



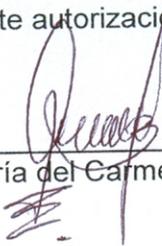
Ciudad Obregón, Sonora, a 24 de octubre de 2013

Instituto Tecnológico de Sonora
P r e s e n t e.

El que suscribe María del Carmen Belmonte Esquer, por medio del presente manifiesto bajo protesta de decir verdad, que soy autor y titular de los derechos de propiedad intelectual tanto morales como patrimoniales, sobre la obra titulada "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en servicio de hemodiálisis", en lo sucesivo "LA OBRA", misma que constituye el trabajo de tesis que desarrolle para obtener el título de Licenciado en Psicología en ésta casa de estudios, y en tal carácter autorizo al Instituto Tecnológico de Sonora, en adelante "EL INSTITUTO", para que efectúe la divulgación, publicación, comunicación pública, distribución y reproducción, así como la digitalización de la misma, con fines académicos o propios del objeto del Instituto, es decir, sin fines de lucro, por lo que la presente autorización la extiendo de forma gratuita.

Para efectos de lo anterior, EL INSTITUTO deberá reconocer en todo momento mi autoría y otorgarme el crédito correspondiente en todas las actividades mencionadas anteriormente de LA OBRA.

De igual forma, libero de toda responsabilidad a EL INSTITUTO por cualquier demanda o reclamación que se llegase a formular por cualquier persona, física o moral, que se considere con derechos sobre los resultados derivados de la presente autorización, o por cualquier violación a los derechos de autor y propiedad intelectual que cometa el suscrito frente a terceros con motivo de la presente autorización y del contenido mismo de la obra.



María del Carmen Belmonte Esquer



Certificado No. ATR0179
Vencimiento 13/12/14



Ciudad Obregón, Sonora, a 24 de octubre de 2013

Instituto Tecnológico de Sonora
P r e s e n t e.

El que suscribe Sirelda Adilene Valencia Fonseca, por medio del presente manifiesto bajo protesta de decir verdad, que soy autor y titular de los derechos de propiedad intelectual tanto morales como patrimoniales, sobre la obra titulada "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en servicio de hemodiálisis", en lo sucesivo "LA OBRA", misma que constituye el trabajo de tesis que desarrolle para obtener el título de Licenciado en Psicología en ésta casa de estudios, y en tal carácter autorizo al Instituto Tecnológico de Sonora, en adelante "EL INSTITUTO", para que efectúe la divulgación, publicación, comunicación pública, distribución y reproducción, así como la digitalización de la misma, con fines académicos o propios del objeto del Instituto, es decir, sin fines de lucro, por lo que la presente autorización la extiendo de forma gratuita.

Para efectos de lo anterior, EL INSTITUTO deberá reconocer en todo momento mi autoría y otorgarme el crédito correspondiente en todas las actividades mencionadas anteriormente de LA OBRA.

De igual forma, libero de toda responsabilidad a EL INSTITUTO por cualquier demanda o reclamación que se llegase a formular por cualquier persona, física o moral, que se considere con derechos sobre los resultados derivados de la presente autorización, o por cualquier violación a los derechos de autor y propiedad intelectual que cometa el suscrito frente a terceros con motivo de la presente autorización y del contenido mismo de la obra.

Adilene Valencia*

Sirelda Adilene Valencia Fonseca



Certificado No. ATR0179
Vencimiento 13/12/14



INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SONORA
Educar para Trascender

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN SERVICIO DE HEMODIÁLISIS”

TESIS

Que para obtener el título de Licenciado en
Psicología

Presenta

María del Carmen Belmonte Esquer

Sirelda Adilene Valencia Fonseca

Agosto del 2013

Cd. Obregón, Sonora.

A mi querido esposo... Jesus Manuel Quevedo Encinas. por ser quien inició esta aventura, llena de satisfacciones, de momentos de prueba, de coraje de llantos y de alegrías, por su amor, por su apoyo incondicional, por su patrocinio en estos 4 años por vivir entre hojas y hojas de Papalia, Sampierí y DSMIV pero siempre ahí...creyendo en mí...

A mis hijas, Gabbe, Melissa y Denisse, mis mejores amigas, mis mejores críticas, con las cuales compartí largas charlas de la vida gracias por entender mis momentos de tareas y mi necesidad de tiempo y espacio.

A mis nietos: Carlitos, Avril y Leah, por ser mi refugio en los momentos de

“no puedo más”

A mis padres por compartir su tiempo.

A mi gran Amigo y Psicólogo de cabecera, Rafael Anaya Armenta, por su valiosa cooperación y su apoyo en momentos difíciles...eternamente agradecida.

A mis pacientes de hemodiálisis por enseñarme a ver la necesidad de ser escuchados y comprendidos en su mirada, por que alimentaron en mí el deseo de ser la mejor Psicóloga para mis pacientes.

Carmen Belmonte Esquer

Este trabajo está dedicado para las personas que sufren este padecimiento (insuficiencia renal crónica) y sobre todos nuestros pacientes, a la Lic. Marie Trinidad Contreras A. por confiar en nosotros y darnos la oportunidad de trabajar con estas personas.

A mis Padres:

Gracias por estar siempre acompañándome en los buenos y malos momentos a lo largo de esta maravillosa carrera y de mi vida, por ser la principal base de formación, con sus valores y educación que me han brindado desde que llegué a este mundo, son una gran fortaleza para seguir día a día en mi camino pensando que siempre estarán a mi lado en donde sea que se encuentren.

A mi Familia

Quienes han estado conmigo desde mis primeros logros así como también fracasos, porque han llenado mi vida de alegrías y buenos momentos, y por todo el cariño que siempre me han entregado.

A mis maestros.

Por ser excelentes maestros que me enseñaron mucho en el recorrido del conocimiento, por llenarme de aprendizajes día a día.

Sirelda Adilene Valencia Fonseca.

Gracias.

A dios por permitirme un logro más en mi vida.

A mi familia por hacer de estos momentos los mejores.

A nuestra asesora de Tesis Mtra Santa Magdalena Mercado Ibarra, por sus observaciones, sus correcciones, por compartir su experiencia profesional en este trabajo, por alentarnos siempre a continuar.

A la Lic, María Trinidad Contreras Apodaca, por abrirnos este espacio y por enseñarnos el valor de caminar una milla más.

A mi compañera de Tesis, Adilene Valencia Fonseca. Con la cual compartí, momentos de sueño, de risas, de dudas, de llanto, momentos de silencio y momentos de total felicidad.

Gracias Adilene por hacer más fácil todo...

A las diosas del Olimpo... compartimos tantas cosas juntas.

A mis compañeros de Generación 2009-2013 U-N-I-C-A- S-U-P-E-R-

A mis maestros de los cuales aprendí, lo que debe hacer y no hacer un psicólogo.

A ITSON, por formar parte en esta etapa tan importante en mi vida

Carmen Belmonte Esquer

A Dios:

Señor gracias por permitirme llegar hasta este momento de mi vida, por las pruebas que me has puesto en el camino y que las he pasado con dificultades, pero esas pruebas me hicieron una persona fuerte y madura. Porque nunca me abandonaste cuando más te necesite por mandarme unos angelotes a mi vida cuando ya no tenía fuerzas para seguir adelante.

A mis padres.

Que han sido los pilares en mi vida, gracias por traerme a esta vida y crear la mujer que soy ahora, con sus defectos y virtudes, pero sobre todo una mujer llena de amor por padres maravillosos que siempre han estado a mi lado, espiritual mente y presencial. Madre mía gracias por tu comprensión, tu paciencia, tu carácter, te amo.

A mi hermana

Morelia Valencia por tus sonrisas que siempre me ponen de buen humor, por tu carácter carismático y por enseñarme esa enorme fortaleza contra las adversidades.

A mi novio.

Ramiro gracias por tu espera y tu paciencia mi amor, por luchar a mi lado por este sueño y sobre todo por tu apoyo incondicional, TE Amo Bebe.

A mis amigos

por ser las grandes personas que son, por estar en los momentos más difíciles de la carrera y sobre toos muchas gracias a Carmen Belmonte y Manuel Quevedo por ser unos grandes ángeles los quiero mucho a todos.

Sirelda Adilene Valencia Fonseca

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
ÍNDICE.....	iv
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE TABLAS.....	x
RESUMEN.....	xi

CAPÍTULO I**INTRODUCCIÓN**

1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Planteamiento del problema.....	6
1.3. Justificación.....	10
1.4. Objetivo.....	11
1.5. Limitaciones.....	11

CAPÍTULO II**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

2.1. Tipos de insuficiencia renal crónica y factores de riesgo.....	13
---------------------------------------------------------------------	----

2.2 Tipos de tratamiento.....	14
2.2.1. Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica (IR).....	14
2.2.2. Tratamiento psicológico para el trasplante renal.....	16
2.2.3. Medicamentos para pacientes con insuficiencia renal crónica.....	17
2.4. Riñones y su función.....	17
2.4.1. Aparato urinario.....	18
2.4.2. Enfermedades que se relacionan con la insuficiencia renal crónica.....	19
2.5. Calidad de vida.....	21
2.5.1. Calidad de vida como constructo.....	21
2.5.2. Estudios sobre calidad de vida.....	23
2.6. Psicología de la salud.....	24
2.6.1. Intervención psicológica.....	25
2.6.2. Intervención psicológica en el tratamiento de insuficiencia renal crónica (IRC).....	25
2.6.3. Adhesión terapéutica.....	26
2.7. Neuropsicología.....	27
2.8. Actitud ante el tratamiento: como enfrentar la enfermedad crónica.....	28

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA.....	30
3.1. Participantes.....	31
3.2. Instrumentos.....	32
3.3 Procedimiento.....	32

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.....	34
------------------------	-----------

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN y RECOMENDACIONES.....	42
-----------------------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	46
----------------------------------------	-----------

ANEXOS.....	62
--------------------	-----------

APÉNDICE.....	77
----------------------	-----------

LISTA DE FIGURAS.

Figura 1: Media del inventario de calidad de vida (INCAVISA) escala total35

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje del inventario calidad de vida (INCAVISA) escala total.....	36
Tabla 2. Porcentaje de la dimensión preocupaciones.....	36
Tabla 3. Porcentaje de la dimensión desempeño físico.....	37
Tabla 4. Porcentaje de la dimensión aislamiento.....	37
Tabla 5. Porcentaje de la dimensión percepción corporal.....	37
Tabla 6. Porcentaje de la dimensión funciones cognitivas.....	38
Tabla 7. Porcentaje de la dimensión actitud ante el tratamiento.....	38
Tabla 8. Porcentaje de la dimensión familia.....	39
Tabla 10. Porcentaje de la dimensión vida cotidiana.....	39
Tabla 9. Porcentaje de la dimensión tiempo libre.....	39
Tabla 11. Porcentaje de la dimensión dependencia médica.....	40
Tabla 12. Porcentaje de la dimensión relación con el médico.....	40
Tabla 13. Porcentaje de la dimensión redes sociales.....	41
Tabla 14. Porcentaje de la dimensión bienestar.....	41

RESUMEN

La pérdida de la función renal ocasiona un deterioro constante en la función del riñón. Este aforismo proporciona la base racional para el desarrollo de una estrategia que comprende demostración temprana, diagnóstico precoz e intervención adecuada del proceso patológico renal, los factores de susceptibilidad y etiológicos así como los de su deterioro y progresión. Entre las enfermedades crónicas degenerativas la IRC se ha caracterizado en los últimos 10 años por adquirir cada vez más importancia médica y económica. La IRC se define como el curso de las alteraciones estructurales o funcionales en más de tres meses, manifestadas por lesiones renales histológicas o marcadores de lesión renal. Cada enfermedad crónica posee características que le son propias, y su tratamiento puede ser más o menos desfavorable dependiendo del sistema que se haya visto afectado. El caso de la insuficiencia renal crónica (IRC) presenta unas características que la hacen sumamente adversa; Mok y Tam (2001) señalan que estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales y a cambios potenciales en su estilo de vida. La IRC somete al paciente a múltiples limitaciones, sin lugar a dudas la capacidad de trabajar es una de éstas, a lo que se agrega en nuestro país la realidad socioeconómica, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares. Por todo esto es que se ve a diario, una grave afectación en la calidad de vida de los pacientes a través de aspectos tales como estado nutricional, fallas en la autoestima, depresión, imposibilidad de adquirir medicamentos, acceder a estudios complementarios, sostener a sus familias y otras.

