las emociones negativas, impulsos emocionales, incapacidad de razonar, cambios de estado de ánimo, que obtuvo un 4% y corresponde a la Etapa I de la IRC.

Gráfico N° 64

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

El Insomnio es la incapacidad para conciliar el sueño y puede ser inicial, medio o terminal, y se obtuvo un 3% que corresponde a las etapas IV y V, en la IRC.

Gráfico N° 65

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

La Hiporexia se caracteriza por la mengua del hambre, y se obtuvo un 4%, y corresponde a la Etapa IV y V.

Gráfico N° 66

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

La angustia se caracteriza por una gran activación emocional, miedo, aprehensión, y se obtuvo un 3% y corresponde a la Etapa II.

Gráfico N° 67

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

La Ira se caracteriza por el enojo, resentimiento, furia, irritabilidad, y se obtuvo un 3% y corresponde a la Etapa III.

Gráfico N° 68

Diseño: Jerez 2011-2012

INTERPRETACION

La impotencia se caracteriza por un dolor emocional, resulta de no poder remediar una situación o circunstancia, falta de poder para hacer algo, y se obtuvo un 3% lo que tiene que ver con la etapa III.

4.2 Verificación de hipótesis

Hipótesis

LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS SON FRECUENTES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO.

Verificación

Se demostró la hipótesis mediante los resultados de la historia clínica, el cuestionario SF 36 sobre la calidad de vida del paciente y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión.

Una vez revisados los instrumentos y realizando la calificación respectiva se demostrar que:

1. Se obtuvo total predisposición por parte de los pacientes renales, por lo cual se evidencio en la muestra la presencia de ambivalencia afectiva en un 33%, sentimientos de inseguridad 30%, descontrol emocional 20%, lo que demuestra que en el enfermo renal existen evidentes alteraciones psicológicas como consecuencia de su enfermedad, pudiendo provocar además alteraciones en el sueño y en su alimentación producto de su tratamiento el mismo que es en sí agotador.
2. Se pudo apreciar que del total de pacientes renales en investigación, el rango de edad fluctúa entre los 18 y > 91 años, se localizo que la mayor concentración está entre los 31 a 50 años siendo esto el 40% de la muestra, seguido así en edades de 51 a 27 con el 33%, el 20% entre los 18

y 30 años, 7% entre 71 a 90 y el 3% restante > 91 años de edad con un promedio de 50.43 y una desviación estándar de 18,62 , en relación con el estado civil se encuentra que el 67% de pacientes renales son casados, solteros con un 20%, unión libre con un 7%, viudos con 7%, en cuanto a la instrucción un 43% culminaron estudios secundarios, un 37% estudios primarios, y 20% superior, en lo que se refiere a ocupación un 47% manifestaron que trabajan, el 47% que no trabajaban, y el 7% refirieron que estudian.

3. Esta investigación fue sustentada por El Cuestionario SF 36 sobre el estado de salud (Short Form, SF 36), se halló que dentro de los 30 pacientes encuestados, en lo que se refiere al funcionamiento físico un 43% manifiestan que su estado de salud es bueno mientras que un 33% refieren que es malo, dentro del rol físico los pacientes expresaron que 93% tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo, un 93% hicieron menos de lo que hubieran querido hacer, el 80% tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo, el 93% tuvo dificultad para hacer su trabajo, en cuanto a su estado emocional, el 80% manifestaron que tuvieron que reducir el tiempo dedicado al trabajo por un problema emocional, un 97% expresaron que de una u otra manera su salud física y emocional a interferido en sus actividades sociales, un 93% alude que han experimentado algún tipo de dolor en las 4 últimas semanas, un 93% indican que ese dolor a interferido en sus actividades cotidianas.

En lo que se refiere a la vitalidad del paciente renal los datos arrojan que un 67% solo algunas veces se sienten calmados y tranquilos, 70% solo algunas veces tuvo mucha energía, 93% se sintió muchas veces agotado, y cansados el 60% se sintió algunas veces.

En cuanto a la salud mental un 87% refiere haberse sentido nervioso algunas veces, 67% bajos de moral muchas veces, 66% afirmaron sentirse

desanimados y tristes muchas veces, y un 74% aseveraron haberse sentido feliz algunas veces durante las cuatro últimas semanas.

Dentro del funcionamiento social un 94% de los pacientes acotó que su salud tanto física como emocional ha dificultado sus actividades sociales.

Acerca de lo que piensan acerca de su salud como consecuencia de su enfermedad un 70% cree que es verdad que se ponen más fácilmente enfermos a diferencia de otras personas, 80% piensan que es falso que están sanos como cualquiera, y un 80% afirman no saber si su enfermedad va empeorar.

4. En cuanto a la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión los resultados arrojaron que el 80% de los pacientes renales presentan depresión mientras que el 20% presentan ansiedad, existiendo en un 73% en los que se presentaron las dos patologías.

De lo anteriormente expuesto me permito afirmar que un 80% los pacientes con IRC del Hospital IESS de la ciudad de Ambato, presentaron algún tipo de alteración psicológica evidenciando así que todos los pacientes con IRC en su totalidad experimentan algún tipo de alteración producto de su enfermedad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

Al final del trabajo investigativo se puede concluir lo siguiente:

1. Como síntomas o consecuencias de la Insuficiencia Renal Crónica son las alteraciones psicológicas, confirmándose así que tanto de otras investigaciones como de este trabajo, donde lo mencionado anteriormente originan alteraciones psicológicas, manifestándose estas en manifestaciones físicas lo cual puede alterar el proceso del tratamiento.
2. Después de la entrevista a los pacientes renales y la aplicación de datos para la Historia Clínica, se obtiene como relevante la presencia de distintos signos y síntomas como es la irritabilidad, evasión, cansancio, nerviosismo y ansiedad en un 40%, Hiporexia 50%, ambivalencia afectiva 33%, sentimientos de inseguridad en un 30%, insomnio en un 27%, y descontrol emocional en un 20%, (Jerez 2011-2012).
3. Se pudo observar después de la aplicación del Cuestionario SF-36 que al 93% de los pacientes investigados su estado tanto físico como emocional les ha afectado en sus actividades cotidianas, al 97% les ha dificultado en sus actividades sociales, el 93% tiene algún tipo de dolor el cual les dificulta para trabajar con normalidad.
4. En la Escala de Depresión y Ansiedad el 80% de los pacientes con IRC padecen de depresión y un 20% ansiedad, mientras que en un 73% padecen las dos patologías.
5. En el trabajo investigado se identifico que la muestra presenta alteraciones psicológicas, afectando en parte el tratamiento, ya que muchas veces las alteraciones psicológicas impiden que el paciente asimile favorablemente su diálisis provocando consecuencias futuras.

5.2 Recomendaciones

1. Conocer y tomar en cuenta los aspectos que conllevan a la aparición de alteraciones psicológicas para su prevención a nivel personal, procurando la estabilidad emocional del paciente, por medio del apoyo familiar.
2. Evitar caer en situaciones que conlleven a una inestabilidad y descontrol con el fin de prevenir efectos que contribuyan a la aparición de alteraciones psicológicas.
3. Evaluar cuantos recursos psicológicos posee el paciente renal para hacerle frente a la amenaza, daño o desafío ante los supuestos de la enfermedad; esto posibilita elaborar estrategias para el afrontamiento y lograr de esa manera una mejor adaptación a la situación estresante que experimenta.
4. Realizar un abordaje integral a los pacientes con IRC que incluye tanto la atención de las necesidades físicas como de las psicológicas por parte de un equipo multidisciplinario y de esta manera proporcionarles herramientas para prevenir sintomatologías estresantes que afecten su funcionalidad.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

6.1.1 Tema:

Creación de un grupo terapéutico establecido en la aplicación del Modelo Cognitivo Conductual basado en procedimientos de intervención, siendo los mismos favorables para el tratamiento del estrés, ansiedad, angustia, depresión y en el manejo del afrontamiento que se tiene al vivir con una enfermedad que invade de manera violenta la calidad de vida del paciente así como de su entorno familiar, social, afectivo, económico de pacientes ERC del Servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

6.1.2 Institución ejecutora:

Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

6.1.3 Beneficiarios:

Directos: Pacientes con IRC del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

Indirectos: Familiares pacientes, externos y otros.

