



UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS  
VERITATE SOLA NOBIS IMPONETUR VIRILISTOGA. 1948

*FACULTAD DE PSICOLOGÍA*

*TESIS PRESENTADA EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE MASTER  
EN PSICOLOGÍA MÉDICA.*

*TÍTULO: "Exploración de los estilos de afrontamiento a la  
enfermedad en pacientes con ERC en Hemodiálisis."*

*Autor: Lic. Yanet González Nieves*

*Tutor: Dr. Luis Felipe Herrera Jiménez*

*Cotutor: Dr. Jorge López Romero*

*Curso: 2011-2012*

CON SU ENTRAÑABLE TRANSPARENCIA



## Resumen

El tema de estudio se inscribe en una de las principales problemáticas que hoy aborda la Psicología de la Salud en relación a las Enfermedades Crónicas y constituye una línea de continuidad de investigaciones enfocadas a la Enfermedad Renal Crónica en pacientes en hemodiálisis (HD). Estudios previos han permitido describir las principales manifestaciones de los estados emocionales que predominan en estos pacientes así como algunos correlatos con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. El objetivo general es describir las características de los estilos de afrontamiento en pacientes con ERC en HD.

Se evaluó los estilos de afrontamiento en 32 pacientes con ERC en HD. La investigación se desarrolló en el Hospital Docente Provincial Arnaldo Milián Castro de Villa Clara.

La información se recogió mediante entrevistas, revisión documental, los inventarios monorasgos: STAXI-2, IDARE, Inventario de Beck, Cuestionario de Estados reiterados de frustración y el Cuestionario de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman. Se desarrollo un estudio exploratorio descriptivo mediante el paradigma cuantitativo de investigación.

Los resultados obtenidos reflejaron la presencia de afectaciones emocionales en los pacientes estudiados, predominando la ansiedad, la ira, la depresión y la frustración en niveles entre medio y alto. Se constató que durante en proceso de hemodialización aparecen muchos síntomas psicopatológicos de la esfera emocional que matizan la reacción integral de los mismos, afectan sus estilos de afrontamiento y su controlabilidad. Los estilos de afrontamiento más notables en el grupo de pacientes estudiados fueron: Búsqueda de apoyo social, Planificación y Reevaluación Positiva respectivamente. Se ofrecen conclusiones y recomendaciones que pueden ser de interés clínico e investigativo.

**Palabras claves:** Estilos de afrontamiento, Enfermedad Renal crónica, Hemodiálisis, estados emocionales, controlabilidad.

## **Abstract**

This paper deals about one of the main problems followed today by Health Psychology related to chronic diseases, however, the lack of scientific reports that allow to know how psychological factors in people with pathologies such as Renal Chronic Disease are modified, expressed and their influence. The main objective of the research is to describe the characteristics of the affront styles in patients with RCD with treatment HD developed trough a paradigm quantitative of research to the gathering, analysis and interpretation of information.

The research was developed in the Hospital Docente Provincial Arnaldo Milián Castro in Villa Clara. It was consciously selected a group of 32 patients with renal substitutive treatment (HD).

The instruments of psychological evaluation were the interview psychological, the test of Beck's Inventory, the Inventory of Anxiety feature-state (IDARE), the Inventory of the expression of the anger (STAXI-2), frustration's questionnaire, and affront styles questionnaire.

As central thesis it is set that in Renal Chronic Disease patients, in suffer from pathological manifestations of anxiety, depression, anger and frustration and there affect his styles affront and his "controlabilidad". The styles affronts more commune in this patient are Found of Social help, Plane and Positive Revaluation, in order. The results allowed offering recommendations that consider inside the description of renal chronic disease.

**Key words:** *Styles affront, Renal Chronic Disease, emotional stages, controlabilidad.*

## ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo I: Fundamentación Teórica.....	8
Capítulo II: Estrategia metodológica.....	28
Capítulo III: Presentación, análisis y discusión de los resultados .....	50
Conclusiones.....	73
Recomendaciones .....	75
Bibliografía .....	76
Anexos.....	82

## **Introducción**

La mayor parte de los retos actuales en el área de la Salud tienen que ver con el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades crónicas, las cuales, se ha reconocido, guarda su aparición, estrecha relación con el estilo de vida de las personas.

Así mismo, constituye sin dudas en la actualidad, un área de gran interés para la Psicología Clínica y de la Salud el estudio de las manifestaciones psicológicas que se presentan ante la aparición de enfermedades crónicas tales como la Enfermedad Renal Crónica (ERC).

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un déficit progresivo e irreversible de la función renal, que puede tener como causa diferentes enfermedades. Los riñones son uno de los órganos fundamentales de la economía interna. Entre sus funciones principales están la de controlar el volumen, composición y presión de los líquidos corporales, la eliminación del agua y polutos, la producción de glóbulos rojos, y el control de la presión arterial.

Cuando los riñones pierden su capacidad de funcionamiento se instala en el organismo la ERC, que al llegar a una etapa terminal impone la necesidad de realizar la función renal de manera artificial a través de los métodos dialíticos Hemodiálisis o Riñón Artificial o Diálisis peritoneal que requieren que el paciente asista al hospital tres veces por semana; en el primer caso por espacio de 3 ó 4 horas y en el segundo de 10 a 12 horas diarias, de no aplicar el tratamiento el paciente corre riesgo de perder la vida por alguna complicación.

Se hace evidente las repercusiones que tiene la ERC en el funcionamiento integral del sujeto, producto de la aparición de alteraciones orgánicas inherentes a la patología la persona debe inmediatamente reorientar su estilo de vida, hacia hábitos saludables que contribuyan al no progreso de la enfermedad, esto sin dudas trae consigo una serie de reajustes que comienza a subjetivar la persona y

que en última instancia lo hacen vivenciar una serie de limitaciones y pérdidas, lo cual le produce cambios en sus expresiones emocionales. Esta situación se hace más crítica una vez que el paciente ha evolucionado hacia una ERC con tratamiento dialítico. En la literatura se describe la última fase de la enfermedad renal como una de las más peculiares en el área de la salud. Ya que durante muchos años las personas portadoras de ERC morían indefectiblemente, hasta que el hombre fue capaz de crear una máquina que podía sustituir mecánicamente la función del riñón y prolongar la vida humana, más allá de los límites a que estaba condenada esa persona. Es la única afección donde la vida del paciente depende de esta máquina.

A pesar de que de esta forma logran sobrevivir miles de individuos en el mundo entero, este tratamiento en la casi totalidad de los casos impone limitaciones físicas y sociales. Los trastornos psicológicos asociados que más se describen en la literatura internacional son la depresión, la ansiedad, la ira, la frustración y la inseguridad. También se han estudiado cambios en la esfera cognoscitiva, que aunque está probado se dan en menor medida, estos están dados por una disminución de las posibilidades técnico-operacionales, inercia en la actividad psíquica, dificultades con la memoria y la atención.

Es de destacar también el aislamiento y el sentimiento de inferioridad que en el área afectiva y social sufren estos casos tal como se describe en casi todos los trabajos que al respecto existen. En estos pacientes se ha planteado una reestructuración particular del sistema de motivos producto de la limitación en su actividad fundamental, así como una estructuración de las actitudes también de un modo específico.

La Insuficiencia Renal Crónica terminal (IRCT) es una enfermedad con desenlace mortal a corto o mediano plazo, sin embargo desde la aparición de las terapias de sustitución y del trasplante renal se ha incrementado con éxito la sobrevida. El 80% de pacientes con IRCT se encuentran en terapia dialítica, siendo la hemodiálisis el método más usado. En EE.UU., la supervivencia

promedio en el primer año de hemodiálisis es de 80%, reduciéndose a 58% para el quinto año. La sobrevida en hemodiálisis está limitada por diversos factores como: edad avanzada, enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis hepática, desnutrición e hipertensión arterial (García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González V., y A. Hurtado, 2002).

1. El tratamiento con Diálisis Peritoneal en su forma manual y automatizada es una elección cada vez más frecuente entre los pacientes nefrológicos que requieren tratamiento sustitutivo teniendo en cuenta ciertas ventajas que esta técnica ofrece como la autonomía e independencia hospitalaria asociado a la mayor difusión que se le ha concedido a la técnica (Sansone, A. Cirugeda, M., Bajo, Del Peso, G., Sánchez, J. A., Tomero, Alegre, L., Hernández, Y., Polanco, N., Delgado, P., Soares, C. y R. Selga, 2004).

2. Se ha constatado que la Calidad de Vida Relacionada con al Salud (VRS) de enfermos renales es afectada por factores sociodemográficos tales como el desempleo y el bajo nivel educativo y socioeconómico; y psicosociales como los síntomas depresivos y ansiosos, y el apoyo social (Vázquez, I., Valderrábano, J., Fort, Jofré, R., López-Gómez, J., Moreno, F. y D. Sanz-Guajardo, 2004).

La depresión es el problema psiquiátrico con mayor prevalencia en los pacientes tratados con hemodiálisis, los estudios sugieren que constituye un factor de riesgo independiente de mortalidad. En EE.UU., la prevalencia de síntomas depresivos (usando el Inventario de Beck) en pacientes en hemodiálisis varía entre el 25,5% y 47%. Se conoce que la depresión puede afectar la función inmunológica y nutricional, asimismo puede afectar la adherencia a las indicaciones que se plantean en determinadas terapias. La presencia de ansiedad o una combinación ansiedad-depresión no ha sido suficientemente documentada en la ERC. Se reporta una prevalencia del 50% de síntomas ansiosos en pacientes en hemodiálisis, usando la Escala de Autovaloración de Zung (García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González V., y A. Hurtado, 2002).

La ERC se presenta con una incidencia de 2 pacientes cada 10.000 personas. En Cuba se registra una prevalencia de 225 enfermos por millón de habitantes y

se reporta que un total de 2 543 reciben tratamiento de hemodiálisis. Cada año fallecen en Cuba de 100 a 120 pacientes por millón de habitantes con Insuficiencia Renal, 55 por millón de habitantes menores de 50 años. Se conoce por estudios nacionales que la cifra de morbilidad y de grupos de riesgo es todavía mayor.

En el Hospital Docente Provincial Arnaldo Milián Castro de Villa Clara hay 136 pacientes con ERC bajo tratamiento con métodos sustitutivos de la función renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal).

Entre los aspectos psicológicos que hoy se consideran de mayor relevancia en el ámbito de las EC se encuentran los estilos de afrontamiento ante la enfermedad, observándose en muchas patologías crónicas una tendencia de los pacientes a adoptar estilos de afrontamiento no favorables para la evolución. Sin embargo, resultan escasos los estudios de estas variables psicológicas en la ERC, la presente investigación tiene como novedad abordar esta temática en pacientes sometidos a hemodiálisis, cuestión de enorme valor humano, clínico y social pues muchos de estos pacientes pueden requerir en un futuro tratamiento renal sustitutivo de tipo trasplante y del estilo de afrontamiento que adopten va a depender en gran medida que logren sobrevivir hasta ese momento.

Problema científico:

¿Cómo se manifiestan los estilos de afrontamiento a la enfermedad en pacientes con ERC en HD?

Objetivo general:

-Explorar las características de los estilos de afrontamiento en pacientes con ERC en HD.

Objetivos específicos:

-Analizar las principales características sociodemográficas de pacientes con ERC en HD.



- Identificar las principales preocupaciones que tienen los pacientes, con ERC en HD asociadas al status actual relacionado con la salud.
- Evaluar las manifestaciones emocionales de ansiedad, depresión, ira y frustración de los sujetos de la muestra vinculadas a su status actual relacionado con la salud.
- Explorar el criterio médico respecto a la relación entre manifestaciones psicopatológicas de la ERC y su evolución clínica.
- Explorar la percepción del cuidador principal acerca de las manifestaciones psicológicas más comunes en el paciente.
- Identificar los principales factores salutogénicos y patológicos que están incidiendo en los estilos de afrontamiento y por tanto en la controlabilidad en el paciente con ERC en HD.

La investigación se desarrolló en el Hospital Docente Provincial Arnaldo Milián Castro de Villa Clara. Se seleccionó intencionalmente del universo de pacientes con ERC atendidos en Hospital Docente Provincial Arnaldo Milián Castro de Villa Clara 32 pacientes con los diferentes estadios de la enfermedad en programa de Hemodiálisis.

*Métodos y técnicas utilizadas:*

*Métodos teóricos:*

- El analítico-sintético: permitió la valoración de la información científica para formular los cuestionamientos principales acerca de la intervención de las variables psicológicas en el curso y tratamiento de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica.
- El inductivo-deductivo: brindó la posibilidad de sistematizar conocimientos y consideraciones científicas que sirvieron de fundamentos teóricos del problema investigado a partir de sus antecedentes localizados en el estudio de otras enfermedades crónicas.

- El tránsito de lo abstracto a lo concreto: permitió llegar a las representaciones esenciales del problema investigado.

*Métodos empíricos:*

Para la obtención de la información: Observación, entrevista, revisión documental, los inventarios monorasgos: STAXI-2, Cuestionario de Estados reiterados de frustración, IDARE, Inventario de Beck y el Cuestionario de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman. Se describe el procedimiento de aplicación señalando las consideraciones éticas de la investigación.

*Métodos matemáticos y estadísticos:*

Para el análisis de la información recogida los datos fueron vaciados en Microsoft Excel y se aplicaron procedimientos de la estadística descriptiva como la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central como la media aritmética y el uso de tablas y gráficos para ilustrar los resultados.

Los principales resultados de la investigación se proyectan hacia la descripción de las manifestaciones los principales factores salutogénicos y patológicos que están incidiendo en los estilos de afrontamiento en el paciente con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis.

La novedad de la investigación radica en su aporte como estudio exploratorio para la profundización futura del tema de los principales factores salutogénicos y patológicos que están incidiendo en los estilos de afrontamiento en el paciente con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis, con su consecuente derivación práctica en una mejor atención integral de este tipo de paciente para llegar a elaborar recomendaciones para la intervención psicológica que contribuyan a mejorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud del paciente.

Desde el punto de vista teórico el estudio se apoya en planteamientos actuales que indican la importancia del potencial salutogénico en los trastornos crónicos. En este sentido el estudio puede ofrecer generalizaciones de valor teórico metodológico sobre cómo se manifiestan los estilos de afrontamiento en pacientes

que se encuentran en hemodiálisis. Desde el ámbito práctico la investigación puede ofrecer información de interés asistencial para médicos, psicólogos clínicos, personal paramédico, e incluso para los propios pacientes y familiares encargados de sus cuidados. Asociadas a las variables psicológicas estudiadas se abordan algunas variables sociodemográficas y clínicas.

La estructura general de la tesis está integrada por tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

En el primer capítulo se fundamenta teóricamente el problema científico mediante la sistematización de los antecedentes en el estudio de la Enfermedad Renal Crónica. El capítulo dos se ha dedicado al diseño metodológico de la investigación y puede servir de referente a estudios similares. Los principales resultados del estudio realizado se presentan, se analizan y se interpretan en el capítulo tercero. Las conclusiones y recomendaciones proyectan los principales hallazgos de la investigación y sus derroteros.

## **Fundamentos teóricos**

### *1.1. La Psicología Clínica y de la Salud y las Enfermedades Crónicas.*

Las Ciencias Psicológicas han alcanzado un notable desarrollo en los últimos cincuenta años. Entre las disciplinas más demandadas por su amplio espectro práctico profesional se encuentra la Psicología de la Salud.

La Psicología de la Salud surge como disciplina en los años 70 comprendiendo varias áreas extensas y ocupándose de:

- 1) la promoción y el mantenimiento de la salud;
- 2) la prevención y el tratamiento de la enfermedad;
- 3) los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad.

En una realidad contrastante en la que de un lado se produce el aumento significativo de la expectativa de vida en los últimos años, (de 48 años a principios del siglo pasado a 80 años a finales del mismo siglo) y el incremento de las enfermedades crónicas -cuyo origen está muy lejos de un factor patógeno específico y en las cuales se implican factores psicológicos, sociales y culturales que van más allá de lo que puede ofrecer el modelo biomédico tradicional- se hace cada vez más patente la necesidad de enfocar el concepto salud-enfermedad desde una perspectiva interdisciplinaria y holística en la que el abordaje multidisciplinar y multidimensional. Esta realidad no solo compete a psicólogos y médicos, sino también a sociólogos, economistas y políticos como agentes decisorios para ofrecer respuestas eficaces.

Partiendo de un planteamiento de principio de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1974) si se entiende que "la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades", hay que tener en cuenta no sólo los patógenos biológicos sino también los patógenos conductuales, así como los inmunógenos conductuales (Oblitas, 2011). En este contexto emerge la importancia de la Psicología de la Salud y el papel del

psicólogo que se dedica a esta área haciendo además evidente el carácter multidisciplinar de su campo de acción.

En esta encomiable labor del psicólogo de la salud se destaca el trabajo en el medio hospitalario en diferentes países y latitudes, así como su aporte a problemáticas como el dolor crónico, el miedo ante la muerte, la adherencia al tratamiento en pacientes con Enfermedades Crónicas como el cáncer, el burnout, la cefalea tensional y el aporte de la retroalimentación biológica o biofeedback. También presenta estudios sobre el desarrollo de la comunicación médico-paciente, así como la percepción de calidad en la atención hospitalaria (Oblitas, 2006).

Autores como Pérez Orta, Z. y M.G. Pastori Nahi, (citados por Oblitas y col., 2006), plantean que se hace evidente que los avances en el tratamiento médico, no garantizan que el paciente recupere los anteriores repertorios funcionales y mucho menos que reajuste su sistema de referentes simbólicos, emocionales y conductuales de manera que se facilite la salud, objetiva y subjetiva y en consecuencia su calidad de vida.

Se destacan los aportes de la Psicología de la Salud al manejo y solución de estos problemas de salud, mediante la revelación de la naturaleza subjetiva de la calidad de vida y en la evaluación de sus interconexiones con categorías y atributos relacionados con los factores psicosociales asociados, así como en la búsqueda y construcción de modelos teóricos psicológicos consecuentes, en la elaboración de instrumentos válidos y confiables y esclareciendo, cómo se desarrolla el proceso por el cual se transforman las condiciones de vida en bienestar y cuáles son los eslabones que conducen a él (Grau, Abalo, J. y Carmen Regina Victoria García, citado por Oblitas, 2011).

Las investigaciones y el desarrollo de planes de intervención de la Psicología de la Salud se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, el dolor crónico, la artritis, el asma, la diabetes, el cáncer, los trastornos cardiovasculares, las enfermedades reumáticas, la diabetes, el SIDA, intestino irritable y la Enfermedad Renal Crónica, entre otros, con el propósito de identificar

factores psico-fisiológicos, plantear intervenciones psicológicas y mejorar el bienestar y calidad de vida.

La enfermedad crónica se define como un "trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido, o es probable que persista, durante largo tiempo". De acuerdo con otra definición, se trata de un "proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible" (Oblitas, 2006 p. 6)

Las enfermedades crónicas, se han incrementado de una forma significativa y constituyen las principales causas de mortalidad y padecimientos en la población de todo el mundo. Es reconocido por autores como Oblitas (2006) que el 50% de los orígenes de estas enfermedades se deben a factores psicológicos y comportamentales relacionados con aprendizajes y hábitos no saludables, tales como una alimentación inadecuada, un estilo de vida sedentario y falta de ejercicio; patrones irregulares en el comportamiento del sueño, tendencia a la ira, el coraje, la ansiedad, el estrés y la depresión, esquemas de pensamiento erróneos con respecto a la salud y a la enfermedad, entre otros.

De manera general en las enfermedades crónicas la presencia de una o más de las condiciones médicas que la integran desencadena depresión, ansiedad, ira y demás vivencias de connotación negativas en la persona enferma. Es evidente que mientras más severa sea la enfermedad, es más probable que este tipo de vivencia gane en severidad y su vez complique el curso y evolución de la enfermedad y hasta se convierta en un factor de comorbilidad.