CAPÍTULO I.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se desarrolló un programa de intervención psicológico con pacientes de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) con servicio de Hemodiálisis (HD) en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) del IMSS de Cd Obregón.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un problema de salud pública importante la cual consiste en una disminución progresiva y global de la función renal que alcanza un nivel inferior al 10% en la insuficiencia renal crónica terminal, estadio más grave de la enfermedad renal, durante el cual se hace necesaria para la supervivencia, la implementación de un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante trasplante o diálisis (peritoneal continua o hemodiálisis).

Una idea generalizada asume que la IRC es una patología rara y compleja, pero la realidad es que en sus fases tempranas es frecuente y de fácil tratamiento. Sólo una

pequeña proporción de enfermos evoluciona hacia la insuficiencia renal terminal con sus complicaciones asociadas y necesidad de tratamiento renal sustitutivo (HD), Esta evolución hacia la pérdida de función renal tiene un curso progresivo, en el que podemos influir mediante una actuación temprana sobre sus principales causas: hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus. El control de estas dos afecciones debe ser estricto y adecuado a las recomendaciones médicas, no sólo para minimizar su progresión y tratar las complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, sino también para prevenir el riesgo vascular asociado a la IRC. El descenso de la función renal se asocia de forma significativa con un mayor riesgo cardiovascular (Alcàraz, 2005)

Si bien la tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los enfermos renales crónicos y mejorar el tratamiento sustitutivo de la función renal, la presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la hemodiálisis, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos. Varias investigaciones enfatizaron que la depresión en los pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y a un aumento de los riesgos de mortalidad (De los Ríos, Ávila & Montes, 2005; Drayer, 2006; Kimmel & Peterson, 2006).

Debido a que muchos de los síntomas de ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la IRC resalta la importancia de generar programas de intervención psicológica donde el paciente con IRC a través de una valoración psicológico adquiera herramientas de afrontamiento y adhesión al tratamiento lo cual mejorará su percepción de la enfermedad y su pronóstico

1.1. Antecedentes

La IRC constituye un problema de salud cada vez más importante debido a la incidencia y prevalencia creciente en los últimos años. Numerosas son las causas y factores que influyen en el desarrollo y progresión de la enfermedad. El diagnóstico y tratamiento

precoz son fundamentalmente para el pronóstico, y de ellos dependerá la futura necesidad de tratamientos sustitutivos renales en estos pacientes (Pérez, Llamas y Legido, 2005).

La pérdida de la función renal ocasiona un deterioro constante en la función del riñón. Este aforismo proporciona la base racional para el desarrollo de una estrategia que comprende demostración temprana, diagnóstico precoz e intervención adecuada del proceso patológico renal, los factores de susceptibilidad y etiológicos así como los de su deterioro y progresión.

Según Rodríguez, Castro, Merino (2005) las principales causas de ingreso a hemodiálisis es de un 43,3% corresponde a nefropatía diabética, 34,4% a causas desconocidas y un 22% a otras que corresponden a glomerulonefritis crónica, uropatías obstructivas y lupus eritematoso.

La incidencia y prevalencia de la enfermedad renal terminal en los Estados Unidos de América y Europa se han evaluado bien; su proyección para años futuros es preocupante por la demanda de recursos que impone a la economía de la salud (Mariano, 2002).

La IRC es un problema de salud pública creciente. Las predicciones sobre su incidencia, prevalencia, costos y recursos, que se mencionan en el documento Health care financing research report-end stage renal disease (1992), del Departamento de Salud y Servicios Humanos del gobierno de Estados Unidos de Norteamérica, fueron rebasadas. El crecimiento anual de pacientes con esta enfermedad es superior a 9% y el gasto se ha incrementado 14% por ese solo hecho. Por ello se le considera una enfermedad catastrófica. La IRC es catalogada como una enfermedad emergente por el número creciente de casos, el rezago en la atención, los elevados costos, la alta mortalidad y los recursos limitados, que requiere una razonada aplicación financiera.

En los países en vías de desarrollo el cálculo es de 150 pacientes por millón de habitantes para las terapias de reemplazo (Alcázar, 2008).

En España, la IRC se considera como una enfermedad permanente porque el paciente trasplantado con éxito depende siempre de atención médica.

Por otro lado, los costos de los nuevos medicamentos para controlar el rechazo se han incrementado. Al segundo año postcirugía, el costo anual de un paciente trasplantado es apenas 20 a 25% menor que el del paciente con diálisis. Por todo lo anterior, no se puede establecer que el trasplante renal sea una solución única (Treviño, 2004).

Para resumir la situación generada por la enfermedad, podrían señalarse los siguientes argumentos:

1) En Estados Unidos se considera que existen aproximadamente 20 millones de enfermos. 2) Los recursos son escasos y los costos, elevados: 5.5% del presupuesto de medicamentos se destina a 0.8 de la población con insuficiencia renal crónica. 3) El costo de la atención por diálisis peritoneal en el Instituto Mexicano del Seguro Social ocupa uno de los primeros lugares. 4) En el ISSSTE la insuficiencia renal crónica ocupa el segundo sitio entre los cinco padecimientos que consumen 78% del presupuesto médico de esa institución. 5) En un estudio de la Fundación Mexicana para la Salud, el doctor Julio Frenk clasificó a la insuficiencia renal crónica como la segunda enfermedad que provoca un mayor número de años de vida perdidos.

El trasplante renal es la mejor opción terapéutica para la insuficiencia renal crónica, pero en México se practica escasamente: sólo se efectúan 1,500 al año (80% de donador vivo), menos de 20 trasplantes anuales por millón de habitantes. Los tratamientos sustitutos de diálisis o trasplante renal se inician cuando la filtración glomerular del paciente medida por la depuración de creatinina endógena en la orina de 24 horas es inferior a 15 o 10 ml/mm y cuando se presentan complicaciones. A los enfermos con indicaciones de trasplante se les debe buscar un donador vivo seleccionado o inscribirlos en la lista de espera nacional de donación cadavérica si no existen contraindicaciones. Aun cuando no hay un registro nacional mexicano de pacientes en diálisis crónica, solo datos indirectos de la Fundación Mexicana del Riñón (2009) y de la industria de diálisis, se estima que de 40 mil a 50 mil son sujetos a este tratamiento y que anualmente la cifra se incrementa 11 %. En términos generales se

considera que por cada enfermo en diálisis crónica hay otro que fallece sin acceso al tratamiento. Las unidades de hemodiálisis deben cumplir con la norma oficial mexicana de hemodiálisis y la cédula de evaluación de la calidad de las unidades de hemodiálisis del Consejo de Salubridad General. Es aconsejable que los pacientes sean incorporados a diálisis crónica después de ser presentados al comité de diálisis, y que el tratamiento se aplique con la aceptación del enfermo o sus familiares y se registre en el censo nominal (Treviño, 2009).

La valoración de tratamiento de diálisis peritoneal debe respetar las contraindicaciones: obesidad mórbida, cirugías abdominales múltiples, trastornos de columna lumbosacra, riñones poliquísticos, deficientes hábitos higiénicos, desnutrición importante. En tanto que para hemodiálisis: imposibilidad para acceso vascular, inestabilidad cardiovascular, lejanía del centro de hemodiálisis.

Se recomienda que los pacientes sean incorporados a diálisis crónica después de ser presentados al Comité de diálisis y que el tratamiento se aplique con la aceptación del enfermo o sus familiares y sea captado en el censo nominal.

Entre las enfermedades crónicas degenerativas la IRC se ha caracterizado en los últimos 10 años por adquirir cada vez más importancia médica y económica. La IRC se define como el curso de las alteraciones estructurales o funcionales en más de tres meses, manifestadas por lesiones renales histológicas o marcadores de lesión renal. El IMSS destina un tercio de su presupuesto general al manejo con pacientes con IRC, en tratamientos sustitutivos. En el paciente bajo tratamiento de diálisis peritoneal, el principal problema de morbi-mortalidad es lo relativo a la presencia de peritonitis. Un problema agregado a la presencia de Insuficiencia Renal Crónica es el registro, el cual aún no es confiable para determinar su epidemiología, por lo tanto su incidencia y prevalencia tienen tasas con amplias variaciones (Bingaman, 1980)

Por otra parte, de acuerdo con las cifras reportadas por la Fundación Mexicana del Riñón existen actualmente en México 8.3 millones de personas con Insuficiencia Renal Leve, 102 mil personas con IRC y 37,642 personas con tratamiento continuo de

diálisis. En otros países el promedio de enfermos renales oficialmente censados son el 0.1% de la población total (Castro, 2005).

Según Ramos (2007) el concepto de adecuación de la terapia en diálisis peritoneal ha cambiado. El primer gran problema de la diálisis peritoneal fueron las infecciones; una vez que éstas se controlaron y la sobrevida del paciente aumentó, surgió el problema de la adecuación de la terapia, que ya se hacía en hemodiálisis (HD), por lo que muchas acciones de la hemodiálisis se trasladaron a la diálisis peritoneal. En un comienzo la adecuación se basaba en la clínica: el parámetro para decir que la diálisis peritoneal del paciente era adecuada era la sensación de bienestar que refería el paciente. Posteriormente se planteó la necesidad de utilizar ciertos valores para definir una terapia adecuada, en forma similar a lo que se hacía en Hemodiálisis y así se inició la búsqueda de valores de Kt/V y depuración de creatinina, que es la principal preocupación de los nefrólogos. Es importante destacar el hecho de que la información que se brinda al paciente no es suficiente para mejorar el autocuidado de la salud. Se necesitan de otras estrategias para motivar y ayudar a los pacientes a manejar efectivamente la enfermedad, tales como establecer destrezas de autocuidado, de autorregulación emocional y corrección de defectos o sesgos cognitivos (Heisler, Piette, Spencer, Kieffer & Vijan, 2005) de aquí la importancia de implementación de programas estructurados y sistematizados que permitan al paciente de IRC adaptarse a su nueva condición de vida y lograr una adherencia al tratamiento, para la prevención de complicaciones agudas y crónicas comunes de esta enfermedad.

1.2. Planteamiento del problema.

La IRC es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico pobre y alto costo. El número de pacientes con IRCT tratados mediante hemodiálisis (HD) ha experimentado un significativo aumento en Chile, reflejando las tendencias de naciones más desarrolladas.

De acuerdo con las cifras reportadas por la Fundación Mexicana del Riñón existen actualmente en México 8.3 millones de personas con Insuficiencia Renal Leve, 102 mil personas con IRC y 37,642 personas con tratamiento continuo de diálisis. En otros países el promedio de enfermos renales oficialmente censados son el 0.1% de la población total (Castro, 2005).

En México, la problemática en el subregistro también es manifiesta. En una encuesta nacional realizada en 1992 por el Instituto Mexicano del Seguro Social, que es la institución sobre la cual recae la mayor parte del peso de la IRC, se detectó una prevalencia de 200 pacientes por millón de habitantes tratados con diálisis peritoneal y al contrastar con otra encuesta realizada por esta misma institución pero a población abierta arrojó una prevalencia mayor a 1000 pacientes por millón de habitantes. Cifra que es más confiable y se acerca a la prevalencia encontrada en población mexicana residente de Estados Unidos de América (Treviño, 2009).