6.1.4 Ubicación:

Auditorio del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución:

6 meses (Grupo permanente)

6.1.6 Equipo técnico responsable:

- Dra. Evelyn Salame, Psiquiatra de la Institución.

-Dr. Willian Robles, Jefe del Servicio de Nefrología.

- Egda. Cristina Jerez, Psicología Clínica.

- 2 Pasantes de Psicología Clínica.

6.2 Antecedentes de la propuesta

Los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 a.c. al 180 d.c.) y la filosofía religiosa oriental budista y taoísta.

La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud.

Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad.

Para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio.

Estas consideraciones fueron defendidas en la ética estoica griega (Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón).

Quizás fue Epicteto quién más desarrolló la idea de cómo se producían las pasiones y de cómo se podían dominar.

En su obra "Enchiridion" afirma que los hombres se perturban más por la visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos.

Por lo tanto, opiniones más correctas podían reemplazar a las más incorrectas y producir así un cambio emocional (básicamente la misma idea que reproduce A. Ellis veintiún siglos después).

El budismo afirma que la realidad es construida por el pensamiento, por los juicios valorativos, que pueden ser pasionales y generar sufrimiento.

Podemos seguir rastreando el curso filosófico de concepciones que resaltaban el aspecto de la organización cognitiva de la experiencia humana, y el papel de la cognición en la emoción y conducta.

Así, en los empiristas ingleses del siglo XVII (Hume, Locke, F.Bacon) se resaltan nociones como que las emociones derivan de las asociaciones de ideas, y que para lograr un nuevo conocimiento hay que librarse de los prejuicios, es decir de conceptos erróneos preestablecidos.

En los siglos XVIII y XIX dentro de la corriente idealista alemana, autores que resaltan el papel de la cognición (significados, pensamientos...) son principalmente Kant (1724-1804) y Vaihinger (1853-1933).

Kant en su "Crítica de la razón pura" (1781) describe la naturaleza del conocimiento no como mero derivado de una capacidad innata humana (idea defendida por los racionalistas como Descartes), ni como simple producto de las asociaciones sensoriales (como defendían los empiristas ingleses).

Él reúne los dos aspectos anteriores en una nueva síntesis que intenta resolver los problemas creados a la explicación de la génesis del conocimiento.

Él argumenta que el conocimiento, por lo tanto los significados personales de la experiencia humana, son construidos por la mente humana.

Según Walsh (1968), Kant introduce el concepto de esquema cognitivo: una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia. Incluso el filósofo alemán, llega a describir la enfermedad mental como el resultado de no adecuar el "sentido privado", de los significados racionales compartidos socialmente.

Sin embargo será el neokantiano H. Vaihinger quien más desarrolle la idea de la realidad construida por los esquemas.

Para este autor la conducta está guiada por metas y guiones ficticios (construcciones simbólicas personales), que tienen por finalidad asegurar la vida humana.

Todas estas ideas tendrán una influencia decisiva sobre Alfred Adler, y a través de este sobre la futura y posterior psicoterapia cognitiva.

Ya en el siglo XX la corriente fenomenológica (Husserl) y la existencial (Heidegger) destacaran el papel de la experiencia subjetiva en el conocimiento y la existencia, resaltando el papel de la conciencia y los actos conscientes.

Por otro lado B. Russell (1873-1971) destaca en su obra "la conquista de la felicidad" (1930) el papel jugado por las creencias adquiridas en la primera infancia que se hacen inconscientes y a veces perturban a las personas en su vida más adulta como exigencias irracionales, y como pueden ser sustituidas por creencias más racionales ayudando así al individuo a alcanzar sus metas (este autor ha tenido una influencia poderosa sobre el psicólogo A. Ellis).

No hay que olvidar al filósofo español Ortega y Gasset (1883-1955) que en su obra "Ideas y creencias" (1940) y otras, desarrolla el tema del hombre como

instalado en ideas y creencias en unas circunstancias históricas, desarrollando a través de ellas una perspectiva personal de sus circunstancias y viéndose esa perspectiva a su vez afectada por esas circunstancias.

Desde el ámbito de la lingüística, a finales de los años sesenta, Noam Chomsky le da un giro radical a la lingüística dominada en su época por planteamientos conductistas de estímulo-respuesta.

Desde su planteamiento de la gramática generativa-transformativa desarrolla la idea de que el lenguaje humano posee un potencial creativo que le permite a partir de unos elementos lingüísticos finitos el producir y entender un número prácticamente ilimitado de oraciones. Según Chomsky los humanos poseen un sistema innato de reglas del lenguaje, los universales lingüísticos, que conforman la estructura profunda del lenguaje, y que mediante una serie de transformaciones producen la estructura superficial del lenguaje, es decir las oraciones.

Este autor considera la lingüística como una parte de la psicología cognitiva (Chomsky, 1956,1957 y 1965).

Otro campo filosófico con repercusiones interesantes para la psicoterapia cognitiva es el de la filosofía de la ciencia.

Esta disciplina se interesa por los fundamentos del conocimiento científico.

Autores como Kuhn (1962), K. Popper (1959), Lakatos (1970) y Maturana y Varela (1980) plantean que toda investigación científica implica supuestos y expectativas, como sesgos atencionales, muchas veces tácitos (inconscientes o no formulados) que guían la investigación y hasta el ámbito o rango interpretativo de las teorías. También se plantea que la objetividad está lejos de ser algo real, ya que el conocimiento no progresa por la acumulación de datos sensoriales sino por el desarrollo y selección de paradigmas más explicativos.

En el fondo hay un cuestionamiento radical de que el conocimiento progrese fundamentalmente por la teoría.

Todo ello lleva a una epistemología relativista y probabilística anti-absolutista de corte netamente cognitivo.

Esta línea filosófica ha tenido una fuerte influencia sobre la corriente constructivista de la psicoterapia cognitiva.

Por lo que se pudo constatar los pacientes diagnosticados con IRC, sufren de alteraciones psicológicas frecuentes como es la ansiedad depresión, insomnio, hiporexia, entre otras ya que es una enfermedad con la que tienen que aprender a convivir por el resto de su existencia, y además acoplarse a su nuevo estilo de vida y a los cuidados que con esta requiere.

El enfoque Cognitivo Conductual propuesto es una intervención indispensable para disminuir las preocupaciones, miedos, tensiones, cambios afectivos los cuales pueden provocar las distintas alteraciones psicológicas, esto a través de información detallada, técnicas de afrontamiento, técnicas de relajación, visualización entre otras.

6.3 Justificación

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

El modelo a aplicar es la Terapia Cognitiva Conductual, es una de las tácticas de intervención que más ha demostrado su eficacia en el manejo de los efectos psicológicos que produce una enfermedad crónica ya que es una terapia centrada en crear habilidades en el momento de enfrentarse y manejar situaciones problema para así modificar la forma de abordarlas y mejorar su afrontamiento ya que no se puede cambiar el destino del paciente crónico.

La Terapia Cognitiva Conductual engloba un diverso número de prácticas educativas de tipo teórico y práctico que se aplican a los pacientes con IRC, centradas en modificar creencias irracionales y emociones inadecuadas, por otras que sirvan como herramientas para el acople adecuado de esta patología renal, pretendiendo que con el uso de esta terapia poder intervenir un nivel secundario de atención, prevenir la presencia de sintomatologías que pongan en riesgo la salud del paciente así como disminuir el impacto que tiene esta enfermedad en la calidad de vida del paciente y de su familia con el uso de las técnicas de afrontamiento entre otras.