Por citar tan sólo un ejemplo, en el caso específico de la reconocida depresión compuesta, que se refiere a cuando este estado emocional o síntoma coexiste con otra enfermedad psiquiátrica o médica, se caracteriza por una magnitud mayor del efecto depresivo y usualmente es más resistente al tratamiento.

Resultan interesantes los resultados y avances logrados en las últimas dos décadas a nivel internacional en investigaciones aplicadas encaminadas a lograr un incremento de la esperanza y calidad de vida de pacientes que se encuentran

viviendo con una enfermedad crónica. Precisamente se encuentra como prioridades de la mayoría de los países desarrollados ofrecer una atención efectiva e integral a las personas portadoras de enfermedades crónicas.

En estas investigaciones se tiene como antecedentes los hallazgos de diferentes estudios acerca de los síntomas psicopatológicos ansiedad y depresión en Enfermedades Crónicas como el cáncer. Fernández, C., Padierna, C., Villoria, E., Billoria, E., y Amigo, I., Fernández, R. e Ignacio Peláez (2011) realizan el análisis de diversos reportes de investigación y destacan planteamientos tales como los que a continuación se presentan:

-Ciaramella y Poli, (2001); Deshields, Tibbs, Fan y Taylor, (2006); Groenvold, Petersen, Idler, Bjorner, Fayers y Mouridsen, (2007) revelan cómo en pacientes oncológicos se muestra una relación causal entre el bienestar psicológico y el incremento de la expectativa de vida;

-Spiegel, (1989), encontró que pacientes con cáncer de mama aleatorizados y asignados a un grupo de intervención psicosocial vivían más que pacientes de un grupo control;

-Meyerowitz, (1981); Barreto, Capafons e Ibáñez, (1987), cuestionan que la ansiedad y la depresión experimentadas durante el tratamiento oncológico deban considerarse síntomas psicopatológicos;

-Payne, Hoffman, Theodoulou, Dosik y Massie, 1999; Skarstein, Aass, Fossa, Skovlund y Dahl, (2000); Padierna, Fernández, Amigo, Gracia, Fernández, Peláez et al., (2004); Helgeson y Tomich, (2005), reconocen que las complejas relaciones entre el estado físico y emocional han evidenciado la necesidad de estudios transversales y longitudinales en los diferentes momentos de la Enfermedad Crónica y su tratamiento.

-Rodgers, Martin, Morse, Kendell y Verrill, (2005); Gil, Costa, Pérez, Salamero, Sánchez y Sirgo, (2008), plantean que todas estas investigaciones están contribuyendo a delimitar en qué medida la respuesta emocional del paciente es patológica y la sensibilidad y especificidad de los instrumentos y criterios diagnósticos.

(Citados todos por Fernández, C., Padierna, C., Villoria, E., Billoria, E., y Amigo, I., Fernández, R. e Ignacio Peláez, 2011).

Sin negar el valor de cada una de las investigaciones que desde la perspectiva de la Psicología de la Salud se realice en la búsqueda de descripciones y explicaciones del papel de los factores psicológicos en la estructuración y en la evolución de una Enfermedad Crónica, es evidente la necesidad de particularizar en cada una de estas patologías para poder avanzar de manera más precisa y eficaz en su diagnóstico y tratamiento. La presente investigación se enfoca hacia la Enfermedad Renal Crónica como continuidad de esta línea de investigación en nuestra facultad y teniendo como antecedente principal el estudio realizado por la autora “Comparación del estado emocional, en su relación con el perfil clínico en pacientes en estadios 3-4 y 5 de la Enfermedad Renal Crónica” (González, Y., Felipe Herrera, L. F. y López, J., 2009).

### *1.2 La Insuficiencia Renal Crónica y los tratamientos renales sustitutivos.*

El Sistema Renal comprende: dos riñones, dos uréteres, una vejiga urinaria y una uretra.

Las principales funciones del riñón son:

1. Depuración de sustancias finales del metabolismo.
2. Mantener la homeostasis del medio interno.
3. Regulación de líquidos y electrolitos corporales.
4. Regulación del metabolismo del calcio y fósforo.
5. Función endocrina.

Desde un punto de vista clínico, existen diversos factores que influyen poderosamente en la progresión de las enfermedades renales, debe tenerse en cuenta que estos factores actúan de manera combinada, potenciándose sus efectos nocivos sobre las estructuras y la función renal.

Se reconocen como causas más frecuentes de la insuficiencia renal crónica

1. Diabetes Mellitus.
2. Hipertensión Arterial.
3. Glomerulopatías.
4. Enfermedades obstructivas renales.



Los síntomas de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) son muy variados y pocas veces claros. Algunos pacientes no muestran síntomas por mucho tiempo. Produce lesiones graves antes de que la persona sospeche que está enferma. La mayoría son de índole general: debilidad, irritabilidad, dolor de cabeza, orinar constantemente durante la noche, mareos, náuseas, vómitos, picazón, el cuerpo se hincha, hay falta de aire, pérdida del apetito, fatiga, lentitud y calambres. Conforme avanza la enfermedad, la piel se vuelve de color terroso, seca y con tendencia a descamarse, con manchas y aumento de la presión arterial, aliento con olor a orina, dificultad para respirar, mucho sueño durante el día y dificultad para dormir durante la noche.

Con el avance de la enfermedad, la piel se vuelve de color terroso, seca y con tendencia a descamarse, con manchas y aumento de la presión arterial, aliento con olor a orina, dificultad para respirar, mucho sueño durante el día y dificultad para dormir durante la noche (Sellarés V. L, Martín Conde ML, 2002).

Los avances en los estudios sobre correlatos entre la presión arterial y la IRC son innegables, se ha comprobado que el mantenimiento de una tensión arterial normal contrarresta la progresión de la ERC, independientemente de la etiología de la misma. Este efecto favorable se observa con cualquier tipo de agentes hipotensores, siempre que se consiga la normalización de la tensión sistémica. No obstante, la relación entre hipertensión arterial y progresión de la ERC tiene aún bastantes aspectos por aclarar.

Se ha constatado que el 15-20% de los hipertensos esenciales desarrollan Insuficiencia Renal Progresiva. En investigaciones realizadas se ha descrito una clara asociación entre la gravedad de la hipertensión y la rapidez en la pérdida de función renal, siendo frecuente el registro de casos con hipertensión arterial leve que presentan una insuficiencia renal progresiva e igual se ha encontrado que la normalización de las cifras de tensión arterial no siempre logra frenar la pérdida de función renal en estos casos.

En resumen, se habla de Insuficiencia renal crónica cuando los riñones son incapaces de cumplir las funciones anteriores. La mayoría de las veces se presenta lentamente, no tiene cura y llega hasta una etapa terminal en la que por

la insuficiencia renal, el enfermo necesita un tratamiento renal sustitutivo del tipo de la hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal.

*Bases del tratamiento de la insuficiencia renal crónica.*

El tratamiento de la insuficiencia renal crónica se conforma de: Tratamiento renal sustitutivo, restricciones dietéticas y otras indicaciones médicas.

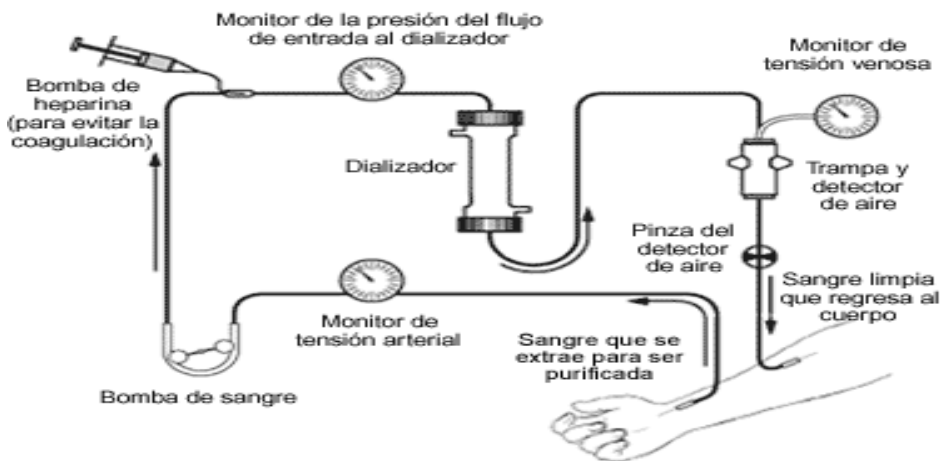
En una publicación realizada por el Centro Coordinador Nacional de Información sobre Enfermedades de los Riñones y de las Vías Urinarias de Estados Unidos en abril del 2002 sobre Insuficiencia Renal se analizaron los diferentes tratamientos que tiene dicha enfermedad. De ellos se hará referencia a dos (la hemodiálisis y el trasplante renal).

*La hemodiálisis.*

La hemodiálisis purifica y filtra la sangre por medio de una máquina que libra al organismo temporalmente de desechos nocivos, sal y agua en exceso. La hemodiálisis ayuda a controlar la tensión arterial y le ayuda al organismo a mantener el balance adecuado de sustancias importantes como el potasio, el sodio, el calcio y el bicarbonato.

En la hemodiálisis se utiliza un filtro especial llamado dializador que funciona como un riñón artificial para purificar la sangre. Durante el tratamiento la sangre pasa por unos tubos al interior del dializador, el cual filtra y retira los desechos y el exceso de agua. Luego la sangre purificada fluye de vuelta al cuerpo por otra serie de tubos. El dializador está conectado a una máquina que controla el flujo sanguíneo y retira los desechos de la sangre.

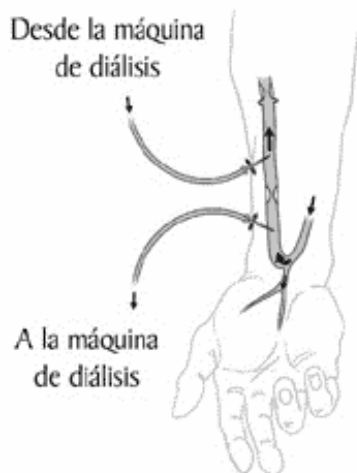
La hemodiálisis se debe hacer por lo general tres veces por semana. Cada tratamiento dura de 3 a 5 horas, o más. Durante el mismo, el paciente puede leer, escribir, dormir, charlar o ver televisión.



Para la hemodiálisis, hay que establecer una vía de acceso a la corriente sanguínea varios meses antes de que el paciente reciba el primer tratamiento. Es posible que deba pasar una noche en el hospital, pero a muchos pacientes se les coloca esta vía de acceso en calidad ambulatoria. El acceso constituye una forma eficaz de sacar la sangre del cuerpo hacia la máquina de diálisis y devolverla al paciente sin causar molestias. Las dos clases principales de acceso son la fístula y el injerto.

- El cirujano hace una fístula utilizando los vasos sanguíneos del paciente. Generalmente se conecta una arteria del brazo directamente con una vena. El mayor flujo de sangre hace que la vena crezca y se fortalezca de manera que pueda usarse para punciones frecuentes. Este es el tipo preferido de acceso.
- Es posible que pasen varias semanas antes de que esté listo para utilizarse.
- El injerto conecta una arteria con una vena por medio de un tubo sintético. A diferencia de la fístula, no tiene que desarrollarse, de modo que se puede utilizar más pronto, pero puede presentar más problemas de infecciones y presencia de coágulos.
- Las agujas se colocan en el interior de la vía de acceso para sacar la sangre.
- Injerto

Si la enfermedad renal ha avanzado rápidamente, es posible que no haya tiempo de establecer un acceso vascular permanente antes de comenzar los tratamientos de hemodiálisis. Puede ser necesario utilizar como acceso temporal un catéter, que es un tubo que se inserta en una vena del cuello, el pecho o la pierna, cerca de la ingle. A veces se utiliza un catéter como vía de acceso a largo plazo. Los catéteres que se van a necesitar por más de 3 semanas están diseñados para ir debajo de la piel con el fin de aumentar la comodidad y disminuir las complicaciones.



La hemodiálisis generalmente se realiza por un grupo de enfermeras y técnicos capacitados realiza la hemodiálisis en un centro de diálisis. En algunos países se puede hacer en la casa del paciente, con la ayuda de otra persona, que es por lo general un familiar o amigo.

Los problemas con el acceso venoso son las razones más comunes de hospitalización entre las personas que reciben hemodiálisis. Entre los problemas frecuentes están las infecciones, la obstrucción por coágulos y el mal flujo sanguíneo. Estos problemas pueden impedir que el tratamiento funcione. Es posible que haya que hacer repetidas cirugías para obtener un acceso que

funcione correctamente. A todas estas complicaciones se suman una variedad de alteraciones de tipo psicológicas que serán referidas en el presente trabajo posteriormente.

Otros problemas pueden ser ocasionados por cambios rápidos del equilibrio de agua y de algunas sustancias químicas del organismo durante el tratamiento. Dos de los efectos secundarios frecuentes son los calambres musculares y la hipotensión, o el descenso súbito de la tensión arterial. La hipotensión, o tensión arterial baja, puede hacer que el paciente se sienta débil, mareado o con ganas de vomitar.

Probablemente se necesitarán unos cuantos meses para adaptarse a la hemodiálisis. Los efectos secundarios a menudo se pueden tratar rápida y fácilmente, de modo que debe siempre informar de su aparición al médico y al personal de diálisis. Se puede evitar muchos de los efectos secundarios consumiendo una dieta adecuada, limitando la ingestión de líquidos y tomándose los medicamentos que se le formulen.

La hemodiálisis y una dieta adecuada ayudan a disminuir los desechos que se acumulan en la sangre. En todos los centros de diálisis hay un nutricionista disponible para ayudarle al paciente a planear sus comidas según las indicaciones del médico. Al escoger alimentos, se debe recordar lo siguiente:

- Comer cantidades balanceadas de alimentos con alto contenido de proteínas, como carne, pollo y pescado.
- Controlar la cantidad de potasio que come. El potasio es un mineral que se encuentra en sustitutos de la sal, en algunas frutas (plátanos y naranjas), en verduras, chocolate y nueces. El exceso de potasio puede ser peligroso.
- Limitar la cantidad de líquidos que toma. Cuando los riñones no funcionan, el agua se acumula rápidamente en el cuerpo. El exceso de líquidos hace que los tejidos se hinchen y puede provocar hipertensión arterial, problemas cardíacos, y calambres e hipotensión durante la diálisis.
- Evitar la sal. Las comidas saladas provocan sed y hacen que el cuerpo retenga agua.

- Limitar alimentos como leche, queso, nueces, frijoles secos y bebidas de colas oscuras, ya que contienen grandes cantidades de un mineral llamado fósforo. El exceso de fósforo en la sangre hace que el calcio salga de los huesos, lo que los vuelve débiles y frágiles. Para evitar problemas de los huesos, es posible que el médico le formule medicamentos especiales que debe tomar todos los días con las comidas en la manera en que se le indique.

### 1.3. Principales manifestaciones psicológicas en la **Enfermedad Renal Crónica**.

En la ERC desde los inicios del proceso patológico de la enfermedad renal, el paciente percibe que su funcionamiento físico general ha comenzado a alterarse e inmediatamente el paciente debe iniciar una modificación (a veces radical), de sus hábitos de vida para evitar peores y fatales afectaciones en su salud.

Con mayor o menor resistencia la persona con esta enfermedad crónica comienza a elaborar o re-elaborar el sentido de la muerte con una proyección de inmediatez que puede conllevar a la reestructuración de sus aspiraciones, sueños y proyectos de vida en los que se implica todo lo significativo y relevante para la persona, que genéricamente hablando se refiere al desarrollo personal, familia, pareja, profesión, vida social, entre otros.

En esta situación en que la sintomatología propiamente orgánica se presenta como con una urgencia vital, la subjetivación de la misma constituye un elemento clave que se relaciona con la actitud que la persona asume ante la enfermedad y los estados afectivos, volitivos y cognitivos que se van estructurando e implicando en su manera de reaccionar ante la enfermedad.

White, T. y et.al., 2002) al evaluar las pérdidas del paciente renal establecen una jerarquía que sin lugar a dudas, más allá de las regularidades generales con que han sido identificadas, pasa por la dimensión individual de cada persona enferma.

1. Salud.
2. Libertad.
3. Imagen corporal.
4. Hábitos diarios.
5. Autonomía.

6. Autoestima.
7. Bienestar físico.
8. Rol familiar.
9. Rol como pareja.
10. Sexualidad.
11. Trabajo.
12. Tiempo libre.
13. Vida comunitaria.
14. Sueños y aspiraciones.
15. Estilo de vida.
16. Capacidad de elegir.

Elizabeth Kubler- Ross, E, (1989) plantea el tránsito de estas personas por cinco etapas de un proceso de duelo para elaborar estas pérdidas:

Fase I. Negación.

Fase II. Concientización.

Fase III. Rabia.

Fase IV. Depresión.

Fase V. Aceptación.

En los últimos años en el contexto internacional según los reportes de revistas especializadas como la Revista de Nefrología Española, predominan los estudios con los pacientes en tratamiento de hemodiálisis. En particular, al abordar el papel de los factores psicológicos en el tratamiento y la evolución de la enfermedad, las investigaciones se enfocan principalmente hacia las posibles correlaciones entre los síntomas físicos y los trastornos emocionales en pacientes en programas de hemodiálisis, el papel de los síntomas ansiosos y depresivos en la mala adherencia terapéutica y el tema de la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis.

En el caso de las investigaciones aplicadas a la ERC se han registrado datos interesantes acerca de los síntomas físicos (cansancio, picores/piel seca, sed, dolores de huesos y articulaciones y alteraciones del sueño) y sus correlatos más frecuentes con la ansiedad y la depresión. Se comprueba que los trastornos

emocionales se asociaban a la severidad de los síntomas y de la patología asociada (comorbilidad). Los enfermos en hemodiálisis presentan con frecuencia trastornos emocionales (ansiedad y/o depresión), que parecen asociados a una serie de síntomas físicos no específicos, y que repercuten de forma significativa en su bienestar (Álvarez-Ude, M. J. Fernández-Reyes, A. Vázquez, C. Mon, R. Sánchez y P. Rebollo Álvarez, 2001).

Se ha encontrado que los síntomas ansiosos y el tiempo de hemodiálisis expresan asociación con la mala adherencia. La sintomatología depresiva aparece como único factor asociado con la mala adherencia. La severidad de los síntomas depresivos se relacionó con una peor adherencia (García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González V., y A. Hurtado, 2002).

Se reportan diferencias de género en relación a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud que evidencian resultados peores en las mujeres y que teóricamente se relaciona con la mayor prevalencia de la ansiedad rasgo y los síntomas depresivos en estas pacientes. (Vázquez, I., Valderrábano, J., Fort, Jofré, R., López-Gómez, J., Moreno, F. y D. Sanz-Guajardo, 2004).

Hay que destacar que como conclusión importante se plantea en la mayoría de estas investigaciones, el beneficio de la detección temprana de los síntomas psicopatológicos y de una intervención terapéutica que ayude a mejorar el bienestar del paciente.

En nuestro país, de igual manera varios estudios, se han orientado básicamente a la determinación, descripción y explicación de los factores emocionales en el curso de la ERC y a la evaluación de la calidad de vida de estos pacientes (López, J. y Herrera, LF., 2005); Sifontes, L y Martínez, Y. y Herrera, LF, 2005); González Y. y Herrera L F, 2010).