Así, la tasa de pacientes tratados ha cambiado, desde 12,7 personas por millón de habitantes en 1980, a 18,3 personas por millón de habitantes en 1992, haciendo la HD accesible a pacientes que no son candidatos a trasplante renal y que tienen en ésta la única y definitiva forma de tratamiento (Poblete, 1999).

Conocer las connotaciones sociales que acompañan en las enfermedades crónicas es de gran importancia para comprender e intervenir durante el curso de la enfermedad, siendo la personalidad previa del paciente, un factor muy importante para ello. Según Cano (2005) las secuelas psicológicas que más se manifiestan en los pacientes con enfermedades crónicas son: ansiedad, depresión, entre otras psicopatologías.

Cada enfermedad crónica posee características que le son propias, y su tratamiento puede ser más o menos desfavorable dependiendo del sistema que se haya visto afectado. El caso de la insuficiencia renal crónica (IRC) presenta unas características que la hacen sumamente adversa; Mok y Tam (2001) señalan que estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales y a cambios potenciales en su estilo de vida. Además, sugieren que la enfermedad renal crónica produce problemas en los cuales la amenaza constante de muerte y el carácter

restrictivo del tratamiento se hacen presentes; los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles dentro de la familia (Lubkin, 1998).

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) somete al paciente a múltiples limitaciones, sin lugar a dudas la capacidad de trabajar es una de éstas, a lo que se agrega en nuestro país la realidad socioeconómica, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares. Por todo esto es que se ve a diario, una grave afectación en la calidad de vida de los pacientes a través de aspectos tales como estado nutricional, fallas en la autoestima, depresión, imposibilidad de adquirir medicamentos, acceder a estudios complementarios, sostener a sus familias y otras.

El desarrollo de las técnicas dialíticas ha producido un efecto mayor sobre la duración de la sobrevida de estos pacientes. Sin embargo, en sistemas cada vez más influenciados por el aspecto económico y el alto costo de los tratamientos, en algunas oportunidades se pone en duda la justificación de los mismos y queda aún pendiente dilucidar su verdadero impacto sobre otro aspecto fundamental como es la calidad de vida del paciente con IRC terminal. Como consecuencia existe un interés creciente en el desarrollo de metodologías para cuantificar el efecto tanto de la patología, como de las medidas terapéuticas aplicadas sobre esta calidad de vida. Estas metodologías varían desde aquellas basadas en la apreciación objetiva de un observador externo, hasta las que toman en cuenta al paciente como fuente subjetiva del impacto provocado por la enfermedad en su vida cotidiana (Mariano, 2002).

Según Mera, (2007) el paciente con IRC en Diálisis, suele sufrir cambios psicológicos, sociales, en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no sólo le afectan a él, sino a toda su familia. Algunas personas aceptan el hecho de tener una enfermedad renal y que necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas. Otros en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad, habitualmente afloran sentimientos de culpa,

negación, rabia, depresión, frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares. Es muy importante saber que es posible desarrollar nuevas capacidades y habilidades que permitan lograr una mejor calidad de vida. Así como también es posible obtener ayuda para asumir la enfermedad y su tratamiento.

En los pacientes en hemodiálisis de un hospital de Cd. Obregón, Sonora se ha detectado una falta de adherencia al tratamiento por lo tanto se considera importante asistencia psicológica, para brindar al paciente herramientas que ayuden al manejo de su enfermedad, tratamiento y teniendo como resultado un mejor pronóstico.

En el área de hemodiálisis hay una carencia de asistencia psicológica tanto para los pacientes como para los familiares ya que desde el momento que el paciente recibe el diagnóstico, detona tanto para el paciente como para la familia momentos de ansiedad que durante el transcurso va aumentando generando nuevas problemáticas emocionales y familiares. Donde sería importante la intervención psicológica para el paciente y su familiar (Castro, 2005).

Sin embargo la atención psicológica a los pacientes de hemodiálisis y sus familiares es insuficiente ya que son 271 los pacientes que se encuentran en esta área. En pocos hospitales está integrado el psicólogo dentro de los equipos multidisciplinarios.

La importancia del programa de intervención psicológica se centra en la comprensión de la percepción de riesgo, el manejo de las emociones, la comunicación familiar y la toma de decisiones sobre los tratamientos profilácticos, así como la adaptación a las consecuencias de estas decisiones. Es por ello la importancia de que un psicólogo intervenga en todo el proceso que se requiere desde la prevención, durante las fases del tratamiento y la atención al duelo para que el paciente tenga una mejor calidad de vida.

Al momento del diagnóstico y los tratamientos se generan una interrupción en la vida de la persona y una gran incertidumbre con respecto al futuro, siendo necesario en ocasiones abandonar sus responsabilidades familiares y laborales, contribuyendo a que deje de sentirse útil e incluso llegar a considerarse dependiente (Centeno y Núñez ,

1998). Por otra parte, la hospitalización, la cirugía y los posibles cambios en la imagen corporal serán circunstancias difíciles, todo ello puede repercutir en una serie de eventos estresantes en la vida del paciente (Bayés, 1985)

Sanabria (2003), ha evaluado la sintomatología de los enfermos renal siendo las dimensiones más importante dominio físico, psicológico y social con el fin de realizar una evaluación completa e integral del individuo. En el caso particular de la IRC son limitadas las investigaciones que aborden aspectos psicológicos de estos pacientes, al respecto se han podido identificar algunas cuestiones que si bien requieren de mayor nivel de profundidad y sistematización abren la puerta a un camino prácticamente inexplorado en relación a determinados factores psicológicos asociados a esta afección.

De ahí la importancia de la psicología aplicada a la nefrología que se encarga de la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, específicamente aquel bajo tratamiento de hemodiálisis, que presenta en su diagnóstico y tratamiento factores emocionales que permean, agravan o causan mayores dificultades en su vida (Bingaman, 1980).

1.3. Justificación

Según los datos obtenidos en la presente investigación resalta la importancia de la implementación de un programa de intervención psicológica en el paciente de IRC de tal manera que se pueda lograr cambios conductuales y cognitivos en el paciente para una mejor calidad de vida.

El paciente con IRCT en tratamiento con hemodiálisis suele sufrir cambios psicológicos, sociales, en su estilo de vida y en su vida espiritual, afectando la dinámica familiar. Es por este motivo, que es trascendental estudiar la Calidad de Vida de este tipo de pacientes, ya que nos permite analizar en qué medida la vida de un

paciente es afectada por las diferentes intervenciones que requieren y por los daños que les provoca la enfermedad y/o tratamiento.

Muchos de los síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la IRC; debido a esto es importante realizar una evaluación integral que no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico a través del cual se intente abordar esta problemática con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento (Atencio, Nucette, Colina, Sumalave, Gómez & Hinestroza, 2004).

1.4. Objetivo

Evaluar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en servicio de hemodiálisis, con el propósito de planificar una intervención interdisciplinaria sobre el paciente y facilitar una información que favorezca el desarrollo de programas de intervención con pacientes renales, además de promover una mejor calidad de vida.

1.5. Limitaciones

Las limitaciones que se presentaron durante el presente estudio fueron el tiempo, el lugar en donde se realizaban las terapias con los pacientes, la limitación principal es la muerte de un paciente alteraba al grupo, lo cual ocasionada más ansiedad en ellos.

CAPÍTULO II.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La insuficiencia renal crónica (IRC) constituye una enfermedad cada vez más frecuente en nuestro medio debido al envejecimiento de la población, y al aumento en la incidencia de determinadas patologías como la diabetes mellitus. El manejo estrecho del paciente es fundamental, con enfoque destinado a prevenir las complicaciones de la IRC. La IRC es una patología con alta movilidad cardiovascular en la que la detección precoz, remisión adecuada a nefrología y el trabajo en equipo multidisciplinario, puede conseguir el retraso del inicio de diálisis, mejorando la morbimortalidad y calidad de vida de estos pacientes (Pérez, Llamas y Legido, 2005)

A continuación se definen las variables que son estudiadas en esta investigación

2.1. Tipos de insuficiencia renal y factores de riesgo.

a) Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

Se conoce con este nombre a la incapacidad de los riñones para realizar sus funciones normales, (Retirar el líquido y los productos de desecho de la sangre). Su evolución es irreversible a diferencia de la insuficiencia renal aguda. (IMSS, 2010)

b) Insuficiencia Renal Aguda (IRA)

Es un deterioro rápido de la función renal, dependiendo de la causa, el daño podrá ser reversible y dejar como secuela una mínima disminución en la función del riñón, si esto sucede debe estarse vigilando periódicamente. Esta enfermedad se puede presentar en la población en general, no respeta sexo, edad, ni raza (IMSS, 2010).

c) Factores de riesgo en I R C.

Según Alcázar (2008) las situaciones de riesgo aumentado en la enfermedad renal crónica son las siguientes:

- Edad superior o igual a 60 años
- Hipertensión arterial (HTA).
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad cardiovascular.
- Obesidad.
- Enfermedades autoinmunes.
- Antecedentes de insuficiencia renal aguda o enfermedad renal (poliquistosis renal).
- Insuficiencia cardíaca.
- Neoplasias.

La falta de reconocimiento precoz de enfermedades renales crónicas produce consecuencias, ya que la declinación de la función renal se asocia directamente a la acumulación de complicaciones (Flores, Alvo, Borja, Morales, Vega, Zúñigas, Müller, y Münzenmaye,(2009) para esto existe alternativas de tratamiento donde se sobrelleva la enfermedad crónica.

2.2. Tipos de Tratamiento

2.2.1. Tipos de tratamiento substitutivos de la insuficiencia Renal (IR)

Al inicio y dependencia de su severidad, la insuficiencia Renal puede ser tratada con dieta y medicamento, generalmente con reguladores de la presión sanguínea, estimuladores de la producción de orina o complementos vitamínicos. Los tratamientos para la insuficiencia Renal son los siguientes:

a) Diálisis Peritoneal

Es una terapia que constituye en introducción y extraer de la cavidad peritoneal una solución especializada con los elementos necesarios para remover sustancias acumuladas en la sangre (Urea, creatinina, potación, etc.) así como el agua excedente del cuerpo. Se realiza a través de una membrana que cubre el interior de la cavidad peritoneal, llamada peritoneo (IMSS, 2010).

b) Peritoneo

Es una membrana localizada en el abdomen, recubre sus paredes internas y los órganos que se encuentran en la cavidad abdominal, tiene numerosos vasos sanguíneos a su alrededor (IMSS, 2010).

c) Hemodiálisis

Es también una terapia sustitutiva para tratar la insuficiencia renal e igualmente eficaz que la diálisis peritoneal. En la hemodiálisis también se eliminan toxinas e impurezas que se encuentra en la sangre (IMSS, 2010).

Uno de los tratamientos más recomendables para los pacientes es el trasplante renal:

d) Trasplante Renal

Una de las alternativas más importantes que ofrece la mejor calidad de vida en el tratamiento de la enfermedad renal terminal es, sin duda, el trasplante, consiste en la implantación quirúrgica de un riñón obtenido de otra persona (donador puede ser un familiar vivo relacionado), amigo, conocido o anónimo (donador vivo no relacionado) o de un donador cadáver (Pacientes jóvenes que presentan muerte cerebral) (IMSS, 2010).

El éxito del trasplante del órgano en cierta medida depende de la actitud ante el tratamiento a pesar de las ventajas que tiene el trasplante renal aún existen pacientes que se niegan a realizarse dicho tratamiento, por lo que para conocer los puntos de vista de los enfermos en relación con sus preferencias de tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) los *Nefrólogos* Mauro Cuba de la Cruz, Maigret Gallo González, Mayra Vincench Medina realizaron una investigación donde se realizó un estudio prospectivo de 336 pacientes que recibían tratamiento dialítico en ocho centros de la región oriente norte. El 66,7% de los casos consideró que el trasplante renal era mejor terapia para su enfermedad, aunque solo el 65,2% deseaba trasplantarse. La edad avanzada fue la principal causa de negativa al trasplante. El 24,4% de los casos había recibido opinión desfavorable sobre el trasplante, en lo fundamental de otros pacientes. Existen diferencias notables entre los centros de diálisis en relación con los indicadores analizados. *Mauro Cuba de la Cruz, Maigret Gallo González, Mayra Vincench Medina* recomendaron implantar un programa de educación integral a los enfermos con IRCT donde se les informe detalladamente sobre las ventajas y desventajas de las diferentes opciones terapéuticas de la IRCT.