La técnica es aplicable por la sintomatología psicológica que presenta el paciente con ERC beneficiando al enfermo renal y de manera indirecta a su familia, debido a que esta técnica puede ser aplicable en distintas sesiones las mismas que se subdividen por clases.

6.4 Objetivos

6.4.1 General

- Aplicar el “Modelo Cognitivo Conductual”, a pacientes con IRC del servicio de Nefrología del Hospital IESS de la ciudad de Ambato.

6.4.2 Específicos

- Educar a los pacientes renales con el fin de que tengan un conocimiento adecuado sobre el desarrollo de la patología renal.
- Modificar las creencias irracionales por racionales eliminando del plano concienical del paciente renal el miedo al tratamiento y el temor al dolor.
- Reducir síntomas psicológicos como es la ansiedad, depresión dolores físicos, bajar tensiones, mejorar funciones neurovegetativas y psíquicas.

6.5 Fundamentación Teórica

6.5.1 Introducción

ORÍGENES PSICOLÓGICOS

A. Psicoanálisis:

El concepto de terapia cognitiva tiene su origen dentro de la práctica clínica del psicoanálisis.

En 1926 el alemán Lungwitz crea este término para designar una forma de terapia psicoanalítica renovada, muy parecida a la actual psicoterapia cognitiva de Beck.

Otros autores que desde el psicoanálisis han ejercido una influencia sobre la psicoterapia cognitiva han sido: Freud en su obra "El Yo y el Ello" (1923) describe dos modos de funcionamiento mental, el "Proceso primario" que concierne al funcionamiento mental inconsciente, guiado por el principio del placer, y que concierne a los mecanismos de condensación y desplazamiento, y el "Proceso secundario" de naturaleza pre-consciente y consciente, y que concierne a las funciones denominadas tradicionalmente como cognitivas (pensamiento, memoria, etc), y que son guiadas por el principio de realidad.

Para él, el segundo modo de funcionamiento deriva del primero, al imponer la realidad exterior restricciones a la consecución de los deseos.

La psicoterapia cognitiva retomará Freud la cuestión de que al margen de los procesos conscientes, racionales y reflexivos existen otros procesos más inconscientes, más emocionales y menos racionales que muchas veces operan al margen de los anteriores.

Siguiendo la tradición psicoanalítica, los autores que más han influido en la corriente cognitiva han sido los provenientes del "neopsicoanálisis o psicoanálisis cultural, sobre todo K. Horney y Sullivan.

La psicoanalista K. Horney habla de la "Tiranía de los deberías" o exigencias culturales y familiares internalizadas en las estructuras superyoicas, que juegan un papel relevante en las neurosis (A. Ellis retoma de Horney este punto al hablar de "Creencias Irracionales").

Para Horney (1950), esas exigencias tendrán un carácter defensivo ante la angustia básica generada por un conflicto entre los deseos inconscientes insatisfechos del niño y el temor a ser rechazado y abandonado.

Esos "Deberías" tendrían como función encaminar los esfuerzos del individuo a lograr una seguridad (neurótica, falsa) a costa de sus deseos.

Sullivan (1953) desarrolla el concepto de "distorsión paratáxica" como un patrón interpersonal de relación con otros, que engloba pensamientos y emociones inadecuadas, derivadas de experiencias tempranas disfuncionales con los progenitores y otras figuras relevantes.

Más cercano a los años sesenta, otra línea minoritaria dentro del psicoanálisis norteamericano, el "psicoanálisis cognitivo", enfatiza la existencia de procesos y esquemas cognitivos inconscientes formados en las etapas tempranas de la vida y que al ser "activados" generan psicopatología.

Incluso se habla del "inconsciente" como una estructura de significados al margen de la conciencia, concediendo menos importancia a motivaciones

3. La conducta es el resultado de nuestras percepciones subjetivas.
4. La psicología adleriana es una psicología cognitiva: relevancia de los significados, propósitos, creencias y metas personales.
5. La persona es un organismo unificado cuya experiencia y conducta está organizada por metas. Se propone el "holismo" como expresión de que toda conducta está interrelacionada entre sí (de aquí el término de psicología "individual" del latín "individuum": individual e indivisible).
6. Las metas de la conducta proporcionan su significado.
7. La psicopatología supone un modo asocial, inconsciente y egocéntrico de perseguir las metas personales.

En su obra, Adler (1924, 1927, 1933) emplea términos como "opinión", "idea de ficción" y "esquema a-perceptivo", para referirse a creencias inconscientes aprendidas en la época infantil en una determinada atmósfera familiar, que son constituidas en las etapas pre-verbales del desarrollo y que junto a las "opiniones secundarias" (creencias adquiridas en la etapa de socialización y verbal del desarrollo) guían la conducta de todo individuo.

Cuando las "opiniones primarias" (esquemas A-perceptivos) no son moduladas por adecuadas opiniones secundarias en el proceso de socialización, debido a fallos en la crianza y relación con los adultos, el individuo se ve evocado a imponer y perseguir sus metas inconscientes de modo rígido y asocial, produciendo psicopatología.

Esta concepción general fué recogida treinta años después por el neopsicoanálisis, G. Kelly, A. Ellis y A. Beck.

Incluso algunos teóricos contemporáneos han hablado de que la psicoterapia cognitiva constituye una reactualización de los planteamientos adlerianos (p.e Titze, 1979; Shulman, 1985 y Ford y Urban, 1964).

C. Fenomenología y Logoterapia:

El filósofo y fundador de la fenomenología, Husserl define el objeto de estudio de la misma como el estudio de los fenómenos, entendiendo como tales a las experiencias de la conciencia.

El mundo exterior es representado en la conciencia.

Esas representaciones subjetivas son el objeto de estudio del fenomenólogo. K. Jaspers (1913) introduce en psicopatología y psiquiatría el método Fenomenológico que permite, según este autor, la descripción de las vivencias subjetivas anómalas del enfermo psíquico.

De esta manera un aspecto relevante de la cognición, la corriente de fenómenos vivenciales de la conciencia pasan a ser el objetivo descriptivo fundamental de esta corriente de pensamientos.

En psicoterapia, los fenomenólogos empleaban el método existencial.

Un concepto central utilizado en esta psicoterapia es el de "Estructura fundamental del significado" introducido por L.Binswanger (1945) para referirse a la tendencia humana a percibir significados en los hechos y trascenderlos.

En esta línea, V. Frankl (1950) desarrolla la logoterapia, forma en que la persona revisa su historia personal y el sentido dado a su existencia a través del desarrollo de determinados valores existenciales (creativos o

realizaciones personales, experienciales o encuentros con eventos relevantes y actitudinales o afrontamiento de hechos inmodificables).

La misión del terapeuta en la logoterapia será que el paciente reconstruya sus significados a través del proceso de toma de decisiones personales.

En la década de los años cincuenta, en Europa, tenemos así a un numeroso grupo de filósofos, psicólogos y psiquiatras interesados por aspectos cognitivos, como los fenómenos de conciencia, los valores y los significados.

D. Psicología soviética:

En la Europa oriental, siguiendo la tradición pauloviana de estudiar las bases neurobiológicas del funcionamiento psíquico, diversos investigadores y teóricos de las ciencias sociales y biológicas estudian la génesis de las funciones psíquicas superiores o cognitivas.

Entre ellos destacan el neuro-psicólogo Luria, que ya por los años treinta, creó esta ciencia (la neuropsicología) y que en los años sesenta la desarrolló gracias a la influencia teórica del psicólogo Vigostki.

Las bases de la neuro-psicología (Luria, 1962, 1973) son:

1. Las funciones psíquicas superiores (cognitivas) se desarrollan a partir del contexto social.
2. El lenguaje proveniente del medio social permite conectar sectores funcionales del cerebro previamente independientes y que con su integración generan sistemas funcionales nuevos.