**En la investigación de** González y Herrera L F., (2010) **se comprobó que las manifestaciones de la ansiedad, la depresión, la ira y la frustración, tienden a ser más graves en correspondencia con la severidad de la enfermedad; las evidencias científicas de dicha investigación apuntan hacia la reafirmación de la relación existente entre las afectaciones en el estado emocional y la evolución de la enfermedad. Se constató que en los pacientes que padecen la ERC en los**



estadios tres, cuatro y cinco predomina la ansiedad estado como principal manifestación emocional de mayor severidad asociada a la enfermedad, lo que refleja el alcance de la subjetivación de las amenazas que vivencian los portadores de esta afección ante la evolución del perfil clínico que padecen y de las estrategias terapéuticas correspondientes a cada fase.

De igual manera, la investigación arrojó que las manifestaciones del control de la ira en los pacientes que padecen la Enfermedad Renal Crónica en los estadios tres – cuatro y cinco están afectadas y se diferencian mejor según el estadio de la enfermedad, que el resto de las manifestaciones emocionales estudiadas; los enfermos en los estadios tres y cuatro mostraron un índice más elevado de la expresión externa de la ira, mientras que los que se encuentran en estadio cinco reflejan un índice más alto de expresión interna de la ira.

Como conclusión general, la investigación evidenció que la comorbilidad de las afecciones emocionales detectadas a un nivel patológico, en los diferentes estadios estudiados indica que su expresión forma parte del cuadro interno de la enfermedad.

El avance de las investigaciones en esta área ha permitido identificar y describir los principales síntomas psicopatológicos que acompañan a los estados emocionales de estos pacientes.

#### *1.4 Las estrategias de afrontamiento en el paciente con EC.*

La prevalencia de las investigaciones en pacientes en hemodiálisis indica que la principal repercusión a nivel vivencial de la ERC no sólo está asociada al curso y evolución de la enfermedad sino también al tratamiento y a la evaluación o valoración que hace el sujeto de la situaciones asociadas a la enfermedad y a las estrategias de afrontamiento que emplee cada paciente para adaptarse a los cambios impuestos por la enfermedad (Magaz, A; Lavari R; Mentxaca M, 2005) como mediadores psicosociales asociados a variables de naturaleza cognitivo-conductual.

El afrontamiento y la evaluación o valoración constituyen dos conceptos básicos del modelo transaccional propuesto por Lazarus en su concepción del estrés como un proceso.

Por valoración se comprende al proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provoca en el individuo. Se ha comprobado que la persona evalúa las demandas de la situación y realiza cambios en la forma de actuar en función de cómo él valora la situación más que en función de cómo es la propia situación. La valoración es un procedimiento controlado de la información que proviene del medio externo e interno (Martín M. y Grau, R., 2007).

Lazarus (1986) define “el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y las internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (pág.1).

En esta definición, como destaca el propio autor, se considera a diferencia del enfoque tradicional, el afrontamiento como proceso; se diferencia el afrontamiento de la conducta adaptativa automatizada; permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga y, el utilizar la palabra “manejar” en su definición, puede significar minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno.

En las concepciones modernas sobre la salud humana se insiste cada vez mas en dichos procesos, en tanto expresan la responsabilidad, el rol activo del hombre ante el cuidado, mantenimiento, restablecimiento u optimización de su salud y esto puede ser comprendido dentro del proceso de afrontamiento.

Lazarus (1986) considera que el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello

a medida que va cambiando su relación con el entorno. El proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas.

De manera que el afrontamiento como proceso tiene una serie de cuestiones fundamentales a tomar en cuenta para su evaluación, dentro de las cuales resulta fundamental conocer aquello que el individuo afronta ya que cuanto más exacta sea la definición del contexto, más fácil resultará asociar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno.

Por otro lado, se conoce que el afrontamiento es un proceso cambiante por lo que se hace difícil identificar el gran número de posibles situaciones estresantes y la dinámica en su afrontamiento. Los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la también cambiante relación individuo-entorno. Las variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno o su traducción interior, modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. De manera que cualquier cambio en la relación entre el individuo y el entorno dará lugar a una reevaluación de qué está ocurriendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto y este proceso de reevaluación, a su vez, influye en la posterior actividad de afrontamiento.

La historia y la dinámica del afrontamiento tienen una dimensión temporal y constituye en última instancia la existencia real de un individuo concreto que es quien tiene que manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

De manera general, en las concepciones modernas sobre la salud humana el problema de los procesos de afrontamiento de la enfermedad resulta recurrente, en tanto expresan la responsabilidad, el rol activo del hombre ante el cuidado, mantenimiento, restablecimiento u optimización de su salud y esto puede ser comprendido dentro del proceso de afrontamiento.

Se han propuesto diferentes fases en el proceso de afrontamiento a la enfermedad en las que el impacto de la enfermedad y los tratamientos son diferentes:

1. Etapa de inicio de la enfermedad: experiencia de los síntomas: esta etapa se caracteriza por el temor a lo desconocido, la interrupción de las actividades cotidianas y una resistencia, marcada fuertemente por el pensamiento de que los síntomas desaparecerán en un período breve de tiempo. Tras ser comunicado el diagnóstico por el médico la atención del enfermo y de su familia se enfoca sobre todo en los padecimientos orgánicos de la enfermedad
2. Toma de conciencia con el papel de enfermo: el enfermo se hace conciente de que padece una enfermedad crónica y reflexiona sobre las modificaciones que deben producirse en su vida ante tal situación. Matizado por la creencia social que existe en nuestra cultura sobre las personas enfermas el paciente comienza a considerarse minusválido, débil incapaz de trabajar y de llevar una vida normal.
3. Reflexión y análisis y nuevo punto de referencia: conoce mejor la realidad y se comienza a centrar no en las limitaciones sino en las capacidades que conserva para reestructurar sus proyectos de vida. No obstante el estado de ánimo se mueve en altibajos caracterizados por cierto desequilibrio, unas veces piensa en sus capacidades conservadas y otras en lo que ha perdido.
4. Readaptación personal, social y familiar: debido a la capacidad de adaptación que posee el ser humano algunas personas en esta etapa pueden ver claramente qué han perdido y qué conservan y reestructuran sus proyectos de vida en función de esto. Otras sin embargo adoptan una actitud pasiva centrada en las limitaciones y marcada por la dependencia sin proyectos propios.

No obstante existen casos donde los pacientes se quedan en alguna de las tres primeras etapas, las cuales están marcadas por gran desconcierto y alteración emocional. Se dice que para haber transitado por estas 4 etapas se necesita al menos 1 año de diagnóstico (Magaz, A; Lavari R; Mentxaca M, 2005).

Sin embargo, si bien es cierto que existen regularidades en el proceso de afrontamiento, resulta difícil establecer etapas fijas ya que cada individuo

responderá a las demandas de cualquier situación de estrés, en función de su historia individual, de su biografía personal.

Según Martín M y Grau R. (2007), las estrategias de afrontamiento pueden ser muy variadas incluso en situaciones similares por lo que cabe pensar que puede haber muchas estrategias adecuadas, luego el que una persona utilice un tipo de estrategia y otras personas utilicen otras no define que una persona actúe mejor que la otra, ambas intentan controlar la situación sólo que lo hacen de manera diferente porque diferentes son también sus recursos, habilidades y su historia individual. O sea que las estrategias en sí misma no son eficaces o ineficaces en términos de dominio del entorno, su eficacia puede estar en el poder minimizar, tolerar, aceptar o incluso ignorar determinadas situaciones estresoras, incluso puede que sea eficaz para una situación y para otra no, para una persona y para otra no, para la misma persona funcionar en un momento de su vida y en otros no.

Las diferencias entre las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas no son indicadoras de que uno actúa mejor que el otro, sólo que cada uno intenta controlar el entorno de manera diferente. En última instancia, el afrontamiento depende de la evaluación respecto a qué pueda o no hacerse para controlar la situación.

Se ha identificado que ante el debut de una EC las estrategias pueden agruparse según su función, en estrategias orientadas a hacer frente a la situación y resolverla (se les llama centrada en el problema) y estrategias dirigidas a controlar las respuestas emocionales (centradas en la regulación emocional), asociadas a la situación de estrés.

Se han identificado diferentes estrategias de afrontamiento como expresión de los procesos adaptativos:

-Negación.

-Búsqueda de información.

- Búsqueda de apoyo.
- Resolución de problemas concretos.
- Preparación para alternativas futuras.
- Búsqueda de un significado para la enfermedad.

Según Friedman y Di Matteo, 1989 (citado por Martín M. y Grau, R. 2007).

Diversos autores sistematizan los resultados de estudios reportados en relación a cuáles son las estrategias o estilos de afrontamiento mayormente empleados por pacientes con diferentes Enfermedades Crónicas, por ejemplo, las investigaciones realizadas con pacientes hipertensos en las que se destacan las principales correlaciones encontradas entre el tipo de estrategia de afrontamiento y las expresiones de las variables clínicas asociadas a la enfermedad. Los modos de afrontamiento dependen principalmente de los recursos disponibles y de las limitaciones que puedan dificultar el uso de dichos recursos en el contexto de una interacción determinada (Molerio, O., Arce, M. Otero, I., y Nieves, Z., 2005). Los autores mencionados hacen referencia a diversos y a veces contradictorios resultados que las investigaciones reportan con relación a las estrategias de afrontamiento en la Hipertensión Arterial (HTA):

-Clark R, al estudiar el *coping* focalizado en el problema, se constató que está inversamente relacionado con las respuestas cardiovasculares y que fue el más consistente predictor de estas en tareas de charlas estresantes, es decir, a mayor utilización de esta estrategia menor presión arterial. En relación con el *coping* focalizado en la emoción, se ha encontrado que está relacionado de forma positiva con la respuesta cardiovascular: a mayor utilización del *coping* de focalización en los síntomas de ansiedad, mayor respuesta cardiovascular.

-Hans P, Schobel B y Grossa G, en una investigación realizada con el objetivo de determinar la repercusión del estilo de *coping* focalizado en la emoción sobre la presión arterial, observaron resultados contradictorios a los anteriores. Estudiaron

2 grupos de pacientes: uno compuesto por normotensos y el otro por hipertensos. Los resultados mostraron que los sujetos con exagerada reactividad en la presión arterial usaron menos estrategias de *coping* focalizado en la emoción que los sujetos sin reactividad arterial.

- Algunos autores plantean que el afrontamiento activo de tipo cognitivo ocasiona mayor reactividad cardiovascular con incremento en la presión y la tasa cardíaca, en comparación con el afrontamiento pasivo.

- Suchday S encontró que el uso de la capacidad cognitiva para suprimir la expresión de rabia incrementaba la presión diastólica, en contraste con las personas que no reprimían la rabia.

- Coy TV y Mitchel D, plantean que el *coping* represivo y la presión arterial muestran, desde hace tiempo, una correlación positiva entre ambas. Sin embargo, otros estudios no encontraron asociación significativa entre *coping* represivo y presión arterial elevada.

-En relación con el estilo evitativo, en una investigación de Colman CW, Weidner G y Messina CR, los sujetos que tenían alta puntuación en evitación mostraron que esta era mayor en la presión sistólica. Por otra parte, en el estudio de González-Pinto encontraron que la reactividad emocional y vegetativa (labilidad vascular) se relacionaba con los sujetos con conductas evitativas.

-Kornegay CJ, sostiene que la dosificación en la expresión de la rabia puede ser más beneficiosa que el incremento del apoyo social. Los datos de esta investigación sugieren que el estilo de expresión habitual de rabia, tanto hacia uno mismo como hacia el exterior, puede tener un efecto adverso en la presión sanguínea.

- Cea JI plantea que el sujeto hipertenso busca menos el apoyo emocional en los demás; se centra más en el comportamiento de tipo cognitivo y conductual que la población general y es mayor la actividad cognitiva; busca información para la

solución de su problema, pero de modo cognitivo e ineficaz, ya que no hay transformación en conductas que solucionen su problema, queda la solución a nivel cognitivo y evita cualquier tipo de respuesta o solución al problema.

El estado de esta problemática plantea la necesidad de extender este tipo de estudio hacia otras Enfermedades Crónicas como la ERC, con la clara intención práctica de identificar los principales factores salutogénicos y patológicos que están incidiendo en los estilos de afrontamiento y en consecuencia modulando la controlabilidad en el paciente con ERC en HD.

Se entiende por controlabilidad aquel proceso que matiza la relación sujeto-medio cuando la persona pretende controlar hechos significativos que le demandan una reestructuración perturbadora de su equilibrio gratificador, donde convergen aspectos perceptivos, valorativos y reguladores, del medio y del ser, evidenciándose la unidad cognitivo-afectivo-volitivo (Herrera, L. F. Delgado, J., 2008).

Los autores destacan la importancia de la controlabilidad como proceso donde coinciden las creencias del sujeto, las actitudes, emociones, experiencias previas, los estilos de afrontamiento, las propias características de la situación y la forma en que se percibe y evalúa la misma. Se señala que la controlabilidad puede ser primaria y secundaria, la primera, hace alusión al control de la situación y la segunda haría referencia a la aceptación de las situaciones, al control de las consecuencias, siendo una actuación centrada en el yo para disminuir el impacto del acontecimiento.

De aquí la importancia de realizar estudios en el área de las EC y en particular de la ERC que permitan abordar la controlabilidad y su expresión en espacios significativos para el sujeto cuando al mismo se le demanda una reestructuración que es percibida como perturbadora de su equilibrio gratificador, como es la ERC y el propio tratamiento de hemodiálisis, para lo cual se precisa avanzar en la



identificación de las estrategias de afrontamiento y las creencias de salud en pacientes con esta patología.

## **Capítulo metodológico: diseño empírico de la investigación.**

### *Estrategia metodológica*

Se realizó un estudio exploratorio- descriptivo mediante un diseño no experimental del tipo transaccional o transversal, con un paradigma de investigación cuantitativo para abordar el problema de investigación planteado.

Se seleccionó este tipo de estudio a partir de la necesidad de continuar profundizando y sistematizando resultados científicos acerca de la influencia de los factores psicológicos en el estado general del paciente con ERC y en particular durante el tratamiento en hemodiálisis, ya que como reportan las investigaciones a nivel internacional, resulta de gran prioridad prestar atención al estado emocional durante este tipo de tratamiento por la repercusión que ello puede tener en la adherencia terapéutica, en los síntomas físicos y en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. (CVRS). Se observa en las publicaciones científicas especializadas un aumento discreto de este tipo de estudio, sin embargo en la discusión de los resultados presentados, aparecen nuevas interrogantes que es necesario desarrollar. Como las planteadas en la presenta investigación.

### *Población y muestra*

Se seleccionó intencionalmente, del universo de 136 pacientes con ERC atendidos en Hospital Docente Provincial Arnaldo Milián Castro de Villa Clara, a 32 pacientes con tratamiento renal sustitutivo de Hemodiálisis (HD).

### *Aspectos éticos*

Desde la comprensión de la protección legal de las personas en las instituciones de salud y del código de ética del psicólogo, se consideró el consentimiento informado y el Aval del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Docente Provincial Arnaldo Milián de Villa Clara para el desarrollo de la investigación.

### *Criterios para la selección muestral*

Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo dirigido en función de los criterios de exclusión e inclusión.

*Criterios de inclusión*

- Pacientes diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica en HD.
- Pacientes con un nivel intelectual normal.
- Pacientes que lleven al menos 1 año en HD.

Consentimiento informado: Transacción mediante al cual se le pide al sujeto su aprobación por escrito a participar en la misma. Constituye un modelo oficial donde se exponen los principales objetivos de la investigación, y se invita a formar parte de la muestra de investigación, asumiendo todos los principios éticos establecidos así como el respeto a su individualidad y la garantía de poder salir de la investigación si se siente inconforme. (Ver Anexo #1)

*Criterios de exclusión*

- Pacientes con diabetes mellitus.
- Pacientes con un nivel intelectual menor al normal y/o deterioro cognitivo.
- Pacientes que lleven menos de 1 año en HD.

*Descripción de la muestra*

La muestra de la investigación quedó conformada por un total de 32 personas con ERC, las cuales se encuentran en Hemodiálisis, todos atendidos en la Unidad de Nefrología del Hospital Docente Provincial Arnaldo Milián Castro de Villa Clara.

Tabla 2.1 Caracterización sociodemográfica de la muestra según sexo.

GRUPO	SEXO	
	FEMENINO	MASCULINO
CANTIDAD	9	25

%	28,12	78,12
---	-------	-------

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 2.2: Caracterización sociodemográfica de la muestra según la edad.

EDAD	RANGO		
	23-40	41- 60	61-75
<b>CANTIDAD</b>	4	8	20
<b>%</b>	12,5	25	62,5

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 2.3: Caracterización sociodemográfica de la muestra según la escolaridad.

ESCOLARIDAD	NIVEL				
	Primaria	Secundaria	Media superior	Técnica	Superior
<b>CANTIDAD</b>	4	16	9	2	1
<b>%</b>	12,5	50	28,12	6,25	3,12

Fuente: Historias Clínicas

## 2.2 Definición conceptual y operacional de variables.

Con el objetivo describir las características de los estilos de afrontamiento en pacientes con ERC en HD, en la muestra estudiada se precisaron una serie de variables sociodemográficas y clínicas que teóricamente están asociadas a las variables psicológicas objeto de estudio.

VARIABLES SOCIDEMOGRÁFICAS	INDICADORES
Sexo	-Femenino
	- Masculino
Edad	-23-40
	-41- 60
	- 61- 80
Nivel de Escolaridad	- Primaria
	- Secundaria
	- Media superior

	- Técnica
	- Superior
Estado Civil	-Soltero
	- Casado
	- Viudo
	-Divorciado

Tabla 2.4. Variables clínicas investigadas.

VARIABLES CLÍNICAS	INDICADORES
Estadio de la enfermedad	-Estadio 3-4
	- Estadio 5
Duración en años del tratamiento renal sustitutivo (TRS)	- De 1 a 3años
	- De 3- 10 años
	-Más de 10 años
Tipo de acceso para la HD	-Fístula arteriovenosa
	- Catéter insertado al cuello
	- Catéter insertado a la ingle
Uso de medicamentos	-Uso de hipotensores
	- Hipnóticos
	- Ansiolíticos
	- Antidepresivos
	- Vitaminas
Patologías de base	-Hipertensión Arterial
	-Riñón poliquístico
	-Mononéfrico
	Otras patologías

Tabla 2.5. Variables psicológicas evaluadas.

VARIABLES PSICOLÓGICAS	INDICADORES
Estado emocional	-Ansiedad
	-Depresión
	-Ira
	- Frustración
Estrategias de afrontamiento a la enfermedad	- Confrontación
	- Distanciamiento
	- Autocontrol
	- Búsqueda de apoyo social
	- Aceptación de la responsabilidad
	- Huida evitación
	- Planificación
	- Reevaluación positiva

*Estado emocional.*

-*Ansiedad*: Estado de inquietud, zozobra, temor, expectativa vivencial negativa a nivel psicológico que se acompaña de manifestaciones neurovegetativas como taquicardia, sudoración, cambio en la temperatura corporal salto epigástrico. Además aparecen trastornos del sueño, hiperactividad motora, aceleración del sueño, hiperactividad.

Se evaluó la ansiedad mediante el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE, ver anexo # 2).



*Descripción del Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado:* Creada por C.D. Spielberger y posteriormente modificada por J. Grau, permite constatar la intensidad de la ansiedad reactiva como estado en el sujeto y la ansiedad peculiar como rasgo en dependencia de las informaciones por ellos ofrecidas. Permite discriminar si en los pacientes existe un alto nivel de ansiedad de base y el tipo de ansiedad reactiva que exprese.

La escala de autoevaluación está compuesta por 40 expresiones, se dan 20 afirmaciones que pertenecen a la escala de ansiedad estado, donde se requiere que el sujeto identifique cómo se siente en un momento dado. Las categorías a las que se debe dar respuesta son: no en lo absoluto, un poco, bastante y mucho.