Aunque el trasplante tiene ventajas indiscutibles, no todos los enfermos están en condiciones de recibir un injerto, es por eso que siempre existen casos que no se pueden incluir en planes de trasplante. Sin embargo, resulta llamativo que tan solo la

mitad de los enfermos estén incluidos en el programa, y más aún que el 38,4 % esté realmente apto. Esto denota que en realidad existen muchos casos que presentan alguna condición que no ha sido solucionada y limita por tanto la inclusión de los enfermos como aptos para la operación. Se hace necesario profundizar en los factores que contribuyen a este bajo porcentaje, e intentar solucionarlos de forma expedita para poder aumentar la cantidad de pacientes realmente aptos y contribuir a lograr una mejor selección de la pareja donante-receptor.

2.2.2. Tratamiento psicológico para el trasplante renal.

En todos los protocolos de receptores para trasplante renal es fundamental la valoración por un psiquiatra, de preferencia con experiencia en esta área en particular, para realizar pruebas que permitan descartar alguna enfermedad mental grave o falta de adherencia al tratamiento, los cuales son contraindicaciones absolutas para la realización del trasplante renal (Kasiske, Cangro y Hariharan, 2001) En dicha entrevista también se explora la existencia de posibles adicciones de parte del paciente, ya que en la mayoría de los protocolos esta última situación se considera también una contraindicación absoluta para realizar el trasplante, no así cuando puede comprobarse que el paciente tiene un mínimo de seis meses sin la adicción.

La falta de cumplimiento (adherencia) es tal vez el aspecto psiquiátrico que más influye sobre la sobrevida del injerto. En la etapa pretrasplante se puede ayudar con psicoterapias cognitivas al paciente que presenta problemas de falta de apego, para que, posteriormente, en la etapa postrasplante tenga una mejor adherencia terapéutica a las indicaciones médicas y fármacos prescritos (Benedetti, Asolati y Duna, 1998).

Otra situación a ser evaluada por el psiquiatra es el coeficiente intelectual del receptor, ya que los pacientes con retraso mental no son candidatos idóneos a recibir un injerto, situación que cambia cuando el paciente cuenta con un importante apoyo familiar, por lo que la red de apoyo al paciente también debe ser evaluada (Le, Wilson y Douwk, 1994).

Finalmente, es parte importante de la evaluación psicológica integral, el conocimiento del donador, en caso de tratarse de un donador vivo relacionado. En esta instancia es fundamental la opinión de un psiquiatra calificado en cuanto a la motivación del donador y la relación que guarda con el potencial receptor, con la finalidad de demostrar que la donación es altruista y libremente decidida por el donador y sin otras motivaciones indeseables o ilegales.

2.2.3. Medicamento para pacientes con insuficiencia renal crónica.

a) Eritropoyetina.

La eritropoyetina o EPO es una hormona glicoproteica que estimula la formación de eritrocitos y es el principal agente estimulador de la eritropoyesis natural. Como medicamento, la eritropoyetina recombinante o sus similares fabricados de forma biotecnológica se usan para tratamiento de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en complemento a la diálisis y también después de ciclos de quimioterapia agresivos para tratamiento de cáncer. (Fuentes, Castiñeira y Queraltò, 1998).

b) Heparina

La función de la heparina es una sustancia natural de la sangre que interfiere con el proceso de la coagulación sanguínea. Actúa sobre una sustancia llamada trombina, que desempeña un importante papel en la formación del coágulo en la sangre (IMSS, 2010).

2.4. Riñones y su función

Son dos órganos situados en la parte inferior de la espalda, uno a cada lado de la columna vertebral, con forma de habas o frijol (IMSS, 2010).

Su función es eliminar de la sangre los desechos tóxicos (azoados) y el exceso de líquidos a través de la orina, por lo tanto la orina va a contener agua sobrantes, sales y todo lo que el cuerpo ya no necesita y que ingerimos a través de los alimentos, cuando los riñones fallan se acumulan estos productos tóxicos produciendo una serie de alteraciones en el organismo (IMSS, 2010).

La función renal crónicamente alterada produce una serie de anormalidades como el síndrome urémico caracterizado por la presencia de los siguientes síntomas: letargo, anorexia, náuseas, vómitos, gastritis, cefaleas, fatiga, anemia, edema, hipertensión, entre otros. En este síndrome las concentraciones plasmáticas de urea y creatinina son elevadas, por esta razón los valores sanguíneos de estas sustancias son empleados para valorar el grado de severidad de la insuficiencia renal (Ganong, 2004; Guyton & Hall, 1997).

Una de los procesos metabólicos del cuerpo es el desechar líquido, el enfermo con IRC tiene la disminución o el cese definitivo de micción, lo cual esto ocasiona una acumulación de toxinas, a continuación se darán a conocer como está compuesto el aparato urinario.

2.4.1. Aparato Urinario

Según el instituto mexicano del servicio social (2010), en el aparato urinario está conformado por los riñones; que son los órganos que se encargan de eliminar los desechos tóxicos.

- Los Uréteres son dos tubos flexibles del tamaño de un popote. Se encuentran unidos al riñón. Son el conductos por el cual drenan la orina hacia la vejiga conforme se va elaborando.
- Vejiga es como una bolsa que recolecta la orina producida por los riñones, tiene la capacidad de expandirse según la cantidad de orina contenida. Cuando está llena,

los músculos especiales de las paredes impulsan la orina hacia la última parte del sistema: la uretra

- La Uretra es la parte final del sistema urinario, está conectada a la vejiga. Su función es sacar la orina al exterior.

La orina constituye el producto final, representa la pérdida más grande de líquido por el organismo, situación que ubica a los riñones como órganos muy importantes para la regulación de los líquidos corporales (IMSS, 2010).

2.4.2. Enfermedades que se relacionan con la insuficiencia Renal Crónica

De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés), la diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por defectos en la secreción y/o acción de la insulina generando hiperglucemia.

Según la ADA (2009), la mayoría de los casos de diabetes se clasifican en dos categorías etiopatogénicas:

a) Diabetes mellitus tipo 1 (DM1): se caracteriza por la deficiencia absoluta en la secreción de insulina y se detecta mediante la observación de un proceso patológico autoinmune en los islotes pancreáticos y por marcadores genéticos.

b) Diabetes mellitus tipo 2 (DM2): se caracteriza por la combinación de la resistencia a la acción de la insulina y una respuesta secretora de insulina compensatoria inadecuada.

Existen tres criterios para diagnosticar diabetes mellitus (ADA, 2009):

a) 126 mg/dl de glucosa sanguínea en plasma bajo condición de ayuno (8 horas sin consumir alimentos).

b) Síntomas de hiperglucemia (poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable) y glucosa sanguínea igual o mayor a 200 mg/dl en plasma.

c) Glucosa sanguínea igual o mayor a 200 mg/dl dos horas posterior a la ingesta de 75 grs. de glucosa anhidra (prueba de tolerancia a la glucosa oral).

La eritropoyetina o EPO es una hormona glicoproteica que estimula la formación de eritrocitos y es el principal agente estimulador de la eritropoyesis natural. En los seres humanos, es producida principalmente por el riñón en las células intersticiales peritubulares, células mesangiales (85% - 90%), el resto en el hígado y glándulas salivales (10% - 15%). Como medicamento, la eritropoyetina recombinante o sus similares fabricados de forma biotecnológica se usan para tratamiento de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en complemento a la diálisis y también después de ciclos de quimioterapia agresivos para tratamiento de cáncer.

a) Hipertensión

Hipertensión arterial (presión sistólica >140 o presión diastólica >90) es simultáneamente causa y consecuencia de enfermedad renal crónica (IRC) Hipertensión es común en IRC, y se asocia a una declinación más rápida de la función renal y a enfermedad cardiovascular (IMSS, 2010).

b) Anemia

Según Hernando, (2008) la causa principal de la anemia en pacientes con IRC es la producción insuficiente de eritropoyetina por los riñones enfermos. Los pacientes en diálisis suelen presentar anemia. Éstas provocan fatiga y reducción de la capacidad de ejercicio físico, que pueden contribuir a la pérdida de la masa muscular y a la desnutrición (Martínez, 2009).

d) Elaboración de glóbulos rojos

En el riñón se produce una hormona llamada eritropoyetina, la cual estimula la medula ósea para producir glóbulos rojos. Con la insuficiencia renal se reduce a la producción

de eritropoyetina por lo tanto los riñones no podrán ayudar al cuerpo a producir glóbulos rojos, esto trae como consecuencia la reducción de la hemoglobina en sangre y la aparición de anemia (IMSS, 2010).

2.5. Calidad de vida

Según Ardila, (2003) calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluyendo como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personas y la salud objetiva. Como aspecto objetivos el bienestar físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

En esta definición hay varios aspectos, el primero es que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, que surge de realizar las potencialidades que el individuo posee. Realización personal y calidad de vida son dos aspectos que se han ligado, y que sin duda están altamente correlacionados.

Calidad de vida incluye como aspecto subjetivo los siguientes aspectos: intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud perdida.

Según Ardila, (2003) para tener mejor calidad de vida necesitamos sentirnos sanos, productivos, seguros, y ser capaces de expresar nuestras emociones y compartir nuestras intimidades.

2.5.1. La calidad de vida como constructo.

La naturaleza compleja de la calidad de vida hace como constructo y su definición conceptual sea bastante difícil, más sin embargo varios autores han presentado varias aproximaciones conceptuales. Mucho de estos autores parten de la propuesta de la ONU que plantea a la salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad

social, vestido, ocio, derechos humanos, como los principales componentes de la calidad de vida. Por otro lado Andrews y Whitney (1976) insisten que no sólo trata de un reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación hecha por el individuo. (Lugo, 2009)

El empleo del término “calidad de vida” es relativamente nuevo dentro del ámbito de la salud, sin embargo la definición del término actual se originó a partir de la definición de la OMS en 1947 la cual se refiere a un “estado completo de bienestar físico, mental, social y no meramente la ausencia de enfermedad” (Aaronson, 1990).

La calidad de vida como objeto de estudio de la psicología, es un componente central del bienestar humano que está muy relacionado con otros aspectos como la salud y el desarrollo de habilidades. Si las persona disfrutan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor, ya que se encuentran relaciones cercanas entre calidad de vida y los diferentes aspectos del funcionamiento humano.

En México, Palomar (1995) considera que la calidad de vida viene a ser el nivel de satisfacción de un individuo de acuerdo a la importancia que le da a cada una de las áreas de su vida.

Levi y Anderson, (1975) mencionan que la Organización Mundial de las Naciones Unidas define a estas como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social tal y como cada individuo se percibe a sí mismo y su entorno, los principales componentes que la integran son: la alimentación, la salud, el vestido, seguridad social, educación, recreación y derechos humanos (Lugo (2009).

Según Andrew y Withey, (1974); Campbell, Converse y Rodgers, (1976) el concepto de calidad de vida es abstracto y multidimensional, es por esto, que numerosos autores coinciden en que no hay definición conceptual, más sin embargo, históricamente se ha relacionado con factores económicos y sociales (Lugo, 2009).

2.5.2. Estudios sobre calidad de vida.

La literatura reportan muchos estudios sobre calidad de vida encaminados a describir cuales son las condiciones en grupo específicos como los son: niños, jóvenes, estudiantes, profesores, inmigrantes, campesinos, pacientes enfermos de diferentes padecimientos, ancianos, entre otros (Shao, Diener y Shu, 1996).