3. Relevancia de las conexiones entre la corteza cerebral y el sistema límbico en los procesos emocionales y cognitivos.

E. Psicología del aprendizaje y terapia de conducta:

A partir de los años sesenta en el campo de la modificación de conducta, tanto en su vertiente teórica tradicional (psicología del aprendizaje) como en su vertiente práctica clínica (terapia de conducta), van apareciendo de modo progresivo una serie de objeciones a las limitaciones del paradigma conductista tradicional:

1. Limitaciones de los modelos de aprendizaje basados en la contigüidad temporal de las contingencias estímulo-estímulo y respuesta-estímulo, para explicar la adquisición y mantenimiento de la conducta humana: (Rescorla, 1968; Mackintosh, 1974 y Bolles, 1975).
- Fenómeno de resistencia a la extinción: Estímulos condicionados repetitivos, sin que aparezca el estímulo incondicionado siguen produciendo respuestas condicionadas de ansiedad.
 - Fenómeno de la disociación de respuesta: Esta es una crítica al famoso modelo de los dos factores de Mowrer (1951) que relacionaba la intensidad de la respuesta condicionada de ansiedad con la respuesta motora de evitación.
 - Se encontraron casos donde la reducción de la respuesta condicionada de ansiedad no produjo la esperada reducción de la respuesta de evitación.
 - Datos similares a los anteriores llevaron a proponer modelos teóricos alternativos de tipo cognitivo: el aprendizaje como cuestión de predicción de estímulos en el caso del

condicionamiento clásico y de atribución de controlabilidad o expectativa de auto-eficacia en el caso del condicionamiento operante.

2. Limitaciones biológicas y diferencias de especie en cuanto a la generabilidad de las leyes del aprendizaje establecidas por el conductismo:
 - Existencia de una preparación biológica en determinadas especies para adquirir determinados miedos y no otros. (Seligman, 1971).
 - Diferencias en la capacidad, tipo y fenómenos de aprendizaje según diferencias individuales de personalidad. (Eysenck, 1960 y Gray, 1964).
 - Existencia de conductas no aprendidas, propias de la especie (K. Lorenz, Herrnstein).
3. Limitaciones o sesgos de los procesos cognitivos sobre el aprendizaje: Por ejemplo (Mahoney, 1974).
 - El fenómeno de condicionamiento semántico: Estímulos no asociados originalmente al estímulo incondicionado, pero relacionados simbólicamente con el estímulo condicionado producen respuestas condicionadas de alta intensidad (p.e E.C = Vaca, E.I = Shock, R.C = Ansiedad electrodermal nuevo E. = Buey).
 - Aprendizaje por modelado (Bandura, 1976): A través de la observación perceptual o información verbal se pueden adquirir nuevas conductas sin esfuerzo directo.

4. Limitaciones clínicas de la terapia de conducta tradicional (Lazarus, 1971):

- 4.1. Insuficiencia de los métodos de condicionamiento para modificar trastornos cognitivos.
- La terapia trata con frecuencia de corregir conceptos erróneos de los pacientes, y la metodología operante ha prestado insuficientes estrategias para abordar este problema.
- Uso forzado y reduccionista de los procesos superiores a términos de estímulo-respuestas- consecuencias.

F. Teoría de la personalidad de G. Kelly.

Se puede considerar a G. Kelly como un teórico y clínico muy adelantado a su época.

Cuando en los años 50 y 60 las teorías predominantes en el terreno de la personalidad era la "teoría de los rasgos" o la "teoría del aprendizaje", este autor, prácticamente en una posición marginal de la psicología, generó una teoría cognitiva del funcionamiento personal.

En sus obras "La Teoría de los constructos personales" (1955) y "Teoría de la personalidad" (1966), expone que los humanos miran al mundo y a ellos mismos, a través de pautas o categorías cognitivas, "los constructos personales".

Estos constructos se utilizan para categorizar los acontecimientos y representan la forma personal de interpretar y actuar en el mundo. La terapia consiste en una revisión de los constructos empleados por el

paciente que se han convertido en disfuncionales y en ayudarle a formular nuevos constructos más funcionales.

G. Psicología cognitiva:

La psicología cognitiva, contrariamente a lo que comúnmente se suele creer no se originó en la década de los años sesenta, sino mucho antes como disciplina de la psicología experimental y de la psicología evolutiva.

En la tradición experimentalista destaca, especialmente, el inglés F.C.

Bartlett.

En su obra "Recordando" de 1932, desarrolla una explicación constructivista de la memoria, concepción que se anticipó casi cuarenta años a las teorías de los esquemas cognitivos actuales.

Las investigaciones de Bartlett le llevaron a que rechazara el concepto de memoria como depósito o "almacén" y subrayara el concepto de memoria como "construcción".

La construcción implicaba que la memoria utiliza esquemas para observar y clasificar la información, por lo tanto como un proceso activo de reinterpretación.

La sucesiva reorganización de la experiencia en esquemas permite el desarrollo de la memoria y los eventos recordados que son reconstruidos de manera diferente en función de la ampliación de los esquemas.

En la tradición de la psicología evolutiva J. Piaget (1896-1980) dedicó prácticamente toda su obra al estudio del desarrollo cognitivo, sobretodo del pensamiento y la inteligencia.

Para Piaget el individuo va organizando su experiencia y conocimiento en esquemas cognitivos que a través de dos procesos fundamentales (asimilación y acomodación) se va modificando.

El proceso de desarrollo se inicia a partir de esquemas "sensomotrices" donde el conocimiento está ligado a la acción directa, y termina en los esquemas de las "operaciones formales" donde se han logrado niveles de abstracción más desligados de la experiencia inmediata.

En los años sesenta, gracias al influjo de la teoría de la información, la teoría de la comunicación, la teoría general de sistemas y sobretodo el desarrollo de los ordenadores, la psicología en general se hace cognitiva (habría que decir con más exactitud "se reconstruye como cognitiva", si tenemos en cuenta los antecedentes anteriormente expuestos).

Se concibe al ser humano no como un mero reactor a los estímulos ambientales, sino como un constructor activo de su experiencia, un "procesador activo de la información" (Neisser, 1967).

El nuevo modelo teórico cognitivo resultante es el "Procesamiento de información".

Las características generales de este modelo son (Mahoney, 1974).

1. La conducta humana está mediada por el procesamiento de información del sistema cognitivo humano.

2. Se distingue entre procesos (operaciones mentales implicadas en el funcionamiento cognitivo) y estructuras (características permanentes del sistema cognitivo).
3. Se proponen cuatro categorías generales de procesos cognitivos: atención (selectividad asimilativa de los estímulos), codificación (representación simbólica de la información), almacenamiento (retención de la información y recuperación (utilización de la información almacenada)).
4. Se destacan tres estructuras cognitivas: Receptor sensorial (recibe la información interna y externa), una memoria a corto plazo (que ofrece una retención a corto plazo de la información seleccionada) y una memoria a largo plazo (que ofrece una retención permanente de la información).

La Terapia Cognitiva de A. Beck

Sobre 1956, A. Beck trabajaba como clínico e investigador psicoanalista.

Su interés estaba centrado por entonces en reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una "hostilidad vuelta contra sí mismo" en los pacientes depresivos tal como se seguía de las formulaciones freudianas.

Los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis.

Esto le llevó a cuestionarse la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente toda la estructura del psicoanálisis.

Los datos obtenidos apuntaban más bien a que los pacientes depresivos "seleccionaban" focalmente su visión de sus problemas presentándolos como muy negativos.

Esto unido a los largos análisis de los pacientes depresivos con la técnica psicoanalítica habitual, y con escasos resultados para tan alto costo, le hicieron abandonar el campo del psicoanálisis.

Su interés se centró desde entonces en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia.

En 1967 publicó "La depresión" que puede considerarse su primera obra en la que expone su modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia. Varios años después publica "La terapia cognitiva y los trastornos emocionales" (1976) donde extiende su enfoque terapéutico a otros trastornos emocionales.

Pero es su obra "Terapia cognitiva de la depresión" (1979) la que alcanza su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico.