La escala de ansiedad rasgo también consta de 20 afirmaciones, pero en este caso el paciente debe responder cómo se siente generalmente, con las categorías: casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre.

*Procedimiento:* Luego de leerle las instrucciones, se pasa a la realización de la prueba donde el paciente marca con un círculo de acuerdo a la expresión en alguna de las cuatro categorías. Debe alertarse que las instrucciones son diferentes para las dos partes del inventario, debiendo explicarse los significados de las respuestas.

*Calificación:*

• Subescala de ansiedad- estado.

A. Ítems (2, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18)

B. Ítems (1, 3, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20)

Fórmula:  $(A) - (B) + 50$ .

Según el resultado de la sumatoria se precisa el nivel de ansiedad.

Bajo (menos de 30 puntos)

Medio (entre 30 y 44 puntos)

Alto (45 puntos o más)

• Subescala de ansiedad- peculiar.

A. Ítems (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40)

B. Ítems (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39)

Los niveles de ansiedad- rasgo son:

Bajo (menos de 30 puntos)

Medio (entre 30 y 44 puntos)

Alto (45 puntos o más)

-*Depresión*: Estado afectivo desagradable que se caracteriza por la presencia de síntomas anímico como la tristeza y el llanto; de síntomas motivacionales como el desanimo, desesperanza, apatía; síntomas cognoscitivos como la distractibilidad atencional, disminución de la capacidad perceptual, enlentecimiento del pensamiento y nivel de generalización; síntomas físicos como anorexia o bulimia, aumento o disminución del peso corporal, cambios en la facie, encorbamiento de la figura esquelética con hombros encogidos hacia delante, pérdida del sueño con frecuentes insomnios matutinos, trastornos en la esfera sexual, visión borrosa, dolores corporales no justificados en examen físico. Además de síntomas vinculares con tendencia al retraimiento y la soledad. La depresión clínica puede tener un origen exógeno o endógeno.

La evaluación de las manifestaciones de la depresión se ajusta a su medición mediante el Inventario de Beck (BDI). (Ver anexo #3).

*Descripción del el Inventario de Beck (BDI)*: Este instrumento de gran uso clínico en nuestro país, fue creado por Beck, Word, Medelson Earborght, a partir de un

estudio realizado con paciente de una Clínica Psiquiátrica Universitaria entre 1964- 1966 y nos permite conocer el estado depresivo del sujeto, sus diferentes manifestaciones y profundidad. La prueba consta de 21 ítems que especificamos a continuación:

- Estado de ánimo.
- Pesimismo.
- Fracaso.
- Descontento.
- Sentimiento de culpa.
- Necesidad de castigo.
- Odio a sí mismo.
- Autoacusaciones.
- Impulso suicida.
- Llanto.
- Irritabilidad.
- Aislamiento social.
- Incapacidad de decisión.
- Imagen del propio cuerpo.
- Incapacidad para el trabajo.
- Trastornos del sueño.
- Fatigabilidad.
- Pérdida del apetito.

- Pérdida de peso.
- Hipocondría.
- Pérdida de la libido.

*Procedimiento:* La prueba tiene dos protocolos, uno con las preguntas que deben responder y otro donde se recogen las respuestas.

*Calificación.*

Cada letra tiene un valor en su grupo, los cuales se suman y se llevan a un total, estos se buscan según los puntos obtenidos en una tabla de valores medios.

De esta manera se considera:

1. Ninguna depresión (11- 17 puntos).
2. Depresión leve (18- 24 puntos).
3. Depresión moderada (25- 29 puntos).
4. Depresión grave (más de 30 puntos).

Los resultados de cada ítem se pueden presentar gráficamente en un diagrama que permite obtener un perfil de las características más sobresalientes de la depresión.

*-Ira:* el concepto de ira se refiere, generalmente, a un estado o condición emocional psicobiológico displacentero que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación o enfado hasta la furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la excitación del sistema nervioso autónomo. Miguel Tobal et al. (2001).

Las expresiones de la ira fueron evaluadas con el Inventario de la Expresión de la Cólera (ML- STAXI-2). (Ver anexo # 4).

*Descripción del Inventario de la Expresión de la Cólera (ML- STAXI-2).*

El STAXI-2 (adaptación cubana de Molerio, O, y et. al., 2004)) consta de 49 ítems que se presentan distribuidos en escalas y subescalas. El sujeto debe leer las instrucciones que aparecen para cada uno de los bloques y responder de las cuatro alternativas de respuestas donde:

A. No en lo absoluto (1 punto).

B. Algo (2 puntos).

C. Moderadamente (3 puntos).

D. Mucho (4 puntos).

*Calificación.*

La calificación de la prueba se realiza sumando los puntos de cada uno de los ítems que integran las sub-escalas.

*Ira Estado*

$$E = \sum ( \text{Sent.} + \text{Exp. V} + \text{Exp. F} )$$

$$\text{Sent.} = \sum ( 1 + 2 + 3 + 5 + 7 )$$

$$\text{Exp. F} = \sum ( 4 + 8 + 11 + 13 + 14 )$$

$$\text{Exp. V} = \sum ( 6 + 9 + 11 + 10 + 12 + 15 )$$

*Ira Rasgo*

$$R = \sum ( \text{Temp.} + \text{Reacc.} )$$

$$\text{Temp.} = \sum ( 16 + 17 + 18 + 20 + 23 )$$

$$\text{Reacc} = \sum ( 19 + 21 + 22 + 24 + 25 )$$

*Expresión y Control de Ira.*

$$E. \text{ Ext.} = \sum ( 27 + 29 + 31 + 34 + 38 + 40 )$$

$$E. \text{ Int.} = \sum ( 28+ 32+ 35 + 37 + 39+ 42 )$$

$$C. \text{ Ext.} = \sum ( 26+ 30+ 33 + 36 + 41+ 43 )$$

$$C. \text{ Int.} = \sum ( 44+ 45+ 46 + 47 + 48+ 49 )$$

*Índice de Expresión de Ira.*

$$IEI = \sum ( E. \text{ Ext} + E. \text{ Int.} ) - ( C. \text{ Ext.} + C. \text{ Int.} ) + 36.$$

Las puntuaciones directas obtenidas son llevadas a las tablas de baremos que se ofrecen en la técnica para obtener los centiles de cada una de las sub-escalas y escalas. La técnica contiene varias tablas de baremos. Se ofrecen baremos específicos para varones y mujeres en tres grupos de edad: de 16-19 años, de 20 a 29 años y mayores de 29 años.

En el caso del estado de ira una vez calculado los centiles los mismos son llevados a una tabla en la que se clasifica el nivel de ira estado en cuatro categorías (Alto, Moderado, Bajo y Nulo). La prueba se acompaña de una hoja de perfil donde se acotan los centiles. Esta representación gráfica facilita la comprensión de los resultados, de manera especial cuando se comparan los mismos antes y después de la aplicación de un programa.

*Interpretación de las puntuaciones*

- Los centiles correspondientes a las puntuaciones de las escalas y subescalas del STAXI-2 en las muestras de adultos normales permiten comparar a un sujeto concreto con otras personas del mismo sexo y edad similar.
- Puntuaciones entre los centiles 25 y 75 pueden considerarse normales. Aunque los sujetos con puntuaciones más altas, dentro de este rango, son más propensos a experimentar, exteriorizar, reprimir o controlar la ira que quienes están en la parte inferior de la escala.
- Puntuaciones por encima del centil 75 indican que estos sujetos experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que pueden interferir con un

comportamiento óptimo. Estos sujetos tienen a producir dificultades en las relaciones interpersonales o predisposición hacia perturbaciones psicológicas o físicas.

- En el caso de la escala Estado y sus sub-escalas se ha prescindido en presentar una valoración por centiles y se ha construido una tabla con 4 categorías o niveles de clasificación que permiten una interpretación más precisa.

A continuación se ofrecen unas pautas generales para interpretar las puntuaciones elevadas (iguales o superiores al centil 75).

#### *Estado de Ira (E)*

Las personas con altas puntuaciones en *E*, experimentan probablemente sentimientos de ira relativamente intensos. Si *E* es más alto que *R*, los sentimientos de ira de la persona probablemente estén determinados por la situación. Si también son relativamente altas las puntuaciones en *R* y *Exp. F*, es más probable que las elevaciones en *E* reflejen ira crónica.

#### *Sentimientos de Ira (Sent.)*

Las personas con altas puntuaciones en *Sent.* Manifiestan sentimientos relativamente intensos de emociones de ira que van desde el enfado a la furia. Si la puntuación en *R* es también alta, la sensación de ira es bastante duradera; en caso contrario, se trata más bien de una experiencia de ira transitoria.

#### *Expresión verbal de Ira (Exp. V.)*

Las personas con altas puntuaciones en *Exp. V.* experimentan intensas tendencias a expresar su ira verbalmente, bien sea alguien concreto o bien de manera general. Si *R* es también alta, puede constituir una situación crónica, especialmente si *E. Ext* es también alta y *C. Ext.* Baja. En otro caso, el deseo de expresar la ira es seguramente temporal.

#### *Expresión física de Ira (Exp. F.)*

Quienes obtienen altas puntuaciones en *Exp. F* tienen tendencias intensas a expresar su ira físicamente. Si las puntuaciones en *E. Ext.* y *Exp. F* son también elevadas y bajas las de *C. Ext.*, estos sujetos seguramente expresarán su ira físicamente, con notable perjuicio para ellos mismos, tanto desde el punto de vista económico como en términos de su salud y relaciones. Si su puntuación en *Exp. F* es alta están más inclinados a suprimir su ira, pero también esto podría originarles problemas de salud importantes

#### *Rasgo de Ira (R).*

Las personas con puntuaciones altas en *R* experimentan frecuentemente sentimientos de ira y a menudo piensan que son tratadas indebidamente por los demás. Probablemente se sienten también muy frustradas. De las puntuaciones en las subescalas *E. Ext.*, *Exp. F*, *C. Ext.* y *C. Int.* Puede deducirse si expresan, suprimen o controlan su ira.

#### *Temperamento de Ira (temp.)*

Quienes puntúan alto en la subescala *Temp.* Son irritables y propensos a expresar sus sentimientos de ira aunque la provocación sea pequeña. A menudo son impulsivos y carentes de control de la ira, pero no son necesariamente violentos o vengativos como para atacar a otras personas. Los que, además de puntuaciones altas en *Temp.*, también las tienen elevadas en *C. Ext.* y *C. Int.* Pueden ser muy autoritarios y utilizar su ira para intimidar a los otros.

#### *Reacción de Ira (Reacc.)*

Las personas con puntuaciones elevadas en *Reacc.* Son muy sensibles a las críticas, a los agravios supuestos y a la evaluación negativa de los demás. En estas circunstancias experimentan sentimientos intensos de ira.

#### *Expresión Externa de Ira (E. Ext.)*

Los sujetos con puntuaciones elevadas en *E. Ext.* manifiestan frecuentemente su ira con una conducta agresiva dirigida a otras personas o a objetos del entorno. La



*E. Ext.* puede expresarse en actos físicos, tales como ataques a otras personas o dar portazos, o de forma verbal mediante críticas, sarcasmos, insultos, amenazas o el uso de blasfemias.

#### *Expresión Interna de Ira (E. Int.)*

Las personas con puntuaciones elevadas en *E. Int.* experimentan intensos sentimientos de ira, pero tienden a suprimirlos más que a expresarlos física o verbalmente. Conviene advertir, sin embargo, que algunas personas con puntuaciones elevadas en *E. Int.* También pueden tenerlas altas en *E. Ext.*, en cuyo caso quizás en algunas ocasiones expresen y en otras supriman la ira.

#### *Control Externo de Ira (C. Ext.)*

Los que puntúan alto en *C. Ext.* suelen gastar una gran cantidad de energía en prever y prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira. Aunque tal vez sea deseable este control de las manifestaciones exteriores de la ira, cuando es excesivo puede conducir a la pasividad, la depresión o al abandono. Las personas con puntuaciones altas en *C. Ext.* y *Reacc.* Combinadas con puntuaciones bajas en *E. Ext.* sufrirán probablemente estos problemas a causa de su ira crónica sin una vía fácil de expresión.

#### *Control Interno de Ira (C. Int.)*

Las personas con altas puntuaciones en *C. Int.* emplean mucha energía en calmar y reducir su ira tan pronto como les sea posible. El desarrollo de controles internos sobre la experiencia y expresión de la ira se interpreta generalmente de modo positivo, pero puede reducir la disposición de la persona a responder con una conducta asertiva cuando esto facilite una solución constructiva ante una situación frustrante. En todo caso, sin una puntuación baja en *C. Int.* Se combina con puntuaciones altas en *E. Ext.* y *Exp. F* puede existir un riesgo notable de que se produzcan problemas médicos.

#### *Índice de Expresión de Ira (IEI.)*

Los sujetos que puntúan alto en *IEI* experimentan intensos sentimientos de ira que pueden ser suprimidos o expresados en conductas agresivas (o producirse ambos hechos). La manera más frecuente con que un sujeto expresa la ira puede estar moderada por las relativas elevaciones de sus puntuaciones en *Exp. F* y *E. Ext.*

- Las personas con puntuaciones altas en *IEI* y, a la vez, en *E. Ext* y *Exp. F* probablemente tiene dificultades en las relaciones interpersonales y un gran riesgo de desarrollar trastornos médicos.

*-Frustración:* Es el estado emocional caracterizado por estar en desacuerdo mantenido con el nivel de actuación del individuo, formándose generalmente una cadena de reflejos condicionados negativos por lo que su expresión pasa de una a otra esfera del desenvolvimiento social del individuo. Se evaluaron las manifestaciones de la frustración con el Cuestionario de estados reiterados de frustración. (Ver anexo # 5)

#### *Descripción del Cuestionario de estados reiterados de frustración.*

El cuestionario de estados reiterados de frustración aplicado a los pacientes es una forma abreviada del cuestionario confeccionado en el trabajo de diploma de E. Rodríguez y otros (1979), utilizados con posterioridad por otros investigadores como González, Y., Felipe Herrera, L. F. y López, J., 2009), con el objetivo de determinar de forma rápida y de fácil calificación estados reiterados de frustración.

El mismo consta de 12 preguntas las cuales exploran frustración reiterada en esferas fundamentales de la vida del hombre como: esfera familiar, esfera personal y la esfera de las relaciones interpersonales; con un rango de respuesta entre uno y cuatro, donde 1(casi nunca), 2(algunas veces), 3(casi siempre) y 4(siempre), según las vivencias de cada sujeto.

#### *Calificación.*

Para la calificación del instrumento, se realiza primeramente una agrupación de los ítems por esferas y se analizan las respuestas según la frecuencia en cada caso para comparar posteriormente los subgrupos de la muestra.

*Estrategias de afrontamiento a la enfermedad:* “el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y las internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus, 1986, pág.1, cap. 6).

Se evaluaron los modos de afrontamiento mediante el Cuestionario de modos de afrontamiento. (Ver anexo # 6)

*Descripción del Cuestionario de modos de afrontamiento..*

Fue diseñado por Lazarus y Folkman para identificar el tipo o tipos de afrontamiento que habitualmente utiliza una persona en situaciones de estrés. Constituye una corrección realizada por los propios autores del “inventario de modos de afrontamiento“(Ways of coping Inventory, WOC).

Esta versión consta de 67 ítems y es la más utilizada en España- Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, de Logins y Gruen (1986) obtuvieron por medio del análisis factorial subescalas. Las escalas son: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida, evitación, planificación y reevaluación positiva.

*Calificación.*

Debe sumarse el valor conseguido en cada uno de los ítems correspondientes a cada tipo de afrontamiento, tal como se indica a continuación, el valor de la puntuación obtenida pondrá de relieve hasta que punto es utilizado un tipo de afrontamiento u otro para las situaciones de estrés:

1. Confrontación: 6, 7, 17, 28, 34, 46.
2. Distanciamiento: 12, 13, 15, 21, 41, 44.
3. Autocontrol: 10, 14, 35, 43, 54, 62, 63.
4. Búsqueda de apoyo social: 8, 18, 22, 31, 42, 45.
5. Aceptación de la responsabilidad: 9, 25, 29, 51.

- 
6. Huida evitación: 11, 16, 33, 40, 50, 58, 59, 47.
  7. Planificación: 1, 26, 39, 48, 49, 52.
  8. Reevaluación positiva: 20, 23, 30, 36, 38, 55, 60.

Estrategia	Definición
- Confrontación	Describe los esfuerzos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acción directa. Los índices que componen la subescala son: 6, 7, 17, 28,34 y 46.
- Distanciamiento	Describe los esfuerzos para separarse. También alude a la creación de un punto de vista positivo. Los índices que componen esta subescala son: 12, 13, 15, 19, 21, 32, 41 y 44.
- Autocontrol	Describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones. La subescala está conformada por los índices 10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63.
- Búsqueda de apoyo social	Describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información o en buscar apoyo moral, simpatía o comprensión. Esta subescala está compuesta por los índices 8, 18, 31, 42 y 45.
- Aceptación de la responsabilidad	Reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema. Esta subescala está representada por los índices 9, 25, 29 y 51.
- Huida evitación	Describe el pensamiento desiderativo. Los índices de esta escala que sugieren huida y evitación contrastan con los índices de la escala de distanciamiento, que sugieren separación. Está compuesta por los índices 11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59.
- Planificación	Describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema. Los índices son: 1, 2, 6, 27, 39, 48, 49, y 52.
- Reevaluación positiva	Describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal. Los índices son: 20, 23, 30, 36, 38,

56 y 60.

Fuente: Martín Marta y Grau Abalo, R. (2007). Instrumentos de medición para el estudio del stress y el afrontamiento.

Como técnicas básicas para contrastar y para profundizar en las diferentes variables estudiadas se utilizaron la revisión de la Historia Clínica, la entrevista a pacientes, y a cuidadores y un cuestionario al personal médico.

#### *Revisión de la Historia Clínica:*

Se realiza con la intención de obtener los datos generales y clínicos de interés para la investigación, así como la historia evolutiva de la enfermedad y el nivel de control de la misma.

Esta Técnica que fue descrita por B.S.Bratus y B. W. Zeigarnick para el estudio de las alteraciones de la personalidad, basada en el principio de que la Historia Clínica no es solo un documento médico, sino también psicológico ya que en la misma está contenida la historia (visión retrospectiva) del surgimiento de la enfermedad y antes de ella.

#### *Procedimiento*

Familiarización con las Historias Clínicas de los pacientes tratando de revelar los fenómenos psicológicos, posibles causas de alteraciones y los rasgos de la personalidad del paciente que sean significativos por su carácter patológico. Se realiza una familiarización con la Historia Clínica con el objetivo de conocer y estudiar aspectos significativos relacionados con: etiología de la Enfermedad Renal Crónica (Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus o Neuropatías), antecedentes patológicos personales y familiares, síntomas físicos con repercusión psicológica en ambos grupos, así como el tratamiento que se aplica en cada uno de ellos.

La entrevista Clínica es considerada como un método terapéutico y eficaz en la práctica psicológica tradicional. Es una de las más utilizadas en todas las ramas y

especialidades de la sociedad por ser uno de los medios más directos de llegar a los objetivos que se desean y además porque está basada en uno de los aspectos más importantes del desarrollo de la sociedad, las relaciones humanas. En la investigación se aplicó a pacientes y a cuidadores.

*Entrevista a los pacientes.*

*Entrevista semiestructurada al paciente. (Ver anexo # 7)*

Objetivo

- Indagar en las principales preocupaciones que tiene el paciente con ERC en HD acerca de su status actual relacionado con la salud.
- Conocer las diferentes variables sociodemográficas de cada paciente.