Otros estudios muestran la aplicación e implementación de programas de intervención para la mejorar la calidad de vida con población con deterioro en su calidad de vida, como por ejemplo individuos con enfermedades crónicas pacientes post-operatorios, pacientes terminales, pacientes con limitaciones físicas o impedimentos, sujetos hospitalizados, madres solteras, delincuentes y enfermos mentales. También se han realizado estudios tomados a la calidad de vida como variables dependiente cuando se ve deteriorado el estado de salud de las personas por algún proceso de enfermedad.

En México se realizan una serie de investigaciones para evaluar la calidad de vida, además de intervenciones cognitivas conductuales que incluyen intervenciones psicológicas tales como: relajación muscular, manejo del insomnio, educación para la salud, explicación del modelo cognitivo conductual para el manejo irracional de ideas en relación a la enfermedad, comunicación y asertividad, reforzamiento, mantenimiento de conductas deseadas, solución de problemas, técnicas cognitivas para el manejo del síndrome de fatiga crónica y manejo del dolor de espalda, información educativa, motivación a la adherencia del tratamiento entre otras (Robles, 2002).

González, Celis y Sánchez (2003) realizaron una investigación con la finalidad de examinar los efectos de las intervenciones cognoscitivas sobre la calidad de vida en enfermos adultos mayores encontrando que los mayores niveles de auto eficacia predicen mejor percepción de la calidad de vida de estos pacientes.

Arita (2007) obtuvo un análisis exploratorio a través de la aplicación de un inventario sobre la percepción de la calidad de vida donde la población total evaluada fue de 330 327 sujetos de 18 años en adelante, estos participantes fueron elegidos a través del muestreo probabilístico polietálico, el inventario evaluó la creencia que le individuo tiene

para afrontar su vida en relación al área de la salud, capacidad para el trabajo, educación y cultura, con este análisis exploratorio se confirman que estas variables están fuertemente relacionadas con su percepción que tiene de su calidad de vida, estos factores hacen referencia principalmente a los siguientes aspectos: creencia de capacidad, satisfacción por la ciudad, satisfacción por el apoyo social y satisfacción por la seguridad.

2.6. Psicología de la Salud

Es el agregado de las contribuciones educativas, científicas y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la enfermedad y difusiones relacionadas (Oblitas, Becoña, 2000).

Según Trull y Phares, (2003) ofrecen una definición reciente de Psicología de la Salud que incorpora estas nuevas funciones. Ellos señalan que la psicología de la salud “incluye las contribuciones de la psicología para el incremento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los factores de riesgo para la salud, el mejoramiento del sistema de atención de la salud y el moldeamiento de la opinión pública respecto de la salud”

La psicología de la salud : es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad. La psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, y las investigaciones y desarrollo de planes de intervención se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA,

intestino irritable, dolor de cabeza, úlcera, dismenorrea, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.

Las áreas de intervención de la psicología de la salud

- Promoción de un estilo de vida saludable.
- Prevención de las enfermedades: modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco).
- Tratamiento de enfermedades específicas, como las mencionadas más arriba. En ese caso los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.
- Evaluación y mejora del sistema sanitario.

2.6.1. Intervención Psicológica.

La intervención se basa en considerar al cliente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias y a estudiar su comportamiento de forma sistemática (Meichenbaum y Cameron, 1982), identificando los antecedentes y consecuencias del comportamiento problema a fin de potenciar y desarrollar habilidades para enfrentarse con éxito a situaciones de riesgo y prevenir situaciones difíciles.

2.6.2. Intervención psicológica en el tratamiento de insuficiencia renal crónica.

En el campo de acción de la psicología existen muchas técnicas para el control de IRC, siendo mención de algunas de ellas tales como:

Educación para la salud: es indispensable y vital que el paciente conozca su enfermedad, riesgo y complicaciones de esta, a través de la educación para la salud el terapeuta orienta, explica, aclara y motiva al paciente a formularse expectativas más realista sobre su padecimiento y a mantener un nivel alto de motivación en lo largo y avance del tratamiento.

Modelo de autorregulación en las enfermedades crónicas-degenerativas: el psicólogo induce al paciente a que sea autónomo en su tratamiento trabajando en técnicas tales como: selección de objetivos, recolección de información, toma de decisiones, acción, autor reacción, técnicas de autocontrol y control de estímulos (auto monitoreo, auto reforzamiento y castigo, bio retroalimentación y biblioterapia).

Otro tratamiento psicológico útil en el manejo de las enfermedades crónicas degenerativas en el modelo cognitivo conductual que en la actualidad es una de las terapéuticas más utilizadas a la hora de intervenir en numerosos trastornos mentales originados por diferentes enfermedades, este se origina en 1965 gracias a las aportaciones de Albert Ellis.

García (2004) afirma en la mayoría de la intervenciones los objetivos de trabajo han sido principalmente el manejo de la ansiedad y el entrenamiento en conductas de auto cuidado. Por su parte Morris y Maisto (2001) en su meta análisis se revisaron 74 estudios a los que llegó a las siguientes conclusiones: el entrenamiento en autocontrol tiene mayores beneficios, las intervenciones más utilizadas son las cognitivo conductuales no sistematizadas.

Es importante la modificación de conductas en el paciente para la adquisición de hábitos, los cuales se lograría apego al tratamiento.

2.6.3. Adhesión Terapéutica

Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en la adherencia a la medicación, la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos

relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001, llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento.

2.7. Neuropsicología

Desde hace aproximadamente 30 años se han descrito alteraciones en las funciones neuropsicológicas en los pacientes en diálisis. Estos pacientes presentan alteraciones en la función de memoria, pobre concentración, fatiga mental, disfunciones emocionales, aprendizaje, atención y pruebas que requieren manipulación mental (Kanai, Hirakata, Nakane, Fujii, Hirakata, Ibayashi, & Kuwabara, 2001; Smogorzewski, 2001); al igual que en la concentración, solución de problemas y capacidad de cálculo (Parnierva, 1999).

Se observan cambios en la función mental de la mayoría de los pacientes tratados con diálisis (Smogorzewski, 2001). Estos cambios son considerados como signos tempranos de anormalidades cognoscitivas y comporta mentales en pacientes con IRC; los cambios que se presentan a nivel cognoscitivo, dependiendo de las investigaciones, van de leves a moderados (Parnierva, 1999). Tanto disfunciones cognoscitivas, como deterioro intelectual han sido indicados en pacientes sometidos a hemodiálisis durante un periodo prolongado (Kanai, Hirakata, Nakane, Fujii, Hirakata, Ibayashi, & Kuwabara, (2001).

El estudio de los cambios cognitivos de los pacientes con IRC tiene implicaciones tanto para los pacientes y sus familias como para los clínicos y los encargados de políticas de

salud pública. Estos cambios pueden influir en aspectos tales como: la capacidad del paciente para dar el consentimiento informado para el tratamiento de diálisis, la interferencia en los programas educativos ofrecidos a los pacientes y la participación en otros aspectos del tratamiento de la IRC (Sehgal, Grey, DeOreo & Whitehouse, 1997). De igual forma, se sugiere que el estado neuropsicológico juega un rol en las bajas tasas de empleo en los pacientes con IRC (Bremen, Wert, Durita & Weaver, 1997).

Por otra parte, se ha encontrado que el personal de las unidades gasta un 38% más de tiempo durante el tratamiento, especialmente en la terminación de la diálisis, con los pacientes que presentan deterioro cognoscitivo. También se ha encontrado una asociación entre el deterioro cognoscitivo y el aumento de los días de hospitalización (Kutlay, Nergizoglu, Duman, Atli, Keven, Erturk, Ates, Le, Wilson y Douwk, (1994); Sehgal, Grey, DeOreo & Whitehouse, 1997).

2.8. Actitud ante el tratamiento: cómo enfrentar la enfermedad crónica.

Según Ramírez, Díaz, Andrés (2009) el paciente con insuficiencia renal crónica en Hemodiálisis suele sufrir cambios psicológicos, sociales, en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no sólo le afectan a él, sino a toda su familia.

Algunas personas aceptan el hecho de tener una enfermedad renal y que necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas. Otros en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad, habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión, frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares.

Es muy importante saber que es posible desarrollar nuevas capacidades y habilidades que permitan lograr una mejor calidad de vida. Así como también es posible obtener ayuda para asumir la enfermedad y su tratamiento.

Durante la intervención en la convivencia con los pacientes se percato que el aspecto espiritual es importante para ellos, ya que en el proceso de sanar, la espiritualidad

ocupa un importante lugar, nos hace contactarnos con esa área del ser humano que busca encontrar el sentido de la existencia individual y también del Universo, es lo trascendente, lo que va más allá de mí y lo que me rodea. Refleja inquietud en la trascendencia más allá de nuestra propia vida. La enfermedad y la crisis que ella conlleva, es una gran oportunidad para incorporar la espiritualidad como parte importante de cualquier terapia, tanto de pacientes, familiares, así como también del equipo de salud involucrado en ella.

Dejar momentos del día para estar a solas y poder contactarse con ella a través de la oración, la meditación, ejercicios de relajación o simplemente caminar y observar en silencio la naturaleza. Se puede también invitar a participar a familiares y/o amigos cercanos para que nos acompañen en silencio y compartan estos momentos de recogimiento interior.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

El presente trabajo es una investigación-acción con un alcance descriptivo, la investigación acción es una metodología común en las ciencia sociales, humanas y a las ciencias de la salud (entre otras), que permite construir conocimientos significativos para el mundo científico., al mismo tiempo que intervienen posibilitando la transformación de situaciones problemáticas para los grupos poblacionales con los que se acciona (Ahumada, Antón, Peccinetti, 2012), la investigación se realizo en febrero de 2013 en un hospital del Cd. Obregón Sonora donde se describen la percepción de la variable calidad de vida, en pacientes con insuficiencia renal crónica en servicio de hemodiálisis. Según Suárez, (2002), los rasgos característicos de la investigación acción, son el conocimiento, la intervención, la mejora y la colaboración.

3.1 Participantes

Se evaluó a una población de 30 sujetos de ambos sexos, 16 mujeres (53%) y 14 hombres (47%) a través de un muestreo no probabilístico intencional de 17 a 71 años originarios de diversas comunidades de Sonora y Sinaloa, cuyo diagnóstico médico insuficiencia renal crónica, los sujetos participantes se abordaron en el área de hemodiálisis de la institución de salud, donde reciben su tratamiento tres veces a la semana durante cuatro horas, los participantes fueron seleccionados de manera no aleatoria perteneciendo a un nivel socio económico bajo y medio bajo, algunos de ellos con complicaciones crónicas como consecuencia del curso de la enfermedad y la indebida adherencia al tratamiento.

Criterios de inclusión

- pacientes con Insuficiencia renal crónica.
- Ambos sexos.
- Firma de carta de consentimiento informado.
- Asistan al servicio de hemodiálisis

Criterios de exclusión

- Que presenten una discapacidad mental.

3.2. Instrumento

A continuación se describe el instrumento que se utilizó para esta investigación.

Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA): Autores Rosas, Sosa, Águila, (2009) el cual tiene como objetivo el medir la calidad de vida de pacientes en una escala lo suficientemente inclusiva como para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al afecto de las intervenciones, las características del instrumento evalúa 13 áreas, cada una con cuatro reactivos. Dichas áreas son; preocupación, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia medica y la relación con el médico. En general contiene 68 reactivos con tipo de respuestas

escala Likert: nunca (0%), casi nunca (20%), pocas veces (40%), frecuentemente (60%), casi siempre (80%), siempre (100%), dos de manera dicotómica y una por medio de una escala likert pictórica, que es el indicador general de calidad de vida.

el inventario se califica por medio de los valores asignados a cada uno de los reactivos que va del 0 al 5, se invierte el valor de los reactivos 2,3,4,5,6,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,31,32,33,34,35,36,37, 38,39,40,41 y 42, es decir 0=5, 1=4, 2=3, 3=2, 4=1, 5=0; posteriormente los reactivos se agrupan en los 13 factores, para obtener el valor de cada uno se promedian los reactivos correspondientes, para el factor preocupaciones (que incluye los reactivos del 1 al 6) el valor 0 significa excelente percepción y el 5 muy mala percepción.