En esta obra no solo expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino también la forma prototípica de estructurar un caso en terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de las técnicas de tratamiento.

La obra referida llega así a convertirse en una especie de manual de terapia cognitiva.

Más actualmente el propio Beck ha desarrollado su modelo a los trastornos por ansiedad (p.e "Desordenes por ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva (C.T) a otros desordenes diversos, como por ejemplo: esquizofrenia (Perris, 1988), obsesión- compulsión (Salkovskis, 1988), trastornos de la personalidad (Freeman, 1988), trastornos alimenticios (McPherson, 1988), trastornos de pareja (Beck, 1988)...etc.

1. PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS

a. Estructura de significado y psicopatología:

La terapia cognitiva (C.T) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976).

El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de ESQUEMA COGNITIVO y en el ámbito clínico el de SUPUESTOS PERSONALES (Beck, 1979).

Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis (1989 y 1990).

Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia.

Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes.

Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

b. Cognición:

Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados.

Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no.

En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar (Beck, 1981):

- UN SISTEMA COGNITIVO MADURO-Hace referencia al proceso de información real.
- Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de contratación de hipótesis o verificación.
- UN SISTEMA COGNITIVO PRIMITIVO-Hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el epígrafe de supuestos personales. Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "Egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo.

c. Distorsión cognitiva y pensamientos automáticos:

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos.

Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

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

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

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados (p.e Mckay, 1981).

Lo esencial es destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados.

Sólo la organización cognitiva es ideosincrática y personal a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y Supuestos personales.

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los Supuestos personales.

Las características generales de los pensamientos automáticos son (Mckay, 1981):

1. Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
2. Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
3. Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
4. Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
5. Suelen conllevar una VISIÓN DE TÚNEL.
6. Tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:
 - Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.
 - Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.
 - La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros...etc.

Una representación gráfica del modelo podría quedar de la siguiente manera:

FACTORES BIOLÓGICOS

HISTORIA DE APRENDIZAJE Y ESTRUCTURA DE SIGNIFICADOS

Sistema Primitivo (Supuestos personales)

Sistema evolucionado o maduro

EVENTOS ACTUALES ACTIVADORES DE LA ESTRUCTURA DE SIGNIFICADO

DISTORSIONES COGNITIVAS

CÍRCULOS VICIOSOS INTERACTIVOS

Pensamiento-Afecto-Conducta

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981).

Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

1. El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal?", "¿Qué significó para ti el que sucediera x?".
2. Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos.

3. Tipos comunes (p.e "creer que debe tener apoyo permanente para afrontar las situaciones", "aplicar el rechazo a situaciones personales", etc.); (2) En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (p.e. "sobregeneralización", "polarización", etc.); y (3) En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.
4. Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en Significados personales o Esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

Beck, 1979, el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos- afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los Supuestos Personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (p.e empleados en palabras "clave" o expresiones del paciente), como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o "felices" del paciente (donde se suele confirmar el reverso del Supuesto Personal).

3. APLICACIONES PRÁCTICAS

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje.

El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales.

La meta inmediata, denominada en la C.T "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas).

La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían VULNERABLE al sujeto.

Los pasos anteriores tienen su puesta en práctica en distintos aspectos:

a. La relación terapéutica:

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas.

El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar él como el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia). (Beck, 1979).

Un punto importante es que lo que sucede en la relación entre terapeuta y paciente es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Así los fenómenos de "Resistencia", "Transferencia" y "Contratransferencia" serían resultado de las distorsiones cognitivas y Supuestos personales y de otros factores (p.e falta de acuerdo sobre las metas de la terapia, imposibilidad de proveer racionalidad en el tipo de cuestionamiento..etc) (Beck, 1979).

b. Estrategias de tratamiento:

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.

Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales.

Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a una área problema seleccionada.

c. Técnicas de tratamiento:

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

- Finalidad de las técnicas cognitivas: Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez.

- Finalidad de las técnicas conductuales:

Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Conviene señalar que la C.T, en principio, es " ecléctica " en cuanto a las técnicas empleadas.

Lo relevante es revisar y contrastar la validez, a modo de hipótesis, de las distorsiones y supuestos personales, EL PROCESO que conlleva tal revisión.

TÉCNICAS COGNITIVAS:

1. DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos.

Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento.

También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante role-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos.

La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autoregistros como tarea entre sesiones.

2. CLASIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS:

A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

3. BÚSQUEDA DE EVIDENCIA PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

Puede hacerse de diferentes maneras: (1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.

(2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.

(3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente.

(4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado).

Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

4. CONCRETIZAR LAS HIPÓTESIS:

Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación.

Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

5. REATRIBUCIÓN:

El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa.

Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

6. DESCENTRAMIENTO:

El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz.

Mediante recogida de información proveniente de otros (p.e diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

7. DESCATASTROFIZACIÓN:

El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad.

El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

8. USO DE IMÁGENES:

El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades.

Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

9. MANEJO DE SUPUESTOS PERSONALES:

(1) Uso de preguntas:

Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda.

Preguntar por la evidencia para mantenerla.

(2) Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.

(3) Diseñar un experimento para comprobar la validez de la
asunción.

POR EJEMPLO:

1. COMPRENSIÓN DE SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

"¿Qué quiere decir con...?"

"¿Por qué razón piensa o cree eso?"

"¿Por qué es tan importante eso que piensa para ud.?"

2. CUESTIONAMIENTO DE EVIDENCIAS:

"¿Qué pruebas tiene para creer eso?"

3. REATRIBUCIÓN:

"¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?"

"¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera..?"

4. EXAMEN DE OPCIONES ALTERNATIVAS DE INTERPRETACIÓN:

"¿Puede haber explicaciones distintas para ese suceso, otras formas de verlo?"

"¿Son posibles otras interpretaciones?"

"¿Qué otras cosas pensó ante ese suceso?. Veamos las evidencias para cada interpretación y sus consecuencias."

5. EXAMEN DE CONSECUENCIAS ANTICIPADAS:

"¿A qué le lleva pensar eso?"

"¿Le es de alguna utilidad?"

6. COMPROBAR LOS EFECTOS:

"Si ocurriera lo que teme, ¿sería tan horrible?"

"¿Se podría hacer algo si ocurriese?"

7. EXAMEN DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS:

"¿Qué ventajas tiene mantener ese pensamiento, y qué desventajas?"

8. ESCALAR UN PROBLEMA:

"¿Podríamos acercarnos gradualmente a ese problema?"

Hacer jerarquías

9. CAMBIO DE IMÁGENES:

OTRAS ESTRATEGIAS COGNITIVAS CONDUCTUALES DE INTERVENCIÓN:

La terapia Cognitivo Conductual es una de las estrategias de intervención que más ha demostrado su eficacia en el manejo de los efectos psicológicos que produce una enfermedad crónica ya que es una terapia centrada en crear habilidades en el momento de enfrentarse y manejar situaciones problema para así modificar la forma de abordarlas y mejorar su afrontamiento ya que no se puede cambiar el destino del paciente crónico.

Lo que se pretende es que con el uso de esta terapia se pueda intervenir un nivel secundario de atención, prevenir la presencia de sintomatología que pongan en riesgo la salud del paciente así como disminuir el impacto que tiene esta enfermedad en la calidad de vida del paciente y de su familia con el uso de las técnicas de afrontamiento.

A continuación se describen los procedimientos de aplicación de las estrategias cognitivo conductuales en el manejo de las manifestaciones físicas y emocionales de la insuficiencia renal crónica que alteran el bienestar del paciente.

LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTRATEGIAS COGNITIVO CONDUCTUALES

- | | |
|---|---|
| 1. Dolor | 1. Relajación con visualización |
| 2. Depresión | 1. Psicoterapia 2. Afrontamiento |
| 3. Duelo | 1. Psicoterapia |
| 4. Angustia | 1. Relajación progresiva de Jacobson. 2. Relajación con visualización |
| 5. Manejo estresante de la enfermedad crónica | 1. Afrontamiento |
| 6. Efectos de deterioro familiar | 1. Psicoterapia y Afrontamiento |

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

Jacobson, encontró que la forma en que un sujeto podría encontrarse en un estado de relajación profunda, era mediante la tensión y relajación de los músculos, el efecto relajante en el que se basa la técnica de Jacobson, es una de las técnicas más eficaces, y sencillas, que interviene en el control de diversas patologías como: estrés, ansiedad, y coadyuvantes para la depresión.

Por su parte Joseph Cautela da una serie de ejercicios para ir relajando cada grupo muscular tensionando y relajando cada parte del cuerpo hasta aprender a discriminar entre los músculos que están tensos y los que están relajados, relajar todos los músculos sin tensarlos y dominar los ejercicios de relajación así como aprender la técnica para relajarse antes durante y posterior a una situación o evento estresante.

Cuando una persona esta angustiada, tensa o ansiosa tiende a tensar grupos musculares de su cuerpo, si aprendiera a identificar y relajar estos músculos podría manejar positivamente las situaciones de estrés y ansiedad.

La técnica de relajación de Joseph Cautela da a las personas una técnica de autocontrol personal a los diversos individuos con dicha técnica pueden manejar la tensión antes durante y después de un evento estresante.

Joseph R. Cautela y June Groden (1988) en su libro describen el método de relajación progresiva de de Jacobson para el manejo de ansiedad, en el cual se especifica la posición de cada grupo muscular que se debe tensar por 10 segundos y relajarlo al exhalar de tal manera que la persona aprenda a discriminar lo que es estar relajada y tensa.

Relajación sin tensión.

Esta técnica también es útil sin necesidad de tensar grupos musculares puede por lo tanto enseñar a las personas a relajarse recorriendo todo el cuerpo y relajándolo tanto como se pueda, quizás se pueda hacer tensión en partes del cuerpo que presenten dificultad al relajarlas, después de que el cuerpo se encuentre relajado es aconsejable realizar 5 ejercicios de respiración y mientras se saca el aire pronunciar la palabra “relajación”.

RELAJACIÓN CON VISUALIZACIÓN

Cada vez que se practique la visualización es mejor empezar relajándose.

Se pueden grabar las instrucciones o disponer de alguien que la lea.

Hay que realizar el ejercicio dos veces al día, pero a la misma hora, y de ser posible en el mismo lugar.

Disponer de un tiempo ininterrumpido, tranquilo es una habitación silenciosa con una luz suave y una temperatura agradable.

Vestir ropa cómoda.

Abstenerse de realizar este ejercicio durante la digestión de una comida pesada.

Hay que sentarse en un sillón confortable y seguir las siguientes instrucciones.

Coloque los pies completamente apoyados en el suelo, cierre los ojos y relaje los miembros.

Acomódese hasta que todas las partes de cuerpo estén apoyadas y la tensión disminuya.

Lo mejor es una buena postura que permita mantener recta la columna vertebral.

Hay que empezar centrándose en la cara y apreciando la tensión de los músculos de la cabeza, el cuero cabelludo, la frente, los ojos, la nariz, las mejillas, la boca, la lengua, la mandíbula (pausa).

Haga un cuadro mental de esta tensión.

Puede ser un vendaje metálico alrededor de la cabeza, un poco de carbón ardiendo detrás de los ojos o un tornillo apretando la mandíbula (pausa).

Ahora dibuje mentalmente el símbolo particular de relajamiento de la tensión.

La cinta de metal va a ser una corona de suaves plumas, el carbón ardiendo se torna maravillosamente fresco o el tornillo apretado se afloja (pausa).

Experimente la relajación de los músculos de la cabeza (pausa).

Cuando estén relajados, aprecie como si una ola de cálida relajación se propagase por todo el cuerpo (pausa).

Contraiga los músculos de la cabeza, frunza la frente, el cuero cabelludo, la nariz y las mejillas, apriete los párpados a la vez, abra la boca completamente y saque la lengua.

Mantenga este estado de tensión durante unos siete segundos y después relájese (pausa).

Sienta que la relajación invade su cuerpo (pausa).

Ahora concéntrese en el cuello y los hombros . . .

Ahora concéntrese en los brazos y manos . . .

Ahora concéntrese en la espalda . . .

Ahora concéntrese en la respiración, note la tensión en la parte delantera de torso, el pecho, los pulmones, estómago, intestinos . . .

Ahora concéntrese en las nalgas, muslos, pantorrillas y pies. . .

Ahora haga un repaso rápido al cuerpo por si quedara algo en tensión.

Si la hay imagínese la tensión con su símbolo.

Imagine que relaja el símbolo de tensión y después apriete y relaje el músculo afectado.

Ahora se usará la visualización, para relajar directamente la mente.

Imagínese una escalera mecánica que conduce a un lugar maravillosamente placentero.

Largue mentalmente la mano, cójase de la barandilla y sitúese en el primer peldaño.

A medida que descende, contaremos a la inversa de diez a uno.

Descienda de la escalera mecánica y aprecie el sendero que hay frente a usted.

Sígalo hasta un lugar agradable de su elección en el que se sienta completamente cómodo.

Puede estar en la costa, en las montañas, en su casa, en un museo, o incluso en las nubes.

Puede ser un lugar en el que haya estado, en el que le gustaría estar, o que le gustaría crear al otro lado de las fronteras de la realidad (pausa).

Adórnelo mentalmente con detalles: forma, color, luz, temperatura, sonido, textura, gusto y olor.

Explore este lugar especial (pausa).

Mírese mentalmente las manos y pies y note la ropa que lleva puesta.

Note cómo se siente en este lugar especial, y relájese todavía más (pausa).

Continúe imaginándose a sí mismo relajado en este lugar tan cómodo un poco más (pausa).

Cuando esté listo para regresar de este lugar especial, imagínese volviendo a la escalera mecánica (pausa).

Alargue la mano, cójase de la barandilla y suba. A medida que sube contaremos hasta diez lentamente.

Cuando llegue a diez y vuelva a la realidad, abra los ojos.

VISUALIZACIÓN.

McKay, M., Davis, M. & Fanning, P.; (1988) Capítulo 9: Visualización

La visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, las emociones, y el cuerpo, así como para efectuar cambios deseados en la conducta.

La visualización lleva la relajación un paso más allá en el control del dolor.

Además de reducir la tensión muscular y redirigir la atención fuera del dolor, los ejercicios de visualización pueden reducir realmente el dolor, manipulando imágenes de dolor.

Los ejercicios de visualización actúan directamente sobre los aspectos emocionales y cognitivos de la propia experiencia de dolor,

aprovechándose de la habilidad para entender e interpretar la realidad simbólicamente.

Pueden usarse los ejercicios para transformar el dolor en imágenes visuales que pueden, una vez en la imaginación, ser manipuladas.

Antes de iniciar cualquier ejercicio de visualización es necesario llevar a cabo algún método de relajación y de preferencia el de la relajación anteriormente descrita.

A continuación se presentan los ejercicios de visualización para el control del dolor propuestos por McKay, M., Davis, M. & Fanning, P.; (1988).

EJERCICIOS de Visualización para el control del Dolor

Tamaño y forma.

1. Apreciar cualquier sensación dolorosa que exista en el cuerpo.
2. Dar forma y tamaño al dolor.
3. Incrementar su forma gradualmente hasta que sea tan grande como se pueda imaginar.
4. Hacerlo decrecer lentamente, más y más, hasta que vuelva a su tamaño original.
5. Lentamente, hacerlo enorme una vez más.
6. Esta vez, cuando se haga decrecer gradualmente, dejar que vuelva a su tamaño original y después proseguir disminuyéndolo hasta que desaparezca definitivamente.
7. Apreciar cualquier cambio respecto a.

Luces de colores.