La entrevista se empleó con el fin no sólo de obtener información sino también como recurso principal para el establecimiento de una relación profesional con el paciente. La aplicación práctica de esta técnica constituye un elemento de capital importancia investigativa de cualquier temática. El dominio de la misma constituye la herramienta más poderosa con que cuenta un psicólogo en su quehacer profesional. Su importancia viene dada por la riqueza de datos que ofrece, por su flexibilidad para acomodarse al propósito de la interacción y su eficiencia en una interacción natural cara a cara, pero sobre todo porque está presente en todo el proceso de apoyo psicológico y no puede ser sustituida ni aún por el más sofisticado avance tecnológico.

Esta debe ser llevada a cabo con habilidad, tacto, ética profesional y requiere de quienes la realizan, habilidades de observación e intuición fundamentalmente. En nuestra investigación su objetivo tiene un doble carácter obtener información y dar apoyo emocional al paciente.

La entrevista se realizó a cada uno de los integrantes de la muestra, con el propósito de lograr la empatía necesaria para aplicarle las pruebas y conocer las características más sobresalientes de su personalidad, del estado afectivo y en particular aspectos relevantes de la historia vital de los pacientes de ambos

grupos.

Los indicadores que se tuvieron en cuenta para el análisis de la entrevista fueron: el estado emocional y bienestar psicológico, la vida familiar y apoyo social, las ideas y pensamientos sobre su enfermedad, sus principales preocupaciones acerca de su estatus relacionado con la salud, intereses, el optimismo en la vida y las relaciones interpersonales, además de los síntomas clínicos.

#### *Procedimiento de aplicación.*

La entrevista se aplicó a los 32 pacientes con una duración de no más de 30 minutos en cada caso. Se dividió la aplicación de esta técnica en 5 sesiones de trabajo para abarcar al total de pacientes entrevistados.

#### *Calificación.*

Para la calificación se analizaron las principales tendencias encontradas en la expresión de los siguientes indicadores:

- Antecedentes patológicos personales (APP) Patología de base.
- Bienestar psicológico: estado emocional. Capacidad para tomar decisiones.
- Percepción acerca del apoyo social.
- Principales preocupaciones acerca de status relacionado con la salud.

Entrevista semiestructurada al cuidador principal. (Ver anexo 8).

#### *Objetivo*

- Conocer la percepción del cuidador principal del enfermo acerca de las principales manifestaciones psicológicas de estos pacientes.
- Conocer la percepción del cuidador principal del enfermo acerca de las principales cuestiones que preocupan al paciente sobre su status actual relacionado con la salud.

#### *Procedimiento de aplicación.*

La entrevista se aplicó a 29 cuidadores con duración de no más de 30 minutos



en cada caso. Se dividió la aplicación de esta técnica en 5 sesiones de trabajo para abarcar al total de cuidadores entrevistados.

#### *Calificación.*

Para la calificación se analizaron las principales tendencias encontradas en la expresión de los siguientes indicadores:

- Percepción acerca del bienestar psicológico y los estados emocionales en los pacientes
- Percepción acerca de las preocupaciones acerca de su enfermedad que tiene el paciente.

Tanto las entrevistas como la revisión de la historia clínica se realizaron además con el propósito de caracterizar las variables sociodemográficas de la muestra estudiada, así como otros datos clínicos de interés.

#### *Procedimiento de aplicación.*

La aplicación se realizó de manera individual a todos los pacientes, donde se compartió la misma en número de 4 a 5 sesiones. Se organizaron las sesiones teniendo en cuenta un orden lógico: primeramente se procedió a la entrevista inicial con el objetivo de construir la relación empática con los pacientes y de explorar los principales aspectos de la historia vital del sujeto que pudieran estar incidiendo en su estado actual. Posteriormente se aplicó el inventario de depresión Beck, luego en las posteriores sesiones el STAXI-2, el IDARE, el Cuestionario de Estados Reiterados de Frustración y el cuestionario de modo de afrontamiento respectivamente. En cada sesión se le ofreció, por una cuestión ética, apoyo psicológico al paciente. Los pacientes que presentaron dificultades para responder a los cuestionarios recibieron ayuda para cumplimentarlos mediante las interacciones llevadas a cabo por la investigadora en la unidad de diálisis.

---

*Cuestionario a los médicos. Ver anexo # 9*

Objetivos

- Conocer el criterio médico acerca de las principales manifestaciones psicológicas de estos pacientes.
- Explorar generalidades clínicas de la enfermedad.

Procedimiento de aplicación.

El cuestionario fue aplicado a 10 médicos especialistas en nefrología en dos sesiones de trabajo.

*Procesamiento de la información recogida.*

Para el análisis de la información recogida los datos fueron vaciados en Microsoft Excel y se aplicaron procedimientos de la estadística descriptiva como la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central como la media aritmética y el uso de tablas y gráficos para ilustrar los datos.

## **Presentación, análisis y discusión de los resultados.**

La lógica asumida para el análisis de los resultados se ajustará primero a la naturaleza de las variables estudiadas, evaluando las principales expresiones de las variables sociodemográficas, las variables clínicas y las variables psicológicas para en un segundo momento empírico presentar las principales descripciones del objeto de estudio.

### *1. Análisis de los resultados de las variables sociodemográficas.*

La caracterización sociodemográfica de la muestra se realizó a partir de la información obtenida de la Historia Clínica y en la entrevista realizada a los pacientes, cuidadores y personal médico.

- *Caracterización sociodemográfica de la muestra según sexo.*

Como se aprecia en la tabla 2.1 que aparece en el capítulo 2 de este informe, en la muestra estudiada hay un predominio de pacientes del sexo masculino, los cuales constituyen el 78,12% del total. Estos resultados coinciden con estudios similares como el realizado por García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González V., y A. Hurtado (2002), sólo que la diferencia entre ambos sexos en esta investigación es menor (sexo femenino 46,6% y masculino el 53,4%).

- *Caracterización sociodemográfica de la muestra según la edad.*

En la tabla 2.2. se refleja que el mayor por ciento de pacientes se ubica en el rango de edad de 61-75 años (62,5%), en el resto se distribuye entre los 41-60 años (25%) y el 12,5% restante se encuentran entre los 23-40 años (4 pacientes). Esta mayor prevalencia de pacientes en el rango de mayor edad también coincide con la investigación de García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González V., y A. Hurtado (2002) en la que se registra que el 54,6% de los pacientes se ubican en el rango de 60-80 años.

- *Caracterización sociodemográfica de la muestra según la escolaridad.*

La tabla 2.3 evidencia que en la muestra estudiada el nivel educacional que predomina con un 50%, es el nivel de secundaria básica, seguido del nivel de medio superior con un 28,12%. O sea que se concentra entre estos dos niveles el 78,12 % del total de la muestra.

- *Caracterización sociodemográfica de la muestra según el estado civil.*

En la expresión de esta variable encontramos que atendiendo a la clasificación oficial del estado civil 23 pacientes son solteros y sólo 9 están casados, sin embargo hay que destacar como refleja la tabla 3.1 que dentro del grupo de los solteros hay 10 que estuvieron casados anteriormente y se divorciaron durante el proceso de la enfermedad y 6 enviudaron.

*Tabla 3.1: Caracterización sociodemográfica de la muestra según el estado civil.*

Estado Civil	Cantidad	Por ciento
Soltero	13	40,62
Casado	9	28,12
Viudo	6	18,75
Divorciado	4	12,5

## *2. Análisis de los resultados de las variables clínicas investigadas.*

- *Estadio de la enfermedad.*

Los 32 pacientes de la muestra están en el estadio 5 con tratamiento de Hemodiálisis.

*Tabla 3.2: Duración en años del tratamiento renal sustitutivo (TRS).*

Duración en años del tratamiento renal sustitutivo (TRS)	Cantidad de pacientes	de	Por ciento
De 1 -2 años	18		56,25
De 3- 10 años	13		40,62
Más de 10 años	1		3,33

De los 32 pacientes que integran la muestra el 56,25% han recibido el tratamiento de HD por un período de 1 a 2 años. Mientras que el 40,62% ya llevan en este programa de 3- 10 y un solo paciente rebasa los 10 con un tiempo record de 24 años en HD, este paciente tiene 41 años de edad. Las investigaciones como García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González V., y A. Hurtado (2002) reportan que el 80% de pacientes con IRCT se encuentran en terapia dialítica, siendo este el método más usado. En general estos resultados coinciden con los reportes internacionales, en EE.UU. que identifican la disminución de la supervivencia promedio en función del tiempo transcurrido desde el primer año de hemodiálisis al quinto año, o sea que la supervivencia disminuye con arreglo al tiempo que lleva el paciente en este tipo de tratamiento y por consiguiente con la enfermedad. Todos los pacientes de la muestra presentan como tipo de acceso la fístula arteriovenosa y por tanto se dializan en la unidad hospitalaria.

- *Uso de medicamentos.*

Al 55% de la muestra no se le prescriben ansiolíticos y/o antidepresivos, sólo eventualmente clordiacepóxido sobre todo para combatir el insomnio, el resto consume este mismo medicamento solamente antes de asistir al tratamiento con el objetivo de sentirse más sedado y relajado.

Todo los pacientes tienen vitaminoterapia (B1+B6+C+E+B12) Calcio, Fumarato Ferroso, Acido Fólico, etc. Los pacientes con HTA tienen tratamiento con

nifedipina.

- *Patología de base.*

El 78,12 % de los pacientes tiene como patología de base HTA mientras que el 9,37% presentan riñones poliquísticos e igual cantidad son mononéfricos y 1 paciente presenta miopatía muscular que es una enfermedad congénita.

### 3. *Variables psicológicas evaluadas.*

- *Estado emocional: análisis de las principales manifestaciones de los estados emocionales en los pacientes con ERC en HD.*

#### *Análisis de los datos obtenidos mediante la revisión la Historia Clínica (HC)*

A ninguno de los miembros de la muestra se le señala haber tenido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico antes de la ERC.

#### *Análisis de la Entrevista realizada a los pacientes.*

3. En la relación entre el estado emocional y el bienestar psicológico según refieren los pacientes un 30 % manifiesta inseguridad a la hora de tomar decisiones un 20 % de ellos refieren necesitar apoyarse en otras personas para ello. Mientras que el 50% manifestaron en la entrevista sentirse bien emocionalmente. Hay que destacar que un estudio acerca de la calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres en tratamiento de HD, Vázquez, I., Valderrábano, J., Fort, Jofré, R., López-Gómez, J., Moreno, F. y D. Sanz-Guajardo (2004) refieren que las diferencias entre hombres y mujeres en hemodiálisis (a favor de mejor CVRS en los hombres), al ser comparados con las que se muestran en la población general, por edad y sexo indican que las diferencias en CVRS observadas en enfermos renales reproducen las diferencias que también se presentan entre sexos en la población general.

Respecto a la percepción de los pacientes en relación a la vida familiar y al apoyo social que reciben de esta, evidenció que el 55% pacientes consideran que

el apoyo familiar ha sido fundamental a la hora de enfrentar su situación.

Al investigar acerca de la elaboración de las ideas y pensamientos sobre su enfermedad y su futuro 13 pacientes, cuyas edades están comprendidas entre 33 y 66 años refieren, a pesar de experimentar malestar con su enfermedad expresan cierta conformidad a partir de algunas racionalizaciones como “las enfermedades existen y la gente se enferma.” Hay que señalar el estadio de la ERC en que se encuentran, donde según la autora Kubler- Ross (1989) ya debe existir una aceptación por parte del enfermo de su situación.

Según su propia percepción, en el 100 % de los pacientes, la capacidad de trabajo ha disminuido considerablemente ya que refieren sentirse cansados ante cualquier esfuerzo, y en el 25 % de ellos expresan percibirse incapacitados para realizar cualquier actividad. Los intereses en estos pacientes se ven más bien, enfocados hacia la vida familiar, así como las actividades propias del hogar teniendo en cuenta que son personas que han tenido que dejar su vida laboral o estudiantil.

No expresan dificultades al referirse a la influencia de la comunicación y las relaciones interpersonales, manifiestan tener buenas relaciones con lo demás y buena comunicación en un 90% de los casos.

Al investigar sobre sus principales preocupaciones acerca de su status actual, se expresa con un predominio del 80 %, las preocupaciones relacionadas con la muerte, la lucha por la supervivencia, con los riesgos a complicaciones que presenta el paciente en HD (citamos frases expresadas en las entrevistas: “... *mi mayor preocupación... es morirme...*” “... *la lucha por mi vida, no morirme...*” “...*aquí cualquier cosa me puede suceder... en esta enfermedad puede hacer cualquier tipo de complicación y hasta aquí llegué...*” y en menor medida otras que se enmarcan en no seguir dependiendo de otras personas, y cito: “...*mis hijos viven para mi, han dejado sus trabajos su vidas para cuidarme y eso es lo mas*”

*malo que yo veo, que soy una carga y que ellos tiene que vivir en función mía...”.* Otro aspecto a señalar en este sentido es la expresión emocional en el 7% de los pacientes, que si bien no es una cifra significativa, se puede interpretar como manifestación de tristeza porque evidentemente constituye esta, un área de conflicto.

Al investigar acerca de los aspectos saludables y relacionados con el bienestar psicológico, llama la atención que predominan las expresiones en tiempo pretérito *“... no, yo tuve una vida muy buena, viajé... paseé...era un mujer llena de vida...”* *“yo siempre fui muy saludable, tuve un matrimonio inigualable, lleno de amor, respeto...”* *“...siempre he sido una persona fuerte, nunca me deprimí fácil, siempre enfrenté lo que viniera como viniera, y para adelante...”* estas verbalizaciones evidencian un predominio de autopercepciones de la salud mental y el bienestar solamente en el pasado.

*Análisis de la entrevista realizada a los cuidadores.*

Con relación a los cuidadores hay que destacar que de manera más permanente el 75% son mujeres (25 cuidadoras) y el resto son hombres, estas cifras pueden variar por días de tratamiento, ya que los pacientes asisten un promedio de veces por semana de manera que con frecuencia suelen haber sustituciones de otros familiares. De manera general se constató que en el caso de los pacientes más jóvenes, usualmente son acompañados por la madre, mientras que los del segundo rango de edad (41-60 años) se comparten hermanos, hijos, esposa y en algunos casos la madre y en el tercer rango de edad (61-75) esposas, hijos y en algunos casos hermanos.

Los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a los cuidadores en principio constatan los resultados arrojados en las aplicadas a los pacientes. Al indagar acerca de los principales estados emocionales observados en los pacientes de los cuales son cuidadores mencionan la ansiedad 27 cuidadores para un 90%, la depresión es mencionada por 25 cuidadores para un 84,37%, la frustración por 22



cuidadores para un 68,75 % y con menos frecuencia aparece la ira (18 cuidadores para un 56%).

Al investigar acerca de las principales preocupaciones que pudiera tener el paciente acerca de su status actual como enfermo estas se enfocan más bien en la lucha por la supervivencia (10 cuidadores para un 31,25%), el no tener muchas complicaciones y cito textualmente: *“...pienso yo... que lo mas le preocupe sea vivir porque si no hay vida no hay nada...”* otras se centran en su función como cuidador (5 cuidadores para un 15,62%) y cito *“...bueno, yo creo que preocupación no tenga ninguna porque tanto yo como mi hermano le damos todo, damos la vida por ella... a ella no le falta de nada...”* *“...me parece que por mi no debe preocuparse porque yo esto lo hago con gran resignación y es mi deber cuidar de quien me lo dio todo, por lo tanto lo hago con gusto y le he dado y le seguiré dando todo lo que esté a mi alcance...”* mientras que 14 cuidadores para un 43,75 % se centran en las complicaciones que constantemente amenazan a este tipo de pacientes *“... él por lo que se tiene que preocupar es por cuidarse y hacer todo lo que los médicos aquí le dicen para que no vaya subirle la presión ni tenga otras complicaciones”* *“...bueno ella se preocupa mucho por llevar su dieta, sus medicamentos, porque tiene que cuidarse...”*

#### *Resultados obtenidos en el cuestionario aplicado al personal médico.*

El cuestionario fue aplicado a 10 médicos especialistas en nefrología, los resultados reflejan, según el criterio médico del 50 % de los encuestados, que se presentan todas las alteraciones sugeridas (ansiedad, depresión, ira, frustración, alteraciones del pensamiento, alteraciones de la percepción y alteraciones de la memoria), mientras que el otro 50% opinó que los estados patológicos que más frecuentemente se observan en la ERC, ansiedad, depresión, ira y la frustración. Puede observarse coincidencia en relación a la consideración de los estados emocionales como síntomas psicopatológicos en el 100% de los participantes.

En el ítem 4 donde se pide marcar la intensidad en que se observan estos síntomas se presentó de la siguiente manera:

Tabla 3.3: Valoración de la intensidad de los estados emocionales en los pacientes con ERC, según el criterio médico.

Síntomas/ Cantidad de sujetos	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Ansiedad			10	
Depresión	2	6		2
Ira		3	7	-
Frustración	7	3		

Fuente: Cuestionario aplicado al personal médico.

Se aprecia una mayor concentración de los criterios en relación a los estados emocionales ansiedad, ira, depresión y frustración, en este mismo orden.

Hay que destacar que en relación a las manifestaciones de los estados emocionales, todo el personal encuestado describe los estados emocionales en función de las situaciones estresantes; ERC y la HD.

De igual forma hay coincidencia entre todos los médicos de que estos estados emocionales se manifiestan con mayor intensidad en los pacientes más jóvenes. Los pacientes de mayor nivel educativo según el criterio médico, tienden a la búsqueda independiente de información acerca de la ERC y de las consecuencias de la HD y en muchos casos complica el manejo de la enfermedad. Hay que señalar que estos criterios no se corresponden con antecedentes encontrados en la literatura, en los cuales se plantea el nivel educacional del paciente como un factor que influye positivamente.

Respecto a las relaciones entre tiempo de diagnóstico de la enfermedad y síntomas psicopatológicos, coinciden en describir que en el 1er año predominan las manifestaciones de la ira, depresión y frustraciones y que paulatinamente se van incorporando manifestaciones de ansiedad que se van haciendo más estables en la medida que se avanza en el tratamiento con HD. Coincidiendo con reportes como los de García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González V., y A. Hurtado (2002), plantean que la depresión tiende disminuir o se hace estacionaria en las formas leves.

*Análisis de las manifestaciones de la ansiedad según los resultados del Inventario de ansiedad (IDARE).*

En este grupo predomina el nivel alto de ansiedad estado con 25 sujetos para un 62,5%, el resto de los pacientes (12) expresan un nivel medio de ansiedad estado para un 37,5%. Estos datos evidencian que hay un predominio de este estado emocional con tendencia a su expresión patológica. Estos resultados coinciden con otros estudios como el de García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González V., y A. Hurtado (2002) en el que el 52,3% de los pacientes presentaban síntomas ansiosos, sin embargo el 37,5% eran leves, el 13,6% moderados y solo el 1,2% severos.

Los resultados se repiten de igual manera en la ansiedad como rasgo ya que encontramos que 19 pacientes lo expresan en un nivel alto para un 59,37%, mientras que 13 están en un nivel medio, lo que representa un 40,62%. Luego también puede apreciarse que predomina la expresión de la ansiedad como rasgo en este grupo ya que en el nivel bajo no se encuentra ningún paciente, si asociamos estos resultados a la evolución de la ERC, podemos referirnos a la cantidad de años (más de 3 años como promedio) que ya llevan estos pacientes conviviendo con la enfermedad y la HD lo que puede vincularse con la expresión clínica de la ansiedad y la exacerbación de su manifestación como rasgo.