Carta de consentimiento informado.

La cual consistió en explicar de manera breve y clara los objetivos de la investigación, en donde el sujeto al estar de acuerdo al participar firmo de la hoja de consentimiento, se les dieron las instrucciones y se les apoyo en caso de tener dudas. A los que no estuvieron de acuerdo se les agradeció su atención prestada.

3.3. Procedimiento.

Para la recopilación de la información se trabajo en las siguientes fases

Primera fase: vinculación

Se hizo el contacto directo con el Jefe de Departamento del servicio de hemodiálisis para la autorización de la realización de actividades, nos asignaron con la encargada del servicio de Departamento de Psicología, en el Hospital de unidad médica de alta especialidad (UMAЕ) de CD. Obregón integrándonos satisfactoriamente al equipo multidisciplinario en área del servicio de hemodiálisis, el cual cuanta con 280 pacientes con servicio los 365 días del año, con los cuales se trabajo con asistencia psicológica con la mayor parte en el turno matutino que son alrededor de 40 pacientes, con una intervención de terapia breve en donde se realizo de detecciones de casos

significativos para la investigación sobre no adherencia al tratamiento, depresión, ansiedad, entre otros.

Segunda fases: Aplicación de instrumento.

Se aplicó a 30 sujetos (16 mujeres y 14 hombres) y inventario de calidad de vida y salud (INCAVISA) a pacientes de insuficiencia renal crónica en el área de hemodiálisis de una institución de salud.

Tercera fase: calificar el instrumento

Se procedió a calificar los instrumentos y procesar la información en el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Cuarta fase: interpretación de resultados

Se procedió a interpretar la información y a redactarla en forma de resultados a través de análisis estadísticos de frecuencias y porcentajes.

Quinta fase: informe

Se realizó la entrega del informe técnico a la institución, en donde se hizo la recopilación de los resultados y registros que se obtuvieron a lo largo de intervención los cuales se entregaron a la encargada del departamento de psicología de la institución.

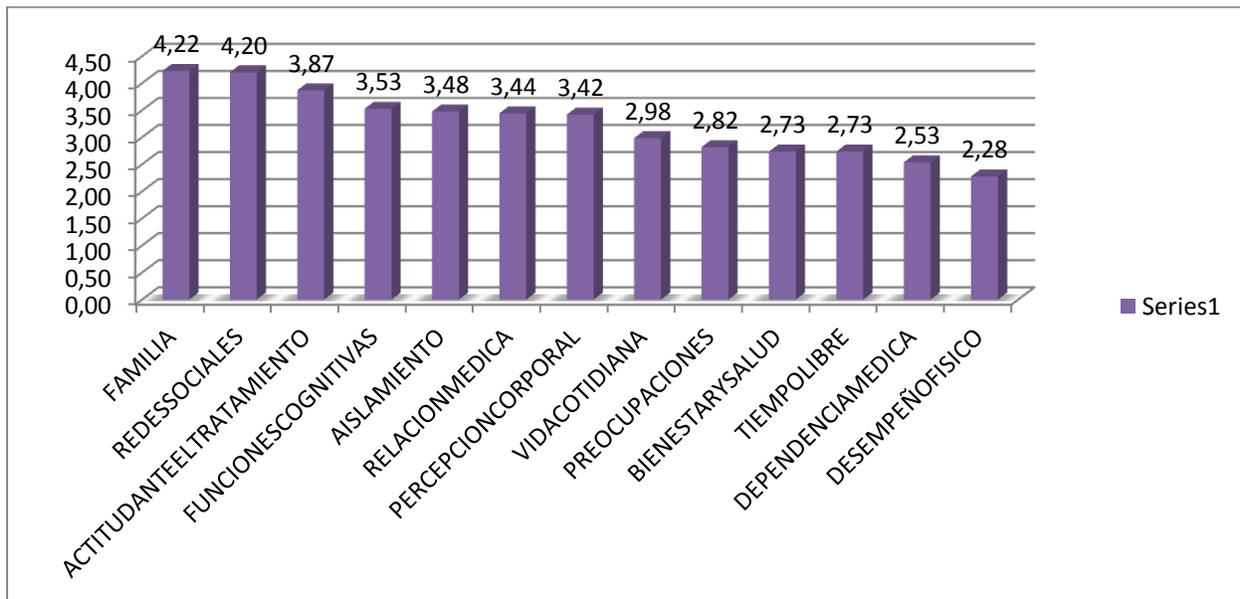
CAPÍTULO IV.

RESULTADOS

Se aplicó el inventario de calidad de vida (INCAVISA) a una población de 30 pacientes con insuficiencia renal crónica en servicio de hemodiálisis de ambos sexos (16 mujeres y 14 hombres).

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio

Figura 1. Media del inventario de calidad de vida (INCAVISA) escala total.



En la figura 1 se aprecia que los pacientes tienen una buena percepción de calidad de vida en la dimensión de familia con una media de (4.23) redes sociales de (4.20). Además se observa que tiene una percepción regular en actitud ante el tratamiento (3.87), funciones cognitivas (3.53), aislamiento (3.48), relación médica (3.44) y percepción corporal (3.42) así como también en la mayoría de las dimensiones (6) el paciente se percibe con una mala calidad de vida, siendo estas vida cotidiana (2.98), preocupación (2.82) bienestar y salud (2.73), tiempo libre (2.73) dependencia médica (2.53) y siendo una de las más bajas desempeño físico (2.28).

En la escala total del inventario sobre calidad de vida se encontró una media de 3.30, lo que indica que el grupo tiene una percepción de calidad de vida regular del total de los participantes el 13% reportan tener una percepción buena de su calidad de vida comparado con un 33% que reportan una mala percepción (véase tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje del inventario calidad de vida (INCAVISA) escala total

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	10	33.3 %
Regular	16	53.3 %
Buena	4	13.3 %

A continuación se presentan los resultados por dimensión.

a) Dimensión preocupaciones se encontró una media de 2.8, lo que indica que el grupo tiene una percepción de preocupación por su salud mala del total de los participantes solamente el 26,7% reportan tener una percepción buena de su calidad de vida comparado con un 23,3% que reportan una percepción regular (véase tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de la dimensión preocupaciones

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	15	50,0
Regular	7	23,3
Buena	8	26,7

b) Dimensión desempeño físico se encontró una media de 2.2, lo que indica que el grupo tiene una mala percepción sobre desempeño físico del total de los participantes solamente el 23,3% reportan tener una percepción buena de su desempeño físico, comparado con un 6,7% que reportan una percepción regular (véase tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de la dimensión desempeño físico

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	21	70.0
Regular	2	6,7
Buena	7	23,3

c) Dimensión Aislamiento se encontró una media de 3.4, lo que indica que el grupo tiene una percepción de calidad de vida regular del total de los participantes solamente el 50,0% reportan tener una percepción buena de su calidad de vida comparado con un 33,3% que reportan una mala percepción (véase tabla 4).

Tabla 4. Porcentaje de la dimensión aislamiento

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	10	33,3
Regular	5	16,7
Buena	15	50,0

d) Dimensión percepción corporal se encontró una media de 3.4, lo que indica que el grupo tiene una percepción regular del total de los participantes solamente el 30,0% reportan tener una percepción buena comparado con un 20,0% que reportan una mala percepción (véase tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de la dimensión percepción corporal

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	6	20,0
Regular	15	50,0
Buena	9	30,0

e) Dimensión funciones cognitivas se encontró una media de 3.5, lo que indica que el grupo tiene una percepción de la función cognitiva regular del total de los participantes solamente el 46,7% reportan tener una percepción buena de su función cognitiva comparado con un 26,7% que reportan una mala percepción (véase tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de la dimensión funciones cognitivas

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	8	26,7
Regular	8	26,7
Buena	14	46,7

f) Dimensión actitud ante el tratamiento se encontró una media de 3,8, lo que indica que el grupo tiene una percepción regular del total de los participantes solamente el 43,3% reportan tener una percepción buena de su actitud ante el tratamiento comparado con un 10% que reportan una mala precepción (véase tabla 7).

Tabla 7. Porcentaje de la dimensión actitud ante el tratamiento

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	3	10,0
Regular	14	46,7
Buena	13	43,3

g) Dimensión familia se encontró una media de 4.2, lo que indica que el grupo tiene una percepción de la familia buena del total de los participantes solamente el 6,7% reportan tener una percepción regular de la familia comparado con un 13,3% que reportan una mala precepción (véase tabla 8).

Tabla 8. Porcentaje de la dimensión familia

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	4	13,3
Regular	2	6,7
Buena	24	80,0

h) Dimensión tiempo libre se encontró una media de 2.7, lo que indica que el grupo tiene una percepción de tiempo libre mala del total de los participantes solamente el 36,7% reportan tener una percepción buena de su tiempo libre comparado con un 13,3% que reportan una percepción regular (véase tabla 9).

Tabla 9. Porcentaje de la dimensión tiempo libre

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	15	50,0
Regular	4	13,3
Buena	11	36,7

i) Dimensión vida cotidiana se encontró una media de 2.9, lo que indica que el grupo tiene una percepción de vida cotidiana mala del total de los participantes solamente el 43,3% reportan tener una percepción buena de su vida cotidiana al igual del 13,3% que reportan una percepción regular (véase tabla 10).

Tabla 10. Porcentaje de la dimensión vida cotidiana

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	13	43,3
Regular	4	13,3
Buena	13	43,3

j) Dimensión dependencia medica se encontró una media de 2.5, lo que indica que el grupo tiene una percepción de dependencia medica mala del total de los participantes solamente el 26,7% reportan tener una percepción buena de su dependencia medica comparado con un 10,0% que reportan una percepción regular (véase tabla 11).

Tabla 11. Porcentaje de la dimensión dependencia médica

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	19	63,3
Regular	3	10,0
Buena	8	26,7

k) Dimensión relación con el médico se encontró una media de 3.4, lo que indica que el grupo tiene una percepción de relación con el médico regular del total de los participantes solamente el 53,3% reportan tener una percepción buena en la relación con el médico comparado con un 33,3% que reportan una mala percepción (véase tabla 12).

Tabla 12. Porcentaje de la dimensión relación con el médico

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	10	33,3
Regular	4	13,3
Buena	16	53,3

l) Dimensión redes sociales se encontró una media de 4.2, lo que indica que el grupo tiene una percepción de redes sociales buena del total de los participantes solamente el 13.3% reportan tener una percepción regular en la relación con el médico comparado con un 10,0% que reportan una mala percepción (véase tabla 13).

Tabla 13. Porcentaje de la dimensión redes sociales

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	3	10,0
Regular	4	13,3
Buena	23	76,7

m) Dimensión bienestar y salud se encontró una media de 2.7, lo que indica que el grupo tiene una percepción de bienestar y salud mala del total de los participantes solamente el 10.0% reportan tener una percepción buena en el bienestar y salud comparado con un 23,3% que reportan una percepción regular (véase tabla 14).

Tabla 14. Porcentaje de la dimensión bienestar

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	20	66.7
Regular	7	23.3
Buena	3	10.0

CAPÍTULO V.

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES.

La calidad de vida en pacientes dializados ha sido estudiada por diversos investigadores, reportándose en la literatura diversos elementos que influyen en ésta. El mayor porcentaje de estas investigaciones se ha realizado en España y Estados Unidos, siendo escasas en países latinoamericanos. En Chile, la IRCT se ha estudiado desde el punto de vista epidemiológico, de evolución clínica, complicaciones a largo plazo, morbilidad, mortalidad, entre otras (Poblete, 2008)

Según De los ríos, Sánchez y Guerreo (2003) afirman que el grado del perfil epidemiológico en México a partir de la década de los 50's del siglo pasado, se ve reflejada claramente la lenta disminución de los padecimientos infecciosos, pero de un desmedido incremento de las enfermedades crónicas degenerativas.