1. Apreciar el dolor que hay en el cuerpo.

2. Imaginar que el área que produce dolor desprende una intensa luz de color rojo.
3. Imaginar que del resto del cuerpo emana una luz blanco azulada fría y relajante.
4. Cambiar la luz roja por la azul blanca y permitir que una fresca ola de relajación tranquilizadora fluya por el área dolorida.
5. Cambiar toda la luz azul blanca por la luz roja y sentir una ola de cálida relajación fluir por el cuerpo.
6. Cambiar la luz roja para la luz azul blanca y dejar que el cuerpo disfrute del estado de relajación fresco y tranquilizador.
7. Notar algún cambio en la intensidad del dolor. la intensidad del dolor.

Color, forma y distancia.

1. Apreciar el dolor que hay en el cuerpo.
2. Dar a este dolor una forma y un color.
3. Cambiar la forma y el color del dolor.
4. Distanciarse mentalmente de esta nueva forma coloreada, hasta que esté fuera de la conciencia.
5. Nótese si hay algún cambio en la intensidad del dolor.

Dolor & símbolos de relajación.

1. Observar el dolor que hay en el cuerpo.
2. Dar un símbolo a este dolor.
3. Dar un símbolo al concepto de relación.
4. Dejar que estos símbolos interactúen de tal forma que se contrarreste el símbolo del dolor.
5. Notar si hay algún cambio en la intensidad del dolor.

Guante de anestesia.

1. Si la persona es diestra, imaginar que la mano izquierda se relaja más y más. Cuando se relaja se va haciendo cada vez más pesada.
 2. Imaginar que la mano se sumerge lentamente en agua fría: las yemas de los dedos, todos los dedos, la palma y finalmente la mano entera. Sentir la mano hacerse cada vez más pesada y relajarse más y más.
 3. A medida que el agua se vaya enfriando más, notar que la mano se va entumeciendo y se siente un hormigueo.
Concentrarse en las sensaciones de frío, hormigueo y entumecimiento al tiempo que se repite mentalmente (frío, hormigueo y entumecimiento), lentamente, una y otra vez.
 4. Pellízquese la mano entumecida con la otra mano.
Sólo se sentirá cierta presión, pero no dolor.
Si hubiera dolor, se debería repetir el procedimiento anterior.
5. Una vez entumecida la mano, desplazar el sentimiento de anestesia a otras partes del cuerpo, colocando la mano anestesiada sobre el área deseada y permitiendo que el sentimiento de anestesia invada esta área.
Sentir la sensación de frío, hormigueo y entumecimiento fluyendo hacia la nueva área y convirtiéndola en pesada, relajada y entumecida.

AFRONTAMIENTO

Palacios (1998) afirma que el afrontamiento ha sido descrito como el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo ambiente que previamente ha evaluado como estresantes y las emociones y cambios psicofisiopatológicos que este proceso implica la selección de patrones conductuales, cognoscitivos y fisiológicos para su atenuación o anulación.

Lo que hace la persona al afrontar su enfermedad es tratar de adaptarse a la nueva situación, desde un punto de vista general se puede hablar de un

conjunto de tareas de adaptación que se ha de plantear en su proceso de afrontamiento, cuyo objetivo es la restauración del equilibrio, readaptación, o consecución de un nuevo equilibrio, cuya pérdida es lo que significa el estrés.

A continuación se describen algunas de las estrategias de afrontamiento (Rodríguez y Frías, 2005):

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DESCRIPCIÓN

Confrontación: Acciones directas dirigidas a la situación.

Distanciamiento Olvidar: Comportarse como si nada hubiese ocurrido.

Autocontrol: Guardar los problemas para sí mismo, manejar emociones.

Búsqueda de apoyo social: Pedir consejo, exponer el problema a un amigo, platicar.

Aceptación de la responsabilidad: Disculparse, criticarse a sí mismo, aceptar la responsabilidad.

Huída evitación: Beber, fumar.

Planificación de solución del problema: Establecer un plan de acción y seguirlo.

Reevaluación positiva: Utilización de frases como “la experiencia enseña”, “hay gente buena”, etc.

Hacerse ilusiones: Soñar, imaginar otras situaciones, desear poder cambiar lo que está ocurriendo.

Auto culpa: Criticarse a sí mismo.

Reducción de la tensión: Tratar de sentirse mejor comiendo, fumando.

6.6 Metodología

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSO	RESPONSABLE	TIEMPO
Logística	Identificar el espacio físico donde se aplicara el modelo.	Preparación del material teórico practico.	Aula Material de oficina. Material bibliográfico.	Investigadora.	Del 1 al 15 de septiembre.
Encuadre	Establecimiento de normas y objetivos.	Reunión con el equipo de trabajo.	Aula. Material de oficina. Material bibliográfico. Humanos.	Investigadora.	Del 16 al 18 de septiembre.
Empatía	Establecimiento y fortalecimiento de la relación terapéutica.	Recolección de información, estudio anamnéstico.	Historia Clínica. Material de Oficina. Humanos (pacientes).	Investigadora.	Del 19 de septiembre al 19 de octubre.
Entrenamiento	Conocimiento y sociabilización del modelo.	Reunión del grupo terapéutico y explicación del modelo terapéutico	Auditorio. Material de oficina. Material bibliográfico. Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 20 al 25 de octubre.

CUADRO N° 62

Diseño: Jerez 2011-2012

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSO	RESPONSABLE	TIEMPO
Aplicación del Modelo Cognitivo Conductual.	Inicio y Dominio de la Técnica	Detección de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticas	Consultorio Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 26 de octubre al 14 noviembre.
Aplicación del modelo Cognitivo Conductual.	Desarrollo de la Técnica.	Búsqueda de evidencia para aprobar validez de pensamientos automáticos.	Auditorio. Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 15 noviembre Al 30 de Noviembre
Otras técnicas cognitivas conductuales	Mayor control de pensamientos de la mente y cuerpo	Relajación con visualización	Auditorio. Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 1 al 5 de Diciembre.
Aplicación del modelo Cognitivo Conductual.	Restauración del equilibrio, readaptación, o consecución de un nuevo equilibrio	Afrontamiento	Auditorio. Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 10 al 15 de Diciembre.
Aplicación del modelo Cognitivo Conductual.	Inicio y Dominio de la Técnica	Psicoterapia	Auditorio. Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 15 al 20 de Diciembre.
Aplicación del modelo Cognitivo Conductual.	Aprender a identificar y relajar grupos musculares.	Relajación Progresiva de Jacobson	Auditorio. Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 21 al 27 de Diciembre.
Afrontamiento.	Readaptación del equilibrio, o consecución de un nuevo.	Manejo de la demanda del Individuo- ambiente.	Auditorio. Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 2 al 15 de Enero

CUADRO N° 63

Diseño: Jerez 2011-2012

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSO	RESPONSABLE	TIEMPO
Técnica de Apoyo	Fortalecimientos.	Errores. Discusiones grupales.	Aula. Material de oficina. Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 16 al 21 de Enero.
Evaluación	Reacción	Conocimientos de Reacciones.	Humano (pacientes).	Investigadora.	Del 22 al 24 de Enero.