Al valorar estas descripciones encontramos que la literatura reporta que los

pacientes con IRCT que ingresan a programas de hemodiálisis crónica mejoran sus síntomas y pueden continuar con sus actividades habituales en la mayoría de casos, sin embargo su modo de vida se ve alterado, debido a que deben destinar entre 12 a 15 horas semanales para su tratamiento, el mismo que no está exento de molestias, complicaciones y restricciones en la dieta; estas exigencias pueden condicionar que la experimentación de la ansiedad (García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González V., y A. Hurtado, 2002). Se sabe para el quinto año en HD la supervivencia promedio disminuye, luego la variable tiempo repercute en aspectos tan difíciles de afrontar como la elaboración o re-elaboración del sentido de la muerte con mayor proyección de inmediatez y que conlleva a la reestructuración también de sus aspiraciones, sueños y proyectos de vida, y por otro lado la angustia que se genera en relación a la otra alternativa terapéutica sustitutiva que les queda, el trasplante renal, que en particular sus probabilidades tanto en el acceso como en el éxito de su evolución.

Gráfico 3.1: Ansiedad Estado

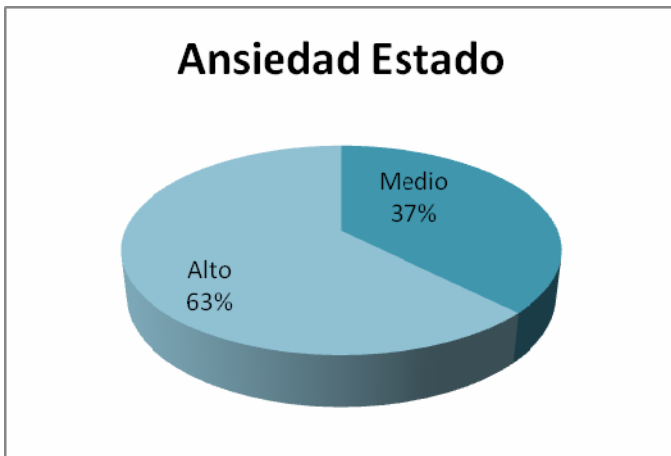
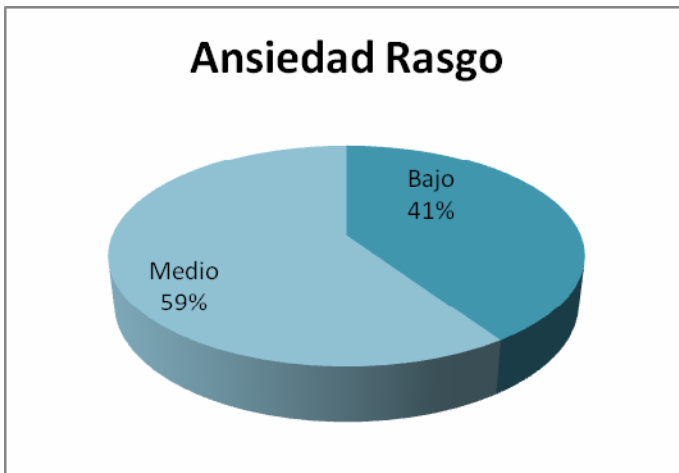


Gráfico3.2: Ansiedad Rasgo



*Análisis de las manifestaciones de la depresión según los resultados del Inventario de depresión de Beck.*

Los resultados del Inventario de Depresión de Beck apuntan hacia menores niveles de depresión que los de ansiedad registrados, se constató que sólo el 31,25% de los pacientes manifiestan depresión, en el 80% de ellos la depresión es leve y sólo en un 20% hay depresión grave expresada como apatía, indiferencia, desesperanza, tristeza y tendencia al aislamiento en algunos casos.

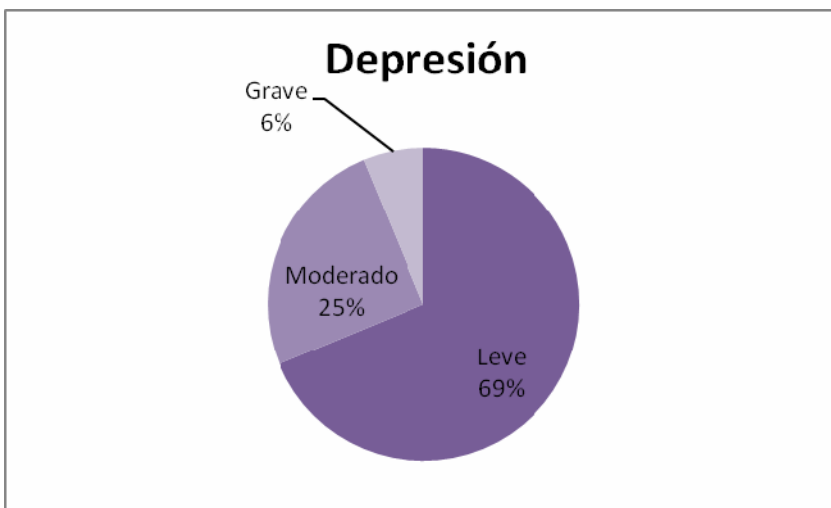
Estos resultados si bien no coinciden con los reportados por García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González V., y A. Hurtado (2002), en los que el 61,4% pacientes presentaban síntomas depresivos. Los autores consideran que estos resultados son más elevados con respecto a los reportados en la literatura y lo asocian probablemente a que influya el contexto socio-cultural. Sin embargo, al desglosar el por ciento total por grado de severidad de la depresión se observan similitudes ya que de ellos el 69% eran leves, 25% moderados y el 6% graves. También se reporta en la literatura que en EE.UU., la prevalencia de síntomas depresivos (usando el Inventario de Beck) en pacientes en hemodiálisis varía entre el 25,5% y 47%.

Al respecto se sabe que con el transcurrir de los años en diálisis la prevalencia de síntomas depresivos disminuye o se hace estacionaria en las formas leves.

En la literatura también se ha cuestionado la utilidad del Inventario de Beck debido que algunos de los síntomas somáticos que evalúa se pueden deber a características de la propia ERC o a una limitación funcional del paciente por progresión de la misma, no obstante también se considera que la presencia de estos síntomas somáticos no alteran los resultados finales de la prueba.

4. Como dato interesante, en la presente investigación, en el penúltimo grupo de frases del Inventario Beck, un 90 % de la muestra expresó no haber disminuido su interés por las cosas referentes al sexo, lo cual significa que no es que haya una escasez de motivaciones sino que desde el punto de vista orgánico hay dificultades en la ejecución. En estudios acerca la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con ERC en hemodiálisis Vázquez, I., Valderrábano, J., Fort, Jofré, R., López-Gómez, J., Moreno, F. y D. Sanz-Guajardo (2004), destacan la importancia de las variables psicológicas y en particular identifican la función sexual y la calidad de la relación marital, mientras que Martín, F., Reig, A., Sarró, F., Arenas, M., Ferrer, R., González, F., Gil M., y J. Egea (2001) señalan que la disfunción eréctil es un problema altamente prevalente en el varón urémico, que se caracteriza por disminución de la actividad y del deseo sexual, y un deterioro de la función eréctil.

Gráfica 3.3: Depresión



Análisis de las manifestaciones de la ira según los resultados del Inventario de la Expresión de la Cólera (STAXI-2).

Los resultados encontrados evidencian que la expresión de la ira como estado predomina en 23 pacientes que se manifiesta con un nivel leve (71,85%). Al valorar la expresión de la ira como rasgo, encontramos que en un total de 26 pacientes se presenta (81,25%) entre moderado y alto. Al considerar estos resultados encontramos que la ira predomina como rasgo, lo cual nos lleva a levantar la hipótesis de que la presencia de la ira en estos pacientes está asociada a la enfermedad más que a características psicológicas anteriores a la ERC y sí a su estabilización como estado emocional en correspondencia con la evolución clínica de la enfermedad.

Gráfico 3.4: Ira Estado



Gráfico 3.5: Ira Rasgo

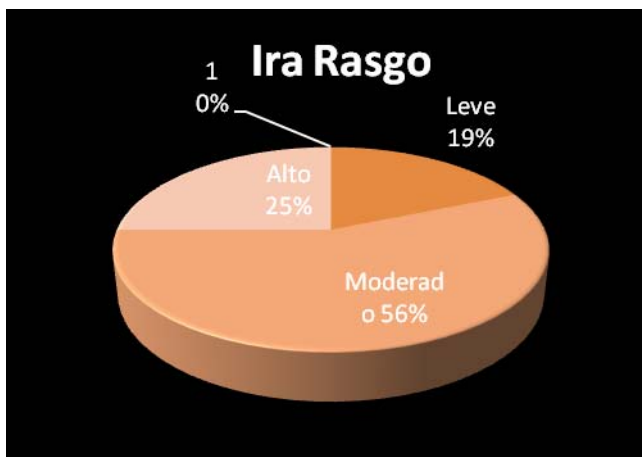
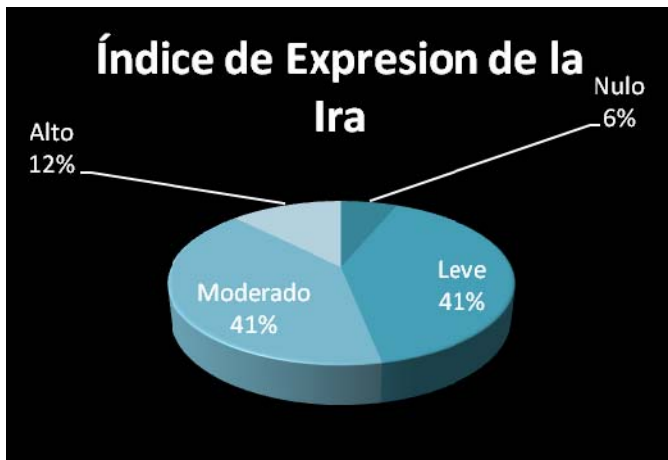






Gráfico 3.6: Índice de Expresión de la Ira



*Análisis de las manifestaciones de la frustración según el Cuestionario de estados reiterados de frustración.*

Se constató que la frustración como estado emocional se expresa en todos los pacientes (100%) en 19 con un nivel medio (59, 37%) y el 40,62% en el nivel alto.

Al valorar cualitativamente las respuestas encontramos que en los hábitos relacionados con la sexualidad que la mayoría expresan que es regular o mala. Estos resultados evidencian la presencia de afectaciones en esta esfera al parecer asociadas a la ERC.

*Análisis de las manifestaciones de las estrategias de afrontamiento según el Cuestionario de modos de afrontamiento.*

En el análisis se han considerado las características de este cuestionario y los criterios de sus autores acerca del análisis de los resultados de su aplicación, en los que se destacan dos argumentos fundamentales, el primero que no se debe calificar de forma rígida, segundo sus alcances se refieren a contextos específicos y no a estilos de afrontamiento generalizados. Presentamos los resultados de la muestra investigada comenzando por los modos de afrontamiento que se presentan con mayor cantidad de pacientes por encima de las puntuaciones promedio, lo cual supone mayor nivel de expresión que las otras y a continuación

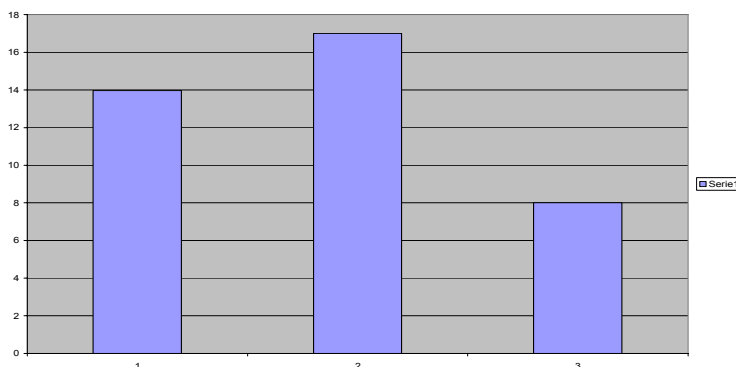
igual se presentan aquellos modos de actuación con menor representatividad en la muestra.

1. *Búsqueda de apoyo social.*

Se expresa como el modo de afrontamiento con mayor incidencia en la muestra, se presenta con un valor promedio de 13,96 y valores máximo y mínimo de 17 y 8 respectivamente. Por encima de los valores de la media se ubican 23 pacientes para un 71,87%. Estos resultados hablan a favor de la realización de esfuerzos para buscar apoyo en los pacientes, lo cual se pudo corroborar en las entrevistas realizadas a pacientes, cuidadores y personal médico, manifestándose fundamentalmente orientados hacia el apoyo familiar.

5. La búsqueda de apoyo social puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información o en buscar apoyo moral, simpatía o comprensión. Los datos obtenidos en este estudio son similares a los informados en algunos trabajos previos. Vázquez, I., Valderrábano, J., Fort, Jofré, R., López-Gómez, J., Moreno, F. y D. Sanz-Guajardo (2004)

Gráfico 3.7: Valores promedio, máximo y mínimo de la estrategia Búsqueda de apoyo social.



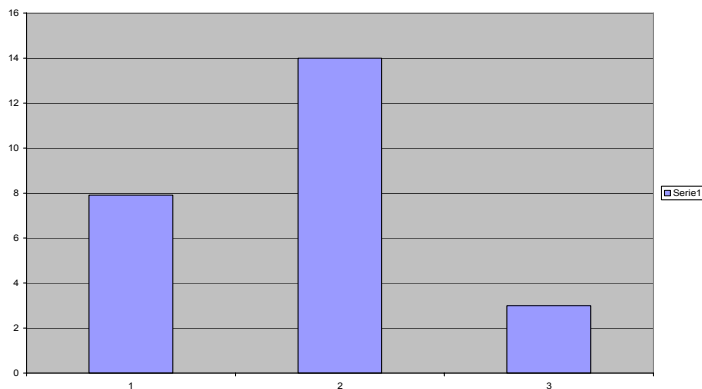
Leyenda:

1. Valor máximo.
2. Valor promedio.
3. Valor mínimo.

## 2. Planificación

La planificación como modo de afrontamiento se presentó en 21 pacientes con valores por encima de la media (7,90) y valores máximo y mínimo de 14 y 3 respectivamente. Esta estrategia describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema, lo cual resulta coherente en la muestra con los resultados anteriores.

Gráfico 3.8: Valores promedio, máximo y mínimo de la estrategia Planificación.



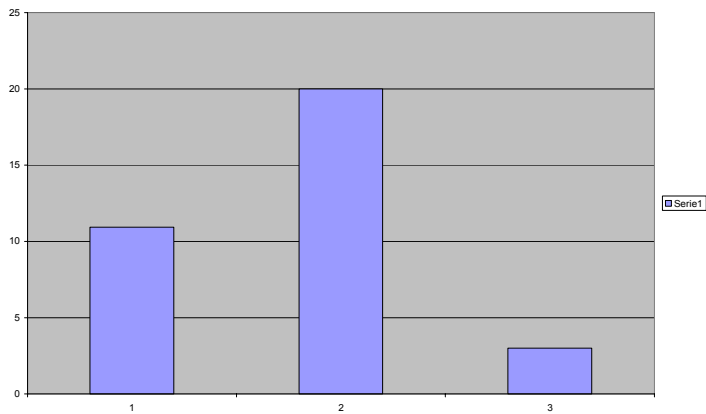
Leyenda:

1. Valor máximo.
2. Valor promedio.
3. Valor mínimo.

### 3. Reevaluación Positiva.

La Reevaluación Positiva se muestra con una media de 10,93 y valor máximo de 20 y mínimo de 3. Hay que señalar que 19 pacientes se ubican por encima de los valores de la media, lo cual nos hace pensar en el uso frecuente de este modo de afrontamiento que describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal.

Gráfico 3.9: Valores promedio, máximo y mínimo de la estrategia Reevaluación positiva.



*Leyenda:*

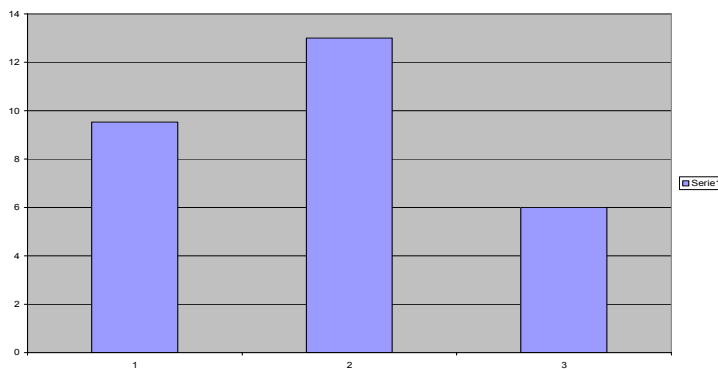
1. Valor máximo.
2. Valor promedio.
3. Valor mínimo.

#### 4. Confrontación.

En la muestra estudiada la Confrontación como modo de afrontamiento, se presenta un valor de la media de 9,53, con valores máximo de 13 y mínimo de 6, 17 pacientes se ubican por encima de la media para un (53,12%).

Estos resultados evidencian el predominio de la Confrontación como aquella estrategia que describe los esfuerzos para alterar la situación asociada probablemente a la ERC y sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acción directa.

Gráfico 3.10: Valores promedio, máximo y mínimo de la estrategia Confrontación.



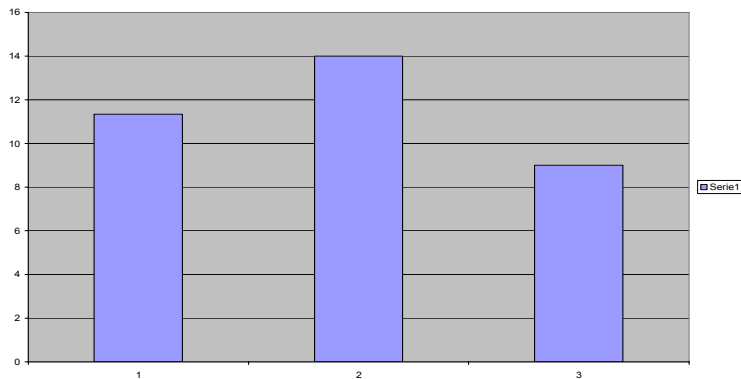
Leyenda:

1. Valor máximo.
2. Valor promedio.
3. Valor mínimo.

### 5. Distanciamiento.

El distanciamiento como modo de afrontamiento, se presenta en la muestra un valor de la media de 11, 34 y valores máximo de 14 y mínimo de 9. Hay que destacar que 23 pacientes (71,87%) se ubican por encima de la media. De manera que se evidencia en la muestra estudiada el predominio de la realización de esfuerzos para separarse de la situación estresante, en este caso la ERC, lo cual teóricamente también alude a la creación de un punto de vista positivo.

Gráfico 3.11: Valores promedio, máximo y mínimo de la estrategia Distanciamiento.



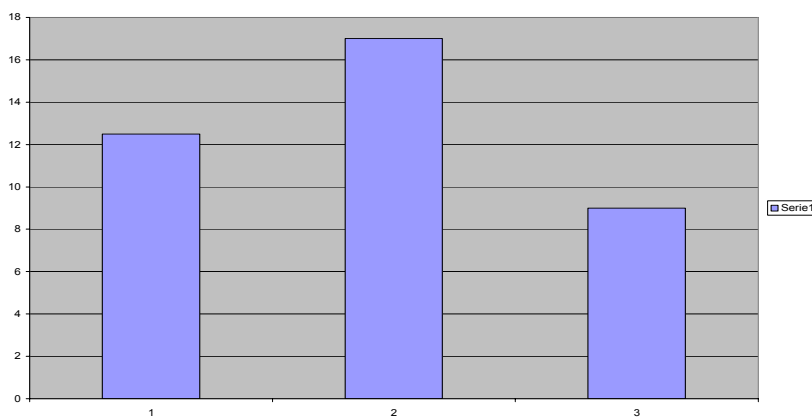
Leyenda:

1. Valor máximo.
2. Valor promedio.
3. Valor mínimo.

### 6. Autocontrol.

La expresión de este modo de afrontamiento se presenta con un valor promedio de 12,5 y valores máximo y mínimo de 17 y 9 respectivamente. Por encima de los valores de la media igual que en el distanciamiento se ubican 14 pacientes, estos resultados apuntan a la descripción de los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

Gráfico 3.12: Valores promedio, máximo y mínimo de la estrategia Autocontrol.