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico pobre y alto costo. El número de pacientes con IRCT tratados mediante hemodiálisis ha experimentado un significativo aumento.

En este capítulo se describen algunos de los resultados más significativos obtenidos en este estudio, así mismo presentan recomendaciones que son derivadas de los mismos.

Dado que la calidad de vida se relaciona con la salud, las dimensiones recomendada a evaluarla según Rosas, Sosa & Aguilar (2009) coinciden con las recomendadas por Sanabria (2003), en abordar los dominios físicos, psicológicos y sociales, el funcionamiento físico y la discapacidad; en el dominio psicológico se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; y en el tercer dominio se valoran las relaciones interpersonales del pacientes, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros.

En la presente investigación se pudo corroborar que el estado emocional del paciente influye en la no adhesión al tratamiento, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y a un aumento de los riesgos de mortalidad (De los Ríos, Ávila & Montes, 2005; Kimmel & Peterson, 2006).

Además Según los resultados obtenidos por Rodríguez, Castro, Merino (2005) en su investigación sobre las características personales y calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, su escala total de percepción de los participantes fue semejante de nuestra investigación con una percepción regular del total de los participantes.

Al examinar cada uno de las dimensiones que componen la escala (cuestionario de salud SF-36) se pudo observar que la calidad de vida en esta población es regular a baja, ya que las medias aritméticas fueron las siguientes: Función Física (64,7), Rol Social (55,9) y Rol Emocional (52,5) obtuvieron las puntuaciones más altas, y las dimensiones Rol Físico (23,6), Vitalidad (38,2) y Salud Mental (38,1) obtuvieron las puntuaciones más bajas.

El examen de cada una de las dimensiones del cuestionario de salud SF-36 indica que:

Función física: Un 76,7% de los pacientes se encuentra con algún grado de limitación, para realizar esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados y realizar deportes agotadores, concordando con nuestra investigación siendo la actividad física una de las más bajas, se puede observar en la figura 1.

Al igual que red social existe una semejanza ya en la dimensión presentan una percepción buena sobre su actividades sociales como visitar amigos, vecinos o parientes entre otras.

A lo largo de la investigación resalta la importancia que el paciente percibe en aspectos como la unión familiar, la comprensión, el poder hablar libremente de sus sentimientos y preocupaciones, así como tener un apoyo económico y emocional dentro de la familia, nos arroja un estado emocional estable lo cual es determinante en la salud del paciente ya que al existir una armonía familiar, es motivación para tener apego al tratamiento resultando en una mejor calidad de vida.

De acuerdo a las investigaciones hechas por Urzù, Pavlov, Cortès, Pino (2011) se comprobó que la ansiedad, la disfunción social y la depresión, afectan la calidad de vida. Donde más comprometida se encuentre la salud física y mental, mayor será la presencia de disfunción social, ansiedad y depresión.

Es fundamental la intervención psicológica en los pacientes en servicio de hemodiálisis como un fuerte apoyo en el proceso de su tratamiento, brindando herramientas necesarias para adquirir una calidad de vida óptima.

Para futuras investigaciones se considerar importante estudiar el tiempo del tratamiento ya que se fundamental analizar el deterioro físico que conlleva la enfermedad y como afecta en la calidad de vida del paciente, además considerar el tiempo de la enfermedad.

Es importante que se vincule el trabajo médico-psicólogo focalizando la atención psicológica en los pacientes que presentan síntomas depresivos, así como brindar

información al paciente sobre los riesgos y/o efectos del tratamiento sustitutivo y sus medicamentos.

Además de promover la asistencia psicológica en pacientes con enfermedad crónica degenerativa.

Comunicación integral entre paciente y profesionales de la salud, así como entre el equipo médico.

La importancia que toda institución de salud deba contar con asistencia psicológica para la atención integral del paciente.

Conocimiento esencial del área a la cual se abordara psicológicamente.

REFERENCIAS

- Aaronson, K. (1990) Quality of life Assesment in cancer clinical trials, in J.C. Holland y R Zittoun Psychological of oncology Germany (Inf. Tèc.): European School of oncology.
- Ahumada, M. Antón, B. Peccinetti, M. (2012) el desarrollo de la investigación acción participativa en psicología. Argentina. Recuperada el 19 de agosto del 2013 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25926198005>
- Alcázar, R. (2008) Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. España. Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) recuperado el 13 de marzo del 2013 de <http://www.revistanefrologia>
- Andrews, M. y Whitney, S. (1976) Social Inicators of well-beging: American`s perception of quality of life. New York: Plenum.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. Revista latinoamericana de psicología, vol, 35, num, 2, 2003, pp. 161-164. Fundación universitaria Konrad lorenz, Colombia.
- Arita, B. (2007) Percepción de la calidad de vida: modelo factorial confirmatoria. Revista psicológica y salud, 17, 191-198.
- Benedetti, E., Asolati, M y Duna, T. (1998). Kidney transplantation in recipients with mental retardation. *Am J Kidney Dis* 1998; 31: 509–16.
- Bingaman, C. (1980). Dialysis team: an assessment of professional interaction. *Contemporary Dialysis*, 49(50), 60-70
- Bremer, B., Wert, M., Durica, L. & Weaver, A. (1997). Neuropsychological, physical, and psychosocial functioning of individuals with endstage renal disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 348-352

- Castro, E. (2005) Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica de México. Recuperada el día 16 de abril del 2013 en página de internet: http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/insuficiencia_renal.pdf
- Chávez, R. (2001) Evaluación de la calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis con el uso de eritropoyetina. Recuperado el 12 de octubre de 2005, de <http://www.uninet.edu/cin2001/html/paper/chavez.html>
- Contreras, F. Esguerra, G. Espinosa, J. Gutiérrez, Fajardo, L. (2006) Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Universitas Psychologica, vol.5. núm.3. octubre-diciembre, 2006, pp. 487-499, ponificia universidad javeriana, Colombia
- Cuba. M, Gallo, M., Vincench, M. (2009) Actitud ante el trasplante renal de los enfermos con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento dialítico. Recuperada el 06 de marzo del 2013 de <http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132ori3.htm>
- De los Ríos, J. L., Ávila, T. L. & Montes, G. (2005). Depresión en pacientes con nefropatía diabética y su importancia en el diagnóstico enfermero. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 13(1-2)
- Fernández. S., Martín, A., Barbará, M., González, M., Alonso, M. y Ortega, M. (2005). Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. Revista de la sociedad española de nefrología, pp. 57, 185-198
- Flores, C., Alvo, M., Borja, H., Morales, J. Vega, J., Zúñigas, C., Müller, H. y Münzenmaye, J.(2009) Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Recuperado el 24 de abril de 2013 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000100026&script=sci_arttext

- Fuentes, X., Castiñeiras, M., Queraltó, J. (1998) Bioquímica clínica y patología molecular. Volumen II. España. Ed. Revertè.
- Ganong, W. (2004). Fisiología médica (19ª ed.). México, D. F.: El Manual Moderno.
- Gonzalez, V., y Lobo, N. (2001) Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Aproximación a un proyecto integral de apoyo. Revista de la sociedad española de enfermería nefrológica, pp. 4, 6-12.
- Guyton, A. y Hall, J. (1997). Tratado de Fisiología Médica (9ª ed.).Madrid: McGraw-Hill.
- Hailey, B. y Moss, S. (2000) Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: A review of the literatura. Psychology health y medicine, pp. 395-406.
- Hernando, L. (2008) Nefrología clínica. España. Ed. Panamericana.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2010). Manual de inducción para pacientes renales. México.
- Kanai, H., Hirakata H., Nakane, H., Fujii, K., Hirakata, E., Ibayashi, S. & Kuwabara, Y. (2001). Depressed cerebral oxigen metabolism in patients with chronic renal failure: A positron emission tomography study. American Journal of Kidney Diseases, 38 Suppl 1, S129-S133.
- Karatan, O. (2001). Recognition of neurocognitive dysfunction in chronic hemodialysis patients. Renal Failure, 23, 781-787
- Kasiske, B., Cangro,C y Hariharan S. (2001) The evaluation of renal transplant candidates: clinical practical guidelines. *Am J Transplantation* 2001; 1(Suppl. 2): 7-95
- Kutlay, S., Nergizoglu, G., Duman, N., Atli, T., Keven, K., Erturk, S., Ates, K. &
- Le, A., Wilson, R. y Douwk, K. (1994) Prospective risk stratification in renal transplant candidates for cardiac death.*Am J Kidney Dis* 1994; 24: 65-71

- Lubkin, I. M. (1998). Chronic illness: impact and interventions. EEUU: Jones and Bartlett.
- Mariano, L. (2002). Enfermedad renal crónica. Colombia Médica, 38-40.
- Martins, R. (2009) Nutrición y riñón. España. Ed. Panamericana
- Meichenbaum, D. Cameron, R. (1982) cognitive-behaviour therapy. En G. Wilson y C. Frans (Eds.) Contemporary behavior therapy, conceptual and empirical foundations. New York: Guilford Press.
- Melchor, C., Sánchez, I. González, M. Salazar, D. (2007) Choque Osmótico de células de líquidos peritoneales para el diagnóstico de infección peritoneal en pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). México
- Mera, M. (2007) Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Chile. Recuperada el 20 de marzo del 2013 de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>
- Mok, E. & Tam, B. (2001). Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. Journal of clinical nursing, 10, 503-511.
- Oblitas, L. Becoña, E. (2000) Psicología de la Salud. México. Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
- OMS. (2004) Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Recuperada el 06 del marzo de 2013 en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Parnierva, J. (1999). La diálisis: aspectos psicológicos y psiquiátricos. España (Ed.), La diálisis peritoneal (pp. 625-641).

- Peña J. (2002). Transición y equilibrio de la diálisis peritoneal y la hemodiálisis en México en la próxima década. Memoria del II Foro Académico de la Insuficiencia Renal Crónica, Academia Nacional de Medicina. *Nefrol Mex* ;23:77-80.
- Pérez, J. Llamas, F., Legido, A. (2005) Insuficiencia Renal Crónica: revisión y tratamiento conservador. España. Asociación Española de Médicos Internos Residentes, Vol.1, número 003 pp.1-10.
- Poblete, B. (2008). Hemodiálisis Crónica en Chile. Cuenta de HDC en Chile. 51 p.
- Prez, J., Llamas, F., Legido, A. (2005) Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador. *Archivo de medicina*, mayo-junio, año/vol.1, número 003. Asociación española de médicos internos residentes. Madrid, España. Pp 1-10.
- Ramírez H. Díaz N., Andrés C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Enero-Junio, 165-176. recuperada el 06 de marzo del 2013 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79911627012#>
- Ramos, A. (2007) Prescripción y adecuación de la terapia en diálisis peritoneal. México. Recuperado el 27 de febrero del 2013 en <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3601>
- Rodríguez, M. Castro, M. Merino, J. (2005) calidad de vida en pacientes renales hemodializados. Chile. Recuperada el 06 de junio del 2013 en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532005000200007&script=sci_arttext
- Rosas, A. Sosa, J. & Águila, M. (2009) Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa) México. Manual Moderno.