CUADRO N° 64

Diseño: Jerez 2011-2012

6.6.1 MODELO OPERATIVO

TECNICA DE RELAJACIÓN DE JACOBSON

Fase N° 1 Inducida por el terapeuta 1ra. Sesión

Áreas de relajación	Orden	Indicación	Duración
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse. Indicación sugestiva	Acostarse lo más cómodo posible	2-3 minutos
Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar, relajar	4-5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espal.	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar	4-5 minutos
Tórax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire. Apretar, relajar	4-5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte superior	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos	4-5 minutos

Fase N° 2 Reforzamiento por el terapeuta 2da. Sesión

Áreas de relajación	Orden	Indicación	Duración
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse. Indicación sugestiva	Acostarse lo más cómodo posible	2-3 minutos
Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar, relajar	4-5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espal.	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar	4-5 minutos
Tórax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire. Apretar, relajar	4-5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte sup.	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos	4-5 minutos

Fase N° 3 Auto Inducida por el paciente 3ra. Sesión

Áreas de relajación	Orden	Indicación	Duración
Cuerpo. Ojos cerrados	Acostarse. Indicación sugestiva	Acostarse lo más cómodo posible	2-3 minutos
Brazos: puño, antebrazo, bíceps, tríceps	Derecho, izquierdo, ambos	Cerrar, apretar, tensionar, relajar	4-5 minutos
Facial, nuca, hombros, parte superior espal.	Frente, ojos, maxilares, cuello	Arrugar, alisar, relajar. Apretar, relajar	4-5 minutos
Tórax, estomago, parte inferior espalda	Pulmones, abdomen, espalda	Respira, expulsar aire. Apretar, relajar	4-5 minutos
Caderas, muslos y tobillos	Talones, rodillas, dedos del pie	Flexionar, presionar, relajar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Parte inferior, central y parte sup.	Relajación profunda, inhalar y exhalar	4-5 minutos
Relajación completa del cuerpo	Levantarse	Contar regresivamente de 4 a 1. Abra los ojos	4-5 minutos

CUADRO N° 65

Diseño: Jerez 2011-2012

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: Ana Cristina Jerez Cevallos.
- Tutora: Dra. Evelyn Salame.

6.7.3 Materiales

- Materiales de oficina.
- Equipos.
- Transporte.
- Servicios varios.

6.7.4 Económicos.

MATERIAL	PRECIO
Personal de Apoyo, 300 mensuales por mes, durante 6 meses.	\$2000
Materiales de Oficina y adquisición de equipos, colchonetas, pizarras.	\$ 600
Material de Escritorio.	\$100
Transporte	\$ 70
Imprevistos	\$50
TOTAL	\$2820

CUADRON°66

Diseño: Jerez 2011-2012

Nota: El proyecto será auto financiado por el investigador, la institución brinda todas las facilidades en infraestructura y en la viabilidad para la recolección de información de la muestra seleccionada.

6.7.5 CRONOGRAMA

El diagrama a utilizar es la barra de Gantt mismo que permite visualizar el tiempo a base de semanas en que se realizo cada actividad

ACTIVIDADES \ TIEMPO	Sep.				Octubre				Nov.				Diciem.				Enero							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración del tema	→																							
Elaboración del Marco Teórico				→																				
Recolección de información							→																	
Metodología											→													
Procesamiento de Datos													→											
Marco administrativo																								
Entrega de tesis																		→						
Presentación del Informe																								
Defensa de la tesis																								

CUADRO N° 67

Diseño: Jerez 2011-2012

BIBLIOGRAFÍA

- MASSON ED, American Psychiatric Association: Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, Barcelona, España, 2003.
- MASSON, American Psychiatric Association: Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales. Barcelona: 1995.
- BALAREZO CH, LUCIO, Psicoterapia, Segunda Edición, Quito-Ecuador, pg. 263-273. 2005
- BADOS ARTURO” TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA” 2009.
- BARLOW ,” PSICOPATOLOGIA”, 2000
- CABALLO. E. VICENTE, Director, Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos, Madrid, España. 2005
- CASSEM H. NED, Stern Theodore, Rosenbaum Jerrold Jellinek Michael, “Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales”, Cuarta Edición 1998.
- DR. OLORTEGUI MIRANDA FELIPE V., Diccionario de Psicología- Lima-Perú.
- MÉDICO IDG. DOX, PH.D; B. JOHN MELLONI, PH.D; GILBERT M. EISNER, M.D; JUNE L. MELLONI PH.D. El Gran Harper Collins Ilustrado Diccionario

- VÉLEZ HERNÁN A., ROJAS WILLIAM M., BORRERO JAIME R., RESTREPO JORGE, Fundamentos de Medicina., Nefrología 4ª Edición Medellín- Colombia 2003.
- HERRERA E. Luis, et.at, Tutoría de la Investigación Científica”, Ambato-Ecuador, 2008.
- OBLITAS LUIS ” Manual de Psicología Clínica y de Salud Hospitalaria” 2008
- LAZARUS, R.S. y S. FULKMAN: Estrés y procesos cognitivos. Edit. Martínez Roca S.A 1986
- JUAN JOSÉ RUIZ SÁNCHEZ y Justo José Cano Sánchez. Manual de Psicoterapia Cognitiva. Iv. Aplicaciones Clínicas: Elementos Básicos.
- PAPALIA DIANE E., Wendkos Olds Sally, “Psicología del Desarrollo” 7a. Edición 2000.
- KAPLAN, H.; Sadock, B.; Grebb, J... Baltimore, Maryland, William Wilkins; "Sinopsis de Psiquiatría" Editorial Argentina, Panamericana...1997.
- DR. LUIS HERRERA, Dr. Arnaldo Medina, Dr. Galo Naranjo. Tutoría de la Investigación Científica, Ambato-Ecuador 2003.

6.8 ANEXOS

ANEXO 1

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
IESS HOSPITAL AMBATO
HISTORIA CLÍNICA PSICOLOGICA
Fecha de evaluación:.....**

DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos:**.....
- **Cédula**.....
- **Historia Clínica:**.....
- **Edad:**
- **Fecha de Nacimiento:**.....
- **Nacido y Residente:**.....
- **Instrucción:**.....
- **Ocupación:**.....
- **Estado Civil:**.....
- **Religión:**.....
- **Lateralidad:**.....
- **Fecha de Admisión:**

APP.....

APF.....

CONDICION SOCIO-ECONOMICA:

.....
.....
.....

MOTIVO DE CONSULTA

.....
.....
.....

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

PSICO ANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLOGICA

Prenatal:.....
.....
.....

Natal:.....
.....
.....

Infancia:.....
.....
.....

Pubertad:.....
.....
.....

Madurez:.....
.....
.....

PSICO ANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLOGICA:

.....
.....
.....

HISTORIA SOCIAL

.....
.....
.....

HISTORIA LABORAL

.....
.....
.....

HISTORIA PSICOSEXUAL

.....
.....
.....

EXAMEN DE FUNCIONES

Conciencia:.....
Atención:.....
Sensopersepciones:.....
Memoria:.....
Afectividad:.....
Inteligencia:.....
Pensamiento:.....
Voluntad:.....
Instintos:.....
Hábitos:.....
Juicio y Razonamiento:.....

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

.....
.....

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

.....
.....

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

.....
.....

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

.....

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

.....
.....
.....
.....

ANEXO 2

Cuestionario SF 36 sobre la Calidad de Vida del paciente

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, me limita
a. Esfuerzos intensos (Correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 km o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada 1

Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	1
Sí, muy poco	2
Sí, un poco	3
Sí, moderado	4
Sí, mucho	5
Sí, muchísimo	6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más

se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas cuánto tiempo...

	Siempre siempre	Casi veces	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3

Sólo algunas veces 4

Nunca 5

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 3

HAD57: Hospital, ansiedad y depresión

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones

0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre

1. A menudo

2. Raras veces

3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día

2. A menudo

1. A veces

0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

0. Nunca

1. Sólo en algunas ocasiones

2. A menudo

3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente

2. No me cuido como debería hacerlo

1. Es posible que no me cuide como debiera

0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho

2. Bastante

1. No mucho

0. Nunca

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre

1. Algo menos que antes

2. Mucho menos que antes

3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

ANEXO 4

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



Hospital IESS de la Ciudad de Ambato

ANEXO 5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



De derecha a izquierda: PsCl: Gabriela Gómez (Psicóloga Clínica Hospital IESS), Srta. Cristina Jerez (Egresada), Dr. Willian Robles (Nefrólogo Hospital IESS Ambato), Paciente renal (Área de Diálisis Hospital IESS).

ANEXO 6

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



El riñón artificial consta básicamente de un aparato, un dializador, un líquido concentrado, unos tubos para la circulación externa de la sangre, y unos dispositivos de acceso a los vasos sanguíneos.