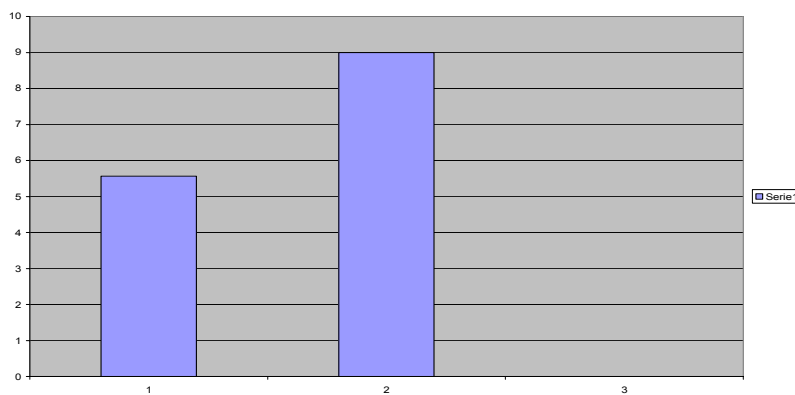
Leyenda:

1. Valor máximo.
2. Valor promedio.
3. Valor mínimo.

### 7. Aceptación de la responsabilidad.

En este modo de afrontamiento el valor de la media es de 5,56 con valores máximo y mínimo de 9 y 0 respectivamente. Por encima de la media se ubican 10 pacientes en los que el reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema parece tener una expresión importante.

Gráfico 3.13: Valores promedio, máximo y mínimo de la estrategia Aceptación de la responsabilidad.



Leyenda:

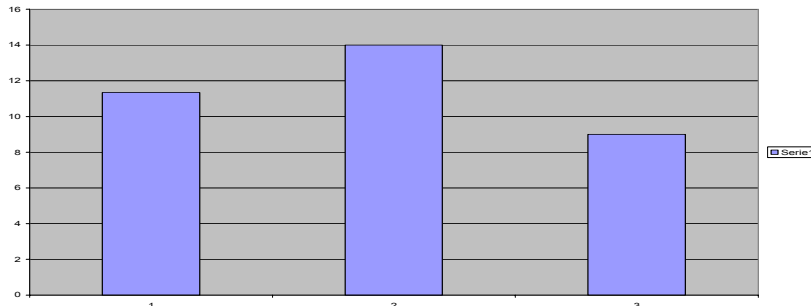
1. Valor máximo.
2. Valor promedio.
3. Valor mínimo.



## 8. Huida evitación.

El valor de la media en esta estrategia es de 6,21 con un valor máximo de 17 y un valor mínimo de 3, por encima del valor de la media se ubican 7 pacientes. Este modo de afrontamiento describe el pensamiento desiderativo.

Gráfico 3.14: Valores promedio, máximo y mínimo de la estrategia Huida evitación.



Leyenda:

1. Valor máximo.
2. Valor promedio.
3. Valor mínimo.

Los resultados presentados hasta aquí con relación a los tres modos de afrontamiento (Búsqueda de apoyo social, Planificación y Revaluación positiva) que predominaron en la muestra, contrasta con la estrategia Huida evitación que se expresa en menor cantidad de sujetos con valores por encima de la media, estos resultados posibilitan identificar estas cuatro estrategias como factores salutogénicos que están incidiendo en los modos de afrontamiento y por tanto en la controlabilidad en el paciente con ERC en HD, cuestión de gran valor práctico para la atención de estos pacientes.

De igual manera los resultados apuntan a que la estrategia Aceptación de la responsabilidad que sólo se presenta en 10 pacientes con valores por encima de la media y que describe el reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema, pudiera estar incidiendo como factor patológico en los modos de afrontamiento y por tanto en la controlabilidad en el paciente con ERC en HD, cuestión de gran valor práctico para la atención de estos pacientes. Como ya se

ha analizado, el resto de los modos de afrontamiento se presentan con valores aceptables en términos de su repercusión como factores salutogénicos y/o patológicos en función de su naturaleza. Sin embargo, no hay que olvidar que los autores de este cuestionario destacan que las mediciones que con su auxilio se pueden hacer siempre deberán ser analizadas desde una perspectiva situacional y no considerarlas como estilos de afrontamiento generalizables.

Resulta interesante analizar que hay 8 pacientes en los cuales se da la combinación de valores por encima de la media en las estrategias Búsqueda de apoyo social, Planificación y Revaluación positiva y los 8 pacientes se expresa además ansiedad estado alta (según los resultados del IDARE) y estado de frustración también alto (según el Cuestionario de estados reiterados de frustración). Sin embargo, por las disímiles formas de expresión de las estrategias evaluadas en los pacientes de la muestra mediante el Cuestionario de modos de afrontamiento de Lazarus, los resultados encontrados sirven de evidencia empírica a los planteamientos de Martín M y Grau R. (2007) acerca de cómo las estrategias de afrontamiento pueden ser muy variadas incluso en situaciones similares, en este caso la ERC con tratamiento de HD, luego el que un paciente utilice un tipo de estrategia y otros utilicen otros no define que uno actúe mejor que la otro, ambos intentan controlar la situación sólo que lo hacen de manera diferente. Las diferencias entre las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes no son indicadoras de que uno actúa mejor que el otro, sólo que cada uno intenta controlar el entorno de manera diferente.

## **Conclusiones:**

- El análisis del comportamiento de las variables sociodemográficas en la muestra investigada puede ser considerado en algunos casos como factores de riesgo y en otros como factores salutogénicos en función de cada caso en particular. En la muestra estudiada predominaron los pacientes solteros, el sexo masculino, mayores de 61 años y con un nivel escolar medio básico. Predominaron los pacientes entre 1 y 3 años en hemodiálisis.
- Entre las principales preocupaciones planteadas por los pacientes se encontró un predominio de las ideas relacionadas con la muerte, el temor a posibles complicaciones del cuadro clínico de manera inmediata y las frustraciones vinculadas con la vida cotidiana asociadas a su status de enfermo. También se notó la preocupación por el sufrimiento que puede causarle su enfermedad a los familiares que se desempeñan como cuidadores.
- Según el criterio del personal médico consultado las principales manifestaciones psicopatológicas de estos pacientes son la ansiedad, la depresión, la ira, la frustración y las alteraciones sensoriales en menor medida.
- La constatación en la muestra estudiada, de manifestaciones emocionales como la ansiedad, la depresión, frustración y la ira en niveles que fluctúan entre alto, medio y leve evidencia la presencia de estos síntomas psicopatológicos en los pacientes con ERC en HD.
- Las principales preocupaciones, las manifestaciones psicopatológicas y los factores salutogénicos identificados en los pacientes de la muestra modulan los modos de afrontamiento a la ERC y a la HD.

- 
- En los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en HD estudiados predominaron en orden jerárquico los estilos de afrontamiento:
    1. Búsqueda de apoyo social
    2. Planificación
    3. Reevaluación positiva
    4. Confrontación
    5. Distanciamiento
    6. Autocontrol
    7. Aceptación de la responsabilidad
    8. Huida-evitación
  
  - Se apreció que la búsqueda de apoyo social de las personas cercanas al paciente, es el estilo de afrontamiento más común en su manifestación y potencialmente constituye un factor salutogénico a considerar en la atención psicológica al paciente con la colaboración de la familia.
  
  - La diversidad de expresión de las estrategias de afrontamiento en los pacientes de la muestra constituyen evidencias empíricas de que las estrategias en sí misma no son eficaces o ineficaces en términos de dominio del entorno, su eficacia puede estar en el poder de modular la controlabilidad de la situaciones estresoras asociadas a la ERC y al tratamiento con HD.

**Recomendaciones:**

- Se debe continuar la presente línea investigativa, priorizando el desarrollo de investigaciones que aborden la creación e implementación de estrategias psicológicas para la atención de pacientes con ERC en hemodiálisis.
- Teniendo en cuenta la importancia clínica de los estilos de afrontamiento a la enfermedad el mismo deben ser considerados en los protocolos de exploración psicológica de los pacientes que se someten a tratamiento en hemodiálisis.
- Considerando los resultados obtenidos en la presente investigación es recomendable la incorporación de un psicólogo clínico a la atención no sólo del paciente, sino de sus cuidadores principales y demás familiares. Este profesional también puede ofrecer orientaciones al personal médico y paramédico en el manejo de estos pacientes.
- Ofrecer los datos obtenidos en la investigación a los profesionales del servicio de nefrología del Hospital “Arnaldo Milián Castro” de la ciudad de Santa Clara con vistas a su valoración y posible aplicación a la práctica clínica.



## Referencias

1. Alonso A, et. al. (2003). *Psicodiagnóstico: Selección de lecturas*. La Habana: Editorial Félix Varela.
2. Angulo, M. y Fonseca, R. et. al. (2004). Vida social, familiar y laboral de los pacientes trasplantados renal de la unidad de nefrología. [Versión electrónica]. *Nefrología Latinoamericana* (53), (213- 220). Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E506/P1-E506-ES.pdf>
3. Álvarez-Ude, M. J. Fernández-Reyes, A. Vázquez, C. Mon, R. Sánchez y P. Rebollo Álvarez (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. [Versión electrónica]. *Revista NEFROLOGÍA XXI*. (2.), (191-198). Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1.../P1-E181-S132-A1354.pdf>
2. Alvarado, R. , Blanco I, y Carreño Z, et. al. (2004): Apoyo familiar y la estabilidad emocional de los pacientes del programa de hemodiálisis de la unidad de nefrología. *Nefrología Latinoamericana*, 50 (215-230).
3. Christensen, A. J. (1996) .Patient adjustment and adherence in renal dialysis: A person by treatment interactional approach. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 56(11-B), 6029.
4. Christensen, A.J., Wiebw, J. S. et. al. (1996). Body consciousness, illness related impairment and patient adherence in hemodialysis. *Journal Consult Clinica Psychology*, 64, 147-152.
5. CIE-10. (1993). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Rafael Salgado.
6. Covinsky KE, Kahana E, Chin M, (2000). Depressive symptoms and 3 years mortality in older hospitalized medical patients. P.563-569.SAP.
7. Cray Tisher C, Madson KM. (2000). Anatomy of the kidney. *En: Brenner BM. Brenner & Rector's The Kidney. (Vol 1. 6ta ed.) Philadelphia: M.B. Seaaders company. (3-67)*.
8. Egido, J. y Alcázar R, (1998): *Insuficiencia renal crónica*. *Nefrología Clínica*.

Madrid: Editorial médica panamericana.

9. Fernández, C. , Padierna, C., Villoria, E., Billoria, E., y Amigo, I., Fernández, R. e Ignacio Peláez (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. [Versión electrónica]. *Psicothema* 2011. 23,(3), (374-381).Recuperado desde: <http://www.psicothema.com/pdf/3897.pdf>.
10. Fernández- Abascal, F y Palmero, E. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ediciones Ariel.
11. Galindo G, Salvador J, Cherror Y.Son E, (1993). La Nueva Psicología Contemporánea. [Versión electrónica]. *Revista Salud Mental* 12, (9-12). Recuperado desde: <http://www.unacar.mx/contenido/difusion/acalan39pdf/>
12. García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González V., y A. Hurtado (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. [Versión electrónica]. *Revista NEFROLOGÍA*. XXII. (3), (245-250). Recuperado desde: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1.../P1-E194-S132-A3499.pdf>
13. González, Y., Herrera, L. F. y López, J. (2009). *Comparación del estado emocional, en su relación con el perfil clínico en pacientes en estadios 3-4 y 5 de la Enfermedad Renal Crónica*”. Tesis de Licenciatura no publicada. Santa Clara. UCLV.
14. Guyton, A.C y Hall, JE, (1998). *Formación de la orina en los riñones: La filtración glomerular, riego sanguíneo renal y su regulación. Tratado de Fisiología médica.*( Vol II). Nueva York: Interamericana. McGram-Hill.
15. Gradillas, V, (1981). Aspectos psicológicos en la asistencia médica del enfermo Terminal. *Revista. Clínica Española* 7(1-4).
16. Hener J. (1996). Supportive versus cognitive-behavioral intervention programs in achieving adjustment to home peritoneal kidney dialysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(4, Aug), (731-741).
17. Herrera, L. F. y Delgado, J. (2008). Un acercamiento a la definición de la



- controlabilidad en el proceso de salud-enfermedad. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 40, (3), (475-484).
18. Katz, E. (2001). Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia renal crónica. *Revista Médica de Chile*, 101 (966-968).
  19. Kimmel, P L. (2000). Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis*; 35(4), 132-140.
  20. Kimmel, PL., Thamer M, Richard. (1998). Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med*.105, 21421.
  21. Kimmel PL, Peterson RA, et al. (2000). *Dyadic relationship conflict, gender, nd mortality in urban hemodialysis patients*. *J Am SocNephrol*; 11, 1518-1525.
  22. Kubler- Ross, E, (1989). La muerte, un amanecer. [Versión electrónica]. . Disponible desde: [http:// www.buenastareas.com](http://www.buenastareas.com)
  23. Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
  24. Lazarus, R.S y Lazarus, B.N. (2000). *Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Editorial Paidós.
  25. Lazarus, R.S. (2000). *Stress and emotion: A new syntesis*. New Cork: Springer Publishing Company (Traducción española: Ed. Desclée de Broker.)
  26. Levitov, N.D.(1964). *Acerca de los estados patológicos del Hombre*. Moscú: Ed. Universidad.
  27. Livesley, W. (1982). Factors asociated with psychriatric sympons in patiens undergoing chronic hemodialysis. *Canadadian Journal of Psychiatry* 60 (262-266).
  28. López, J. y Herrera, L.F. (2005). *Calidad de vida Percibida en pacientes con tratamiento renal sustitutiva*. Tesis de Maestría no publicada. Santa Clara, U.C.L.V.
  29. Luria AR, (1997). *Las funciones corticales del hombre*. Barcelona: Editorial Orbe.
  30. Madrigal O, (2002). Bienestar psicológico como factor de dependencia en

- hemodiálisis. *Revista Enfermería IMSS*, (17-20). Recuperado desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073g.pdf>
31. Magaz, A., Bragado, C., Arrieta, J, Aranzabal, J, y et. al, (2004). Depresión y supervivencia en enfermos renales crónicos. *Nefrología Latinoamericana* (2),(209-215).
  32. Magaz, A, Lavari, R y Mentxaca, M. (2005). Problemas psicológicos y sociales de los pacientes en hemodiálisis. *Tratado de hemodiálisis*. DF. Editorial Trillas.
  33. Martorelli A, Ciprés M, Gallart C, Lobo J., (2004). Promoción de resiliencia en pacientes hemodializados. *Nefrología Latinoamericana* (7), (214-222).
  34. Martorelli, A.; Pechón. C.; y Mustaca, A. (1998). Gimnasia expresiva y autoestima en pacientes con hemodiálisis crónica. *Revista psicología. com (On line)*. Vol. (2),(25-37) Disponible desde: [http://www.psiquiatría.com/psicología/vol2num2/art\\_2.htm](http://www.psiquiatría.com/psicología/vol2num2/art_2.htm).
  35. Martorelli, A. (2004). *Pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) y psicología positiva*. Lanari Investig. Buenos Aires. Argentina
  36. Martorelli, A. Mustaca, A (2004). Psicología positiva, salud y enfermos renales crónicos. *Revista de nefrología Diálisis y trasplantes*, 24(3), (99-104).
  37. Martín, M. y Grau, R. (2007). *Instrumentos de medición para el estudio del stress y el afrontamiento*. Parte V de Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias médicas.
  38. Martín, F., Reig, A., Sarró, F., Arenas, M., Ferrer, R., González, F., Gil M., y J. Egea (2001). Utilidad del sildenafil en el tratamiento de la disfunción eréctil del varón en hemodiálisis. *Revista NEFROLOGÍA*. XXI. (5), (293-295).
  39. Mezzano A, Sergio y AORS E, Claudia. (2005). Enfermedad Renal Crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. *Revista. Médica de. Chile* .133(.3), (P124-127).
  40. Miñaro, J., Perez, V. y Linares, D. (1985). Estudio de la ansiedad en pacientes

- en hemodiálisis y trasplantados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48, (317-329).
41. Molerio, O, y et. al. (2004). *Manual de Inventario de Ira Rasgo-Estado STAXI - 2. Adaptación a la norma Cubana*. Santa Clara: Editorial Feijóo.
42. Molerio, O., Arce, M., Otero, I., y Nieves, Z., (2005). El estrés como factor de riesgo en la Hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 43 (1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032005000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
43. Moure, P. (2011). *Manifestaciones de ansiedad, depresión, e ira, en cuidadores principales de pacientes con tratamiento hemodialítico*. Tesis de Maestría no publicada. Santa Clara. UCLV.
44. Morales, CF, (1999). *Psicología de la Salud*. La Habana. Editorial Científico-Técnica.
45. Mustaca, A.E. y Bentosela, M. (1995). Estados psicológicos, salud y enfermedad. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13(1), 53-
46. Mustaca, A. E. (2001). Emociones e Inmunidad. *Revista Colombiana de Psicología*, 10, 5-14.
47. Nieto – Cardoso, E. (1994). *Psicoterapia. Principios y técnicas*. México. DF. Edit. Romont.
48. Oblitas, G. y Cols. L.A. (2006). *Psicología de la Salud y enfermedades crónicas*. Editorial: Oblitas, G. (2008). *Panorama de la Psicología de la Salud*. Bogotá: Editorial: PSICOM Editores.
50. Oblitas, L. (2011). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. (2. ed.) Bogotá: PSICOM.
51. Otero, A. (2005) *Enfermedad renal crónica: evaluación, clasificación y estratificación. Incidencia y prevalencia. Importancia del problema*. Servicio de Nefrología Complejo Hospitalario de Ourense.
52. Powe N. R. (2003). Early referral in chronic kidney disease: an enormous

- opportunity for prevention. *Am J Kidney Dis* . 41, 505-507.
- 53 Richter, J., Greeley, Koeckeritz, et. al. (2002). A cross-cultural comparison of family resiliency in hemodialysis patients. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 218-227.
- 54 . Rubinstein, S.L, (1981). *Principios de Psicología General*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- 55 Rodríguez, L. C, (2010). *Guía Psicoeducativa para cuidadores de pacientes en tratamiento renal sustitutivo por hemodiálisis*. Tesis de maestría no publicada. Santa Clara. UCLV.
- 56 Sampieri, R.H, Fernández-Collado, C., Baptista, P. (2005) *Metodología de la Investigación* (4. ed.). México: Interamericana Editores.
- 57 Sansone, A. Cirugeda, M., Bajo, Del Peso, G., Sánchez, J. A., Tomero, Alegre, L., Hernández, Y., Polanco, N., Delgado, P., Soares, C. y R. Selgas (2004). Actualización de protocolos en la práctica clínica de diálisis peritoneal, año 2004. *NEFROLOGÍA*. XXIV (5), (410- 442).
58. Seligman, M. (1998). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. Nueva York: Pocket Books.
59. Sellarés V. L, Martín Conde ML, (2002). *Insuficiencia renal crónica*. Manual de Nefrología. (2da ed). Madrid: Harcourt.
60. Sifontes, L y Martínez, Y. y Herrera, LF, (2005). *Características de la afectividad en pacientes con éxito y fracaso en el trasplante renal*. Tesis de licenciatura no publicado. Santa Clara. UCLV.
61. Soler, H. (2007). *Evaluación de los riesgos psicosociales que existen en las Salas de Hemodiálisis y Terapia Intermedia del Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro*. Tesis de maestría no publicada. Santa Clara. UCLV.
62. Solomon, G. F. (1998). *Immune & Nervous System Interactions*. Malibu: Fund  
for Psychoneuroimmunology.
63. Solomon, G. F. (2001). *Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia*,

- evidencia y consecuencias. *Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2001. Mesa Redonda: Psicósomática, 1 Febrero – 7 Marzo, 2001.*
64. Souza, C. L, Cuello, M.I (2011). *Programa educativo sobre cuidadores a pacientes que reciben diálisis*. Disponible en: <http://www.noticias-medicas.com/enfermedad-renal-cronica>.
65. Smith M. D, Hong BA, Robson AM, (1985). Diagnostic of depression in patients with end-stage renal disease; Comparative Analysis. *Am J Med; 45 p.160-166.*
66. Tobal, J. J. (2000). Emociones y salud: principios y aplicaciones. En J. M. Peiró y P. Valcárcel (Cords.), *Psicología y Sociedad* (pp. 81-107). Valencia: Real Sociedad Económica de Amigos del País.
67. Valdés, A. (2010). *Cuadro interno de la enfermedad en pacientes con insuficiencia renal, en tratamiento sustitutivo*. Tesis de maestría no publicada. Santa Clara. UCLV.
68. Valles I, Gil J, Ochoa T, Vargas E. (2004). Grado de satisfacción de los pacientes del programa de hemodiálisis en relación a la atención integral recibida por enfermería de la unidad de diálisis. *Nefrología Latinoamericana. ( 6), ( 214-231).*
69. Vázquez, I., Valderrábano, J., Fort, Jofré, R., López-Gómez, J., Moreno, F. y D. Sanz-Guajardo (2004). Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. [Versión electrónica]. *Revista NEFROLOGÍA. XXIV. (2), (167-177).* Recuperado desde: [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139).
70. White, T. y et.al. (2002). A cross-cultural comparison of family resiliency in hemodialysis patients. *Journal of Transcultural Nursing, 13, (218-227).* Recuperado desde: <http://www.jfn.sagepub.com/content/10/3/357.full.pdf>

71. Vivalda, E. (2011). *Caracterización emocional de los cuidadores de pacientes en tratamiento renal sustitutivo por hemodiálisis*. Tesis de Licenciatura no publicada .Santa Clara. UCLV.
72. Wu AW, Fink N. E, Cagney KA, et.al. (2001).Developing a health – related quality of life measure for end stage renal disease: The CHOICE Health Experience Questionnaire. *Am J Kidney Dis* 37: 11-21.
73. Zúñiga C, (2004). Factores psicosociales de la calidad de vida relacionada con la salud en Nefrología. *Nefrología. Latinoamericana*, (7), (98-111).
74. Zahonero, P. (1984). Variables demográficas en hemodiálisis y tendencia a la depresión. *Acta Lusa-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 4, 59-64.