-
- Sanabria, R. (2003) Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. En Borrero, Restrepo, rojas y vélez. Nefrología. Medellín: corporación para investigaciones biológicas.
- Suárez, M. (2002) algunas reflexiones sobre la investigación acción colaboradora en la educación. Revista electrónica de enseñanzas de las ciencias. Vol. 1 Num. 1. disponible el <http://saum.uvigo.es/reec/volimenes/volumen1/numero1/art3.pdf>
- Suh, M., Kim,S., Park, J. y Yang. W. (2002) effects of regular exercise on anxiety, depression, and quality of life in maintenance hemodialysis patients, journal renal failure, 24. Pp. 337-345.
- Sehgal, R., Grey, F., DeOreo, B. & Whitehouse, J. (1997). Prevalence, recognition, and implications of mental impairment among hemodialysis patients. American Journal of Kidney Diseases, 30, 41-49.
- Smogorzewski, M. J. (2001). Central nervous dysfunction in uremia. American Journal of Kidney Diseases, 38 suppl 1, S122 - S128.
- Tovbin, D., Gidron, Y., Granovsky, R. y Schnieder, A. (2003) relative importance and interrelations between psychosocial factor and individualized queliy of life of hemodialysis pacientes. Quality of life research, 12, 709-717.
- Treviño, A. (2004) insuficiencia Renal Crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. Academia Mexicana de Cirugía. Recuperada el 26 de febrero del 2013 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc041a.pdf>
- Treviño A. Insuficiencia renal crónica en México. Nefrol Mex 2002; 23(2):47.

-
- Treviño, A. (2009) Tratamientos sustitutos en enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal Cirugía y Cirujanos, Vol. 77, Núm. 5, septiembre-octubre, 411-415,pp. Academia Mexicana de Cirugía México.
- Trujillo, O. (2004) Manual de capacidad del paciente en diálisis peritoneal. Bogotá: Often Gráfico
- Trull, T. Phares, E. (2003) Psicología Clínica conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. México. THOMSON
- Ureña, A. Rovira, P. Ramos, J. (1997). Evolución de la Calidad de Vida relacionada con la salud en las personas portadoras de un riñón trasplantado. Barcelona.Edit. Hostal, S.A.
- Urzúa, A. Pavlov, R. Cortès, R. Pino, V. (2011). Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados. Chile. Recuperada el 11 de junio del 2013 en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100014
- Velarde, E., Àvila, C. (2002) evaluación de la capacidad de vida. Salud publica de mexico, 44, pp. 349-36

ANEXOS

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD.

(In Ca Vi Sa)

Dra Angélica Riveros Rosas.

Juan José Sánchez-Sosa. PhD.

Mark del Águila. PhD.

INSTRUCCIONES.

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted, en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen preguntas buenas ni malas.

Por favor siéntese en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO.

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0% nunca	20% Casi nunca	40% Pocas veces	60% Frecuentemente	80% Casi siempre	100% siempre
-------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	-----------------

Encerraría "CASI NUNCA" si tiene miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE".

0% nunca	20% Casi nunca	40% Pocas veces	60% Frecuentemente	80% Casi siempre	100% Siempre
-------------	-------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	-----------------

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde con toda confianza y conteste con la verdad.

Las siguientes preguntas se refieren a como ha pensado o sentido durante las últimas 2 semanas, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones, pero solo en los últimos 15 días.

1.- Creo que si me cuido mi salud mejorara.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

2.-Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

Durante las últimas 2 semanas...

PREOCUPACIONES.

3.-Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

4.- Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

5.- Me preocupa que alguien se sienta incomodo cuando está conmigo por mi enfermedad.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

6.-Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

Durante las últimas 2 semanas...

DESEMPEÑO FÍSICO

7.- Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

8.- Si es necesario puedo caminar 2 o 3 cuadras fácilmente.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

9.- Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

10.- Puedo subir varios pisos por las escaleras sin hacer grandes esfuerzos.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Durante los últimas 2 semanas.

AISLAMIENTO.

11.- Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

12.-Me siento tan vacío que nada puede animarme.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

13.- Me parece que desde que enfermé, no confían en mi como antes.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

14.- Me siento solo, aun estando en compañía de otros.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

Durante las últimas 2 semanas...

PERCEPCIÓN CORPORAL

15.- Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a).

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

16.- Me siento restringido(a) por mi peso.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

17.- Me da pena mi cuerpo.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

18.-Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a).

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

Durante las últimas 2 semanas....

FUNCIONES COGNITIVAS.

19.- Se me olvida en donde dejo las cosas.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

20.- Se me olvidan los nombres.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

21.- Tengo dificultades para concentrarme y pensar.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

22.-Tengo problemas con mi memoria.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

Durante las últimas 2 semanas...

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO.

23.- Me fastidia tomar tantas medicinas.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

24.- Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

25.- Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

26.- Me siento incomodo(a) con mi médico.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

Durante las últimas 2 semanas...

FAMILIA.

27.- El amor de mi familia es lo mejor que tengo.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

28.- Me siento a gusto entre los miembros de la familia.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

29.- Mi familia me comprende y me apoya.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

30.- Mi familia cuida mis sentimientos.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

TIEMPO LIBRE.

31.- Desde que enfermé deje de disfrutar mi tiempo libre.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

32.- Me siento triste cuando veo a otras personas que hacen lo que yo antes hacía.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

33.- Desde que me enfermé dejé de pasar el rato libre con mis amigos.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

34.- Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a los amigos o familiares.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

Durante las últimas 2 semanas...

VIDA COTIDIANA.

35.- Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

36.- Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

37.- Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

38.- Dejé de disfrutar la vida diaria porque estoy enfermo(a).

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

Durante las últimas 2 semanas...

DEPENDENCIA MÉDICA.

39.-Espero que el médico cure todos mis síntomas.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

40.- Sólo el médico pueda hacer que me sienta mejor.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

41.- No me importa que tengo, sólo quiero que el médico me cure.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

42.- El responsable de que me cure es el médico.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

Durante las últimas 2 semanas...

RELACIÓN CON EL MÉDICO.

43.- Disfruto asistir al médico.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

44.- Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

45.- Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	siempre

46.- Necesito atención médica constantemente.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

REDES SOCIALES.

47.- Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

48.- Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

49.- Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

50.- Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que me puede ayudar.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

BIENESTAR Y SALUD.

51.- En general, cómo evaluaría su calidad de vida?

Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



A



B



C



D



E



F

La peor calidad de vida, tan mala o peor que estar muerto.

La mejor calidad de vida posible.

52.- Mi salud en general es.

0
Muy mala

0
Mala

0
Regular.

0
Buena

0
Muy buena

0
Excelente

53.- En comparación con el año pasado ¿Cómo evaluaría su salud en general ahora?

0
Muy mala

0
Mala

0
Regular.

0
Buena

0
Muy buena

0
Excelente

54.- En los últimos 7 días ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (Por ejemplo, disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc...)

NO

SI

Por favor, describe _____

55.- En los últimos 6 meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo , muerte, enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación)

NO

SI

Por favor, describe _____

56.- Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece.

COMENTARIOS GENERALES.

57.- Si desea comentar algo más de su enfermedad o del cuestionario por favor escríbalo aquí. En caso de que necesite más espacio utilice el reverso de esta página.

SÍNTOMAS FÍSICOS.

La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor refleje su propio caso. Todas las preguntas se refieren a como se sintió usted en los últimos 7 días.

1.- ¿Dolor de Cabeza?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

2.- ¿Dolores musculares?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

3.- ¿Dolor en articulaciones?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

4.- ¿Hinchazón en tobillos y/o piernas?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

5.- ¿Problemas para ver?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

6.-¿Problemas para oír?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

7.-¿ Comezón o lesión en la piel? (llagas de cama ,hongos, ampollas, resequedad, etc..)

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

8.-¿Tos molesta?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

9.-¿Problemas al orinar?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

10.-¿ Tics, tartamudeo?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

11.-¿ Mal olor, por ejemplo en aliento, por sudoración, etc..?

No tuvo Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

Edad _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

¿Vive solo? Sí _____ No _____

En caso de haber respondido No por favor escribe las edades de las personas con quienes viva y la relación o parentesco que tienen con usted.

Edad	Sexo	Relación o parentesco.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Escolaridad. (Marque uno)

- Primaria incompleta.
- Primaria completa.
- Secundaria incompleta.
- Secundaria completa.
- Estudios comerciales.
- Bachillerato incompleto.
- Bachillerato completo.
- Estudios Universitarios. Escriba la carrera y último semestre o grado obtenido. _____

Ocupación. _____

Ingreso promedio mensual. _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante.

Somos María del Carmen Belmonte Esquer y Sirelda Adilene Valencia Fonseca estudiantes de la carrera de psicología en el Instituto Tecnológico de Sonora. Estamos realizando el trabajo de investigación de tesis bajo la temática: **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN SERVICIO DE HEMODIÁLISIS.**

Los objetivos específicos de este trabajo es:

- Medir el nivel de calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en servicio de hemodiálisis

En caso de aceptar participar se compromete a:

- Contestar el instrumento lo más honestamente posible
- Así mismo los resultados pueden ser parte de una investigación y ser publicados en revistas científicas.
- Nos comprometemos a mantener la más estricta confidencialidad en lo que se refiere a su identidad personal.
- De antemano muchas gracias por su valiosa colaboración

SI ACEPTO

NO ACEPTO

Fecha: _____ Firma del participante: _____.

APÉNDICE



INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SONORA

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Alumnos:	María del Carmen Belmonte Esquer y Sirelda Adilene Valencia Fonseca
Proyecto:	INTERVENCION EN PACIENTES CON HEMODIALISIS
Institución:	Instituto Mexicano de seguro Social IMSS
Horario:	8:00 AM – 12 AM 2:00PM- 6:00 PM
Fecha de inicio:	28/ Enero / 2013
Fecha de término:	07/Mayo/2013

I. Justificación de la intervención: Los beneficios que se tendrán con la aplicación del programa es que el pacientes se encuentren más relajados, menos ansiosos, motivados y tenga adherencia al tratamiento para contribuir a una mejor calidad de vida. En el caso de los familiares dar unas pláticas para que ellos mismos puedan motivar al paciente, teniendo un éxito en su recuperación, además de brindarles a los pacientes un acompañamiento emocional.

II. Objetivos o áreas en las que intervendrá: Brindar un acompañamiento emocional a los pacientes que asisten al programa de hemodiálisis, también, generar la mejora de la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar.

III. Actividades principales: intervención psicológica con los pacientes de hemodiálisis y el apoyo emocional

IV. Técnicas o procedimientos: técnicas de relajación: relajación progresiva de Jacobson, relajación sin tensión, relajación en otras posiciones: relajación progresiva de jacobson –campillo, relajación con visualización, visualización y afrontamiento: Confrontación, Distanciamiento- Olvido, Autocontrol, Búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huída evitación, planificación de solución de problemas, reevaluación positiva, etc.

V. Materiales o recursos: tríptico informativo

VI. Programa de intervención

SESIÓN	TÉCNICA	OBJETIVO	ACTIVIDADES
No. 1 Establecer rapport	Entrevista	El conocer sobre el paciente y descubrir en que áreas intervenir	El realizar preguntas y recibir respuestas
No. 2 Relajación	Relajación progresiva de jacobson.	Guiar al paciente a un estado de relajación profunda, mediante la tensión y relajación de los músculos, el efecto relajante en el que se basa la técnica de Jacobson, interviene en el control de diversas patologías como: estrés, ansiedad, y coadyuvantes para la depresión.	Trabajar con el paciente en tensión y relajación de los músculos para que ellos se encuentre relajados al momento recibir su tratamiento
No. 3 Afrontamiento	Estrategias de afrontamiento descripción	Es establecer el equilibrio emocional debido a la perdida de	Trabajar con el paciente en el manejo de la

		salud lo cual es el causante de estrés.	responsabilidad en su tratamiento, el manejo de las emociones, entre otras actividades.
No. 4 Depresión	Horario de actividades	Lograr del cambio de pensamientos negativos a positivos planeando actividades en las cuales a ellos se sientan útiles.	Realizar un horario de en donde el paciente realice actividades diarias.
No. 5 Motivación	Plan de vida	Que el paciente se trace metas alcanzables donde pueda sentirse motivado a seguir adelante.	Realizar planes a corto, mediano y largo plazo.