## Anexo 1

*Consentimiento informado.*

Facultad de Psicología.

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

Estamos pidiendo su cooperación voluntaria para un estudio que está realizando la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, cuyo propósito es elaborar alternativas de intervención psicológica para estimular estrategias de afrontamiento que contribuyan a la disminución de los estados emocionales patológicos que acompañan a la Insuficiencia Renal Crónica. Usted ha sido seleccionado para conformar nuestra muestra. Es completamente libre para poder decidir si participa o no en el estudio, que le garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Si acepta participar, tiene el derecho de abandonarlo en el momento que desee o de rechazar cualquier tópico que le resulte incómodo. Su decisión no le afectará su acceso a la atención médica futura; agradecemos mucho su participación y el valioso aporte que pueda brindarnos, si le surge alguna duda, no vacile en hacer las preguntas que necesite. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar, le rogamos nos lo indique.

Declaración voluntaria: He entendido el propósito de este estudio, he leído la información que me brindaron y he tenido la oportunidad para preguntar sobre diferentes aspectos de la misma. Yo acepto voluntariamente en participar como una de las personas del grupo y entiendo que tengo el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento, sin que ello afecte mi atención médica futura.

Firma del paciente. ----- Firma del investigador. -----

## Anexo 2

### IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	No	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con	1	2	3	4



confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1			

## IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Me canso rápidamente	1	2	3	4
3. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
4. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
5. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
6. Me siento descansado	1	2	3	4
7. Soy un persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
8. Siento que las dificultades se tornan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
10. Soy feliz	1	2	3	4
11. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
12. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
13. Me siento seguro	1	2	3	4
14. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
15. Me siento melancólico	1	2	3	4
16. Estoy satisfecho	1	2	3	4

17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
18. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
19. Soy una persona estable	1	2	3	4
20. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

### Anexo 3

*Inventario de Depresión (Beck).*

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

#### A

- No Estoy triste.
- Siento desganas de vivir, o bien estoy triste.
- Siento siempre desganas de vivir, o bien estoy siempre triste o bien no lo puedo remediar.
- Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.
- Estoy tan siempre triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

#### B

- No estoy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
- Me siento desanimado por lo que se refiere a mi futuro.
- Creo que no debo esperar ya nada
- Creo que jamás me libraré de mis penas y preocupaciones.
- Tengo la impresión que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación.

#### C

- No tengo la sensación de haber fracasado.
- Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.
- Creo que he fracasado por completo.
- Cuando pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.
- Creo que he fracasado por completo.

#### D

- No estoy particularmente descontento.
- Casi siempre me siento aburrido.
- No hay nada que me alegre como me alegraba antes.

No hay nada en lo absoluto que me proporcione una satisfacción.

Estoy descontento del todo.

## **E**

No me siento particularmente culpable.

Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.

Me siento culpable.

Ahora tengo constantemente la impresión de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.

Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo nada absolutamente.

## **F**

No tengo la impresión de merecer un castigo.

Creo que me podría pasar algo muy malo.

Tengo la impresión de que ahora o muy pronto voy a ser castigado.

Creo que merezco ser castigado.

Quiero ser castigado.

## **G**

No estoy descontento de mí mismo.

Estoy descontento de mí mismo.

Me gusta a mí mismo.

No puedo soportarme a mí mismo.

Me odio.

## **H**

No tengo la impresión de ser peor que los demás.

Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.

Me hago reproches por todo lo que no sale bien.

Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

## **I**

No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.

A veces se me ocurre quitarme la vida pero no lo haré.

Pienso que sería preferible que muriera.

- He planeado como podría suicidarme.
- Creo que sería mejor para mi familia que yo muriera.
- Si pudiera me suicidara.

## **J**

- No lloro más de lo corriente.
- Lloro con mucha frecuencia, mucho más de lo corriente.
- Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.
- Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.

## **K**

- No me siento más irritado que de costumbre.
- Me enfado y me irrito con más facilidad que antes.
- Estoy constantemente irritado.
- Ahora no me irritan ya las cosas con las que antes me enfadaba.

## **L**

- No he perdido el interés por los demás.
- Me intereso por los demás menos que antes.
- Los demás no me interesan nada, todo el mundo me es totalmente indiferente.
- He perdido casi por completo el interés por los demás y siento poca simpatía por las demás personas.

## **M**

- Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.
- Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.
- Me siento completamente incapaz de tomar alguna decisión por pequeña que sea.

## **N**

- No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.
- Tengo la impresión de presentar peor aspecto cada vez más.
- Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado.
- Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

**O**

- Trabajo con la misma facilidad de siempre.
- Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
- Ya no trabajo tan bien como antes.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.
- Me siento incapaz de realizar cualquier trabajo por pequeño que sea.

**P**

- Duermo tan bien como de costumbre.
- Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.
- Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de cinco horas.
- Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.

**Q**

- No me canso más que de costumbre.
- Me canso más pronto que antes.
- Cualquier cosa que hago me cansa.
- Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer cualquier cosa por poco esfuerzo que me cueste.

**R**

- Mi apetito no es peor que de costumbre.
- No tengo tanto apetito como antes.
- Tengo mucho menos apetito que antes.
- No tengo en absoluto ningún apetito.

**S**

- No he perdido peso, si lo he perdido lo he perdido poco.
- He perdido más de 2 Kg. de peso
- He perdido más de 4 Kg. de peso
- He perdido más de 7 Kg. de peso

**T**

- Mi salud me preocupa más que de costumbre

Me molesto constantemente por mis molestias físicas

No hago nada más que pensar en mis molestias físicas

Mis molestias físicas me afectan y me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en otras cosas.

## **U**

No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.

Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.

He perdido todo interés por las cosas del sexo.



## Anexo 4

### STAXI – 2

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a si misma. Lea cada afirmación y rodee con un circulo una de las letras que encontrara a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

**A: NO EN ABSOLUTO**

**B: ALGO**

**C: MODERADAMENTE**

**D: MUCHO**

COMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO					
1	Estoy furioso	A	B	C	D
2	Me siento irritado	A	B	C	D
3	Me siento enfadado	A	B	C	D
4	Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5	Estoy alterado	A	B	C	D
6	Me gustaría decir " <i>malas palabras</i> "	A	B	C	D
7	Estoy molesto	A	B	C	D
8	Me gustaría dar puñetazos a la pared	A	B	C	D
9	Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10	Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11	Quiero romper algo	A	B	C	D
12	Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13	Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14	Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15	Me gustaría hecharle la bronca a alguien	A	B	C	D

### PARTE - 2 INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a si misma. Lea cada afirmación y rodee con un circulo una de las letras que encontrara a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

**A: CASI NUNCA**

**B: ALGUNAS VECES**

**C: A MENUDO**

**D: SIEMPRE**

COMO ME SIENTO NORMALMENTE					
16	Me encolerizo rápidamente	A	B	C	D
17	Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
18	Soy una persona exaltada	A	B	C	D
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20	Tiendo a perder los estribos	A	B	C	D
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22	Me siento furioso cuando hago algún buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23	Me molesto con facilidad	A	B	C	D
24	Me enfado si ni me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D

## STAXI - 2 (Continuación)

### PARTE - 3 INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique COMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTA ENFADADO O FURIOSO, utilizando la siguiente escala:

**A: CASI NUNCA**

**B: ALGUNAS VECES**

**C: A MENUDO**

**D: CASI SIEMPRE**

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO					
26	Controlo mi temperamento	A	B	C	D
27	Expreso mi ira	A	B	C	D
28	Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29	Hago comentarios irónicos a los demás	A	B	C	D
30	Mantengo la calma	A	B	C	D
31	Hago cosas como dar portazos	A	B	C	D
32	Ardo por dentro aunque no lo demuestro	A	B	C	D
33	Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34	Discuto con los demás	A	B	C	D
35	Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36	Puedo controlarme y no perder los estribos	A	B	C	D
37	Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38	Digo barbaridades	A	B	C	D
39	Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40	Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41	Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42	Rehuyo encararme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43	Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	A	B	C	D
44	Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45	Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46	Trato de relajarme	A	B	C	D
47	Hago algo sosegado para calmarme	A	B	C	D
48	Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49	Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

## Anexo 5

*Cuestionario de estados reiterados de frustración.*

Nombre:

Edad:

Lea cuidadosamente cada una de las frases que se muestran a continuación y marque con una cruz la que más se asemeje a su situación actual. No hay respuestas buenas ni malas lo más importante es su sinceridad.

1- En mi casa me siento bien.

\_\_\_ Siempre \_\_\_ casi siempre \_\_\_ algunas veces \_\_\_ muy pocas veces

2- Me siento feliz.

\_\_\_ Siempre \_\_\_ casi siempre \_\_\_ algunas veces \_\_\_ muy pocas veces

3- Me siento frustrado (a).

\_\_\_ Siempre \_\_\_ casi siempre \_\_\_ algunas veces \_\_\_ muy pocas veces

4- Mi vida sexual es:

\_\_\_ Muy buena \_\_\_ buena \_\_\_ regular \_\_\_ mala

5- He tenido buenas relaciones con mis padres.

\_\_\_ Siempre \_\_\_ casi siempre \_\_\_ algunas veces \_\_\_ muy pocas veces

6- He tenido buenas relaciones con mi pareja.

\_\_\_ Siempre \_\_\_ casi siempre \_\_\_ algunas veces \_\_\_ muy pocas veces

7- Me consideran una buena persona.

\_\_\_ Todo el mundo \_\_\_ casi todo el mundo \_\_\_ algunas personas \_\_\_ pocas personas

8- Me siento desdichado. (a)

\_\_\_ Siempre \_\_\_ casi siempre \_\_\_ algunas veces \_\_\_ muy pocas veces

9- Me siento desesperado. (a)

\_\_\_ Muy frecuentemente \_\_\_ frecuentemente \_\_\_ algunas veces \_\_\_ casi nunca

10- Todo lo que me he propuesto, lo he logrado.

\_\_\_ Siempre \_\_\_ casi siempre \_\_\_ algunas veces \_\_\_ muy pocas veces

11- Siento un temor interno a fracasar que me acompaña.

\_\_\_ Siempre \_\_\_ casi siempre \_\_\_ algunas veces \_\_\_ muy pocas veces

12-En mi vida he fracasado.

\_\_\_ Siempre \_\_\_ casi siempre \_\_\_ algunas veces \_\_\_ muy pocas veces

## Anexo 6

### *Cuestionario de modos de afrontamiento.*

Lea, por favor, los ítems que se indican a continuación escriba su lado el número que exprese en que medida usted actuó de tal manera:

0. En absoluto.
1. En alguna medida.
2. Bastante.
3. En gran medida.

	0.En absoluto	1.En alguna medida	2. Bastante	3. En gran medida
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer.				
2. Intenté analizar el problema para resolverlo mejor.				
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo.				
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.				
5. Me comprometí o propuse sacar algo positivo de la situación.				
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quede sin hacer nada.				
7. Intente encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.				
8. Hable con alguien para averiguar más				

sobre la situación.				
9. Me critiqué a mi mismo.				
10. No intenté quemar mis "naves", sino que deje alguna posibilidad abierta.				
11. Confié en que ocurriera algún milagro.				
12. Seguí adelante con mi destino, simplemente algunas veces tengo mala suerte.				
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.				
14. Intenté guardar para mi mis sentimientos.				
15. Busqué algún resquicio de esperanza, intente ver las cosas por su lado bueno.				
16. Dormí más de lo habitual en mí.				
17. Manifesté mi enojo a la persona que lo había provocado.				
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.				
19. Me dije a mi mismo las cosas que me hicieran sentir menor.				
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.				
21. Intenté olvidarme de todo.				
22. Busqué la ayuda de un profesional.				
23. Cambié, maduré como persona.				

24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.				
25. Me disculpé o hice algo para compensar.				
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí.				
27. Acepte mejor la segunda posibilidad después de aquella en la que no confiaba.				
28. De algún modo expresé mis sentimientos.				
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.				
30. Salí de la experiencia mejor que como entre.				
31. Hablé con alguien que podría hacer algo concreto por mi problema.				
32. Me alejé del problema por un tiempo, intente descansar o tomar unas vacaciones.				
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.				
34. Tomé una decisión muy importante o hice algo muy arriesgado.				
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.				
36. Tuve fe en algo nuevo.				
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.				
38. Redescubrí lo que es importante en la				

vida.				
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.				
40. Evité estar con la gente en general.				
41. No permití que me venciera, rehusé pensar en el problema mucho tiempo.				
42. Pregunté a un pariente o amigo y respete su consejo.				
43. Oculté a los demás las cosas que me iban mal.				
44. No me tome en serio la situación.				
45. Le conté a alguien como me sentía.				
46. Me mantuve firme y pelee por lo que quería.				
47. Me desquité con los demás.				
48. Recurrí a experiencias pasadas.				
49. Sabía lo que había que hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.				
50. Me negué a creer lo que había ocurrido.				
51. Me prometí a mi mismo que las cosas serian diferentes la próxima vez.				
52. Propuse un par de soluciones distintas al problema.				
53. Lo acepte, ya que no podía hacer nada al respecto.				



54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas.				
55. Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma en que me sentía.				
56. Cambié algo de mi mismo.				
57. Soñé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.				
87. Deseé que la situación se desvaneciera de algún modo.				
59. Fantaseé o imaginé el modo en que podían cambiar las cosas.				
60. Recé.				
61. Me preparé para lo peor.				
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría.				
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a la que admiro y decidí tomarla como modelo.				
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.				
65. Me recordé a mi mismo que las cosas podrían ser peor.				
66. Hice yoga u otro ejercicio.				
67. Intenté algo distinto a todo lo anterior (por favor escríbalo).				

## **Anexo 7**

*Entrevista semiestructurada a los pacientes con ERC en HD.*

- Antecedentes patológicos personales (APP) Patología de base.
- Bienestar psicológico: estado emocional. Capacidad para tomar decisiones.
- Percepción acerca del apoyo social.
- Principales preocupaciones acerca de status relacionado con la salud.

## **Anexo 8**

*Entrevista semiestructurada al cuidador principal.*

- Percepción acerca del bienestar psicológico y los estados emocionales en los pacientes
- Percepción acerca de las preocupaciones acerca de su enfermedad que tiene el paciente.

## Anexo 9

### *Cuestionario a los médicos.*

Estimado especialista:

Teniendo en cuenta su preparación y experiencia profesional solicitamos su colaboración en la investigación que se realiza en la Universidad de Psicología de la Universidad Central Marta Abreu de Las Villas acerca de los síntomas psicopatológicos que pudieran aparecer en pacientes con ERC. El objetivo último de esta investigación es tomar en consideración factores psicológicos que se considera predisponen a las enfermedades crónicas y además se vinculan a la evolución y tratamiento de estas enfermedades y que es necesario considerar para elaborar estrategias de prevención o de tratamiento que contribuyan a aumentar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados. Por esa razón le pedimos que responda las siguientes preguntas y le agradecemos su valiosa colaboración.

Muchas gracias.

Preguntas:

1. ¿Cuáles son los principales factores a considerar en el diagnóstico y tratamiento de la ERC?

---

---

---

2. La ERC, conocemos consta de varios estadios, unos mas avanzados que otros, en el caso del estadio 3-4 ¿Cuáles serían la alternativas terapéuticas?

---

---

---

3. ¿En el estadio 5 existen otras alternativas terapéuticas además de la terapia renal sustitutiva? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_  
¿cuáles?\_\_\_\_\_

4. Según la experiencia de su labor como médico marque las manifestaciones psicopatológicas más comunes que se expresan en el paciente renal?

Ansiedad\_\_\_\_\_

Depresión\_\_\_\_\_

Ira\_\_\_\_\_

Frustración\_\_\_\_\_

Alteraciones del pensamiento\_\_\_\_\_

Alteraciones de la percepción\_\_\_\_\_

Alteraciones de la memoria\_\_\_\_\_

5. Marque el nivel de intensidad en el que considera usted que se manifiesta cada una?

Síntomas	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Ansiedad				
Depresión				
Ira				
Frustración				
Alteraciones del pensamiento				
Alteraciones de la percepción				
Alteraciones de la memoria				

6. Respecto a cada una de las alteraciones señaladas. Mencione las manifestaciones más comunes de cada una de ellas.

---



---



---

12. ¿Se aprecia algún tipo de relación entre la edad del paciente y las manifestaciones de síntomas psicopatológicos?

---



---



---

13. ¿Se aprecia algún tipo de relación entre el sexo del paciente y las manifestaciones de síntomas psicopatológicos?

---



---



---

14. ¿Se aprecia algún tipo de relación entre el nivel educacional del paciente y las manifestaciones de síntomas psicopatológicos?

---



---



---

15. ¿Se aprecia algún tipo de relación entre el estadio de la ERC del paciente y las manifestaciones de síntomas psicopatológicos?

---

---

---

---

16. ¿Se aprecia algún tipo de relación entre la cantidad de años del diagnóstico de la ERC y las manifestaciones de síntomas psicopatológicos?

---

---

---

---

17. Se prescribe algún o algunos medicamento(s) para los síntomas psicopatológicos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿cuáles?

---

---

---