



LICEO SUPERIOR DE HIDALGO

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Psicología

Calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con
insuficiencia renal sometidos a diálisis.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EN TÍTULO DE

Licenciado en Psicología

PRESENTA

Tania García García

Asesor: Samuel Nava Alcántara

Pachuca, Hidalgo.

Noviembre, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTOS

A la Universidad Humanista Hidalgo, especialmente a la Psicóloga Judith González Rodríguez Directora Técnica de la Licenciatura en Psicología, por brindar el apoyo y las facilidades académicas, para concluir el proceso de titulación.

A la Dra. Araceli Ortega Martínez y al Dr. Eydelio Escudero Bravo; por su gentileza y cooperación al otorgar los permisos necesarios para la realización del estudio.

A todos aquellos pacientes que accedieron a participar brindando su tiempo y confianza, para responder las pruebas necesarias para esta investigación.

A G R A D E C I M I E N T O S

Le agradezco a Dios por tantas bendiciones que me ha dado a lo largo de mi vida, por darme la fuerza y la sabiduría para salir adelante en todos los momentos difíciles y porque gracias a él, logré concluir mis estudios.

A mis padres Javier y Lupita y mi hermana menor Fer, porque son el motor de mi vida y me han brindado su apoyo incondicionalmente en todo momento; agradezco infinitamente sus consejos y enseñanzas, los amo con todo mi corazón.

A mi asesor de tesis el Psicólogo Samuel Nava Alcántara, por sus enseñanzas, apoyo y paciencia para ayudarme a lo largo de este proceso, es una gran persona, gracias por brindarme su amistad y compartir conmigo su conocimiento.

A mis amigos y familiares por estar presentes en mis éxitos y mis fracasos, a lo largo de mi carrera universitaria, gracias por estar ahí a cada momento.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	7
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.2. HIPÓTESIS.....	10
1.3. VARIABLES.....	10
1.4. OBJETIVOS.....	10
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	11
1.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	13
1.7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	13
CAPITULO II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	15
2.1. ANATOMIA DEL RIÑÓN.....	15
2.1.1. FUNCIONES	22
2.1.2. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.....	24
2.1.3. CAUSAS DE LA ENFERMEDAD.....	24
2.1.4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	26
2.1.5. MEDIDAS PARA EVITAR LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD	29
2.1.6. TRATAMIENTOS MÉDICOS DE LA IRC	31

2.1.6.1. DIÁLISIS.....	31
2.1.6.2. HEMODIÁLISIS	33
2.1.6.3. TRASPLANTE RENAL	33
2.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL	34
2.2.1. DUELO	35
2.2.2. ETAPAS DE AJUSTE A LOS TRATAMIENTOS	37
2.2.3. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y PSIQUIÁTRICAS	39
2.2.4. AUTOIMAGEN	40
2.2.5. FUNCIONAMIENTO SOCIAL.....	41
2.2.6. INTIMIDAD	42
2.2.7. AFRONTAMIENTO	43
2.3. CALIDAD DE VIDA.....	46
2.3.1. ¿QUÉ ES SALUD?.....	46
2.3.2. MODELOS DE SALUD ENFERMEDAD	47
2.3.3. TEORÍA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW	48
2.3.4. ANTECEDENTES DE CALIDAD DE VIDA.....	51
2.3.5. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.....	52
2.3.6. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LA CALIDAD DE VIDA.....	53
2.3.7. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS.....	56
2.3.8. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC.....	57
2.4. ADHERENCIA TERAPEUTICA	58
2.4.1. DEFINICIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	58
2.4.2. DIMENSIONES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA	59
2.4.3. FACTORES QUE IMPIDEN LA ADECUADA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON IRC.....	61
2.4.4. MODELOS.....	64

2.4.5. FUNCIÓN DE LOS PSICÓLOGOS EN LA MEJORA DE LA ADHERENCIA.....	65
2.4.6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTES CON IRC.....	67
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	70
3.1. SUJETOS	70
3.2. MATERIALES.....	71
3.3. PROCEDIMIENTO	73
3.4. DISEÑO EXPERIMENTAL	73
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	74
4.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	74
4.2. RESULTADOS DEL INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD E INTERPRETACIÓN	89
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	108
5.1. CONCLUSIONES	111
5.2. SUGERENCIAS.....	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114
ANEXOS	121

R E S U M E N

La insuficiencia renal crónica, constituye un problema de salud alarmante. Según estadísticas de INEGI (2015), las personas portadoras de dicha enfermedad para aumentar su esperanza de vida, necesitan someterse a un tratamiento renal sustitutivo, y a una serie de prescripciones médicas que el paciente debe seguir para tener un mejor control de su enfermedad. Por ello es importante evaluar la percepción que tienen los pacientes sobre su calidad de vida y su adherencia al tratamiento para determinar si estas influyen simultáneamente en su bienestar.

Se trabajó con 23 pacientes que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron con los criterios de inclusión. El diseño metodológico fue un pseudoexperimento exploratorio en población cautiva; para la recolección de datos se utilizó el INCAVISA, que evalúa la calidad de vida y una encuesta donde se preguntan datos sociodemográficos del paciente y su adherencia al tratamiento.

La investigación permitió determinar que de manera global la calidad de vida en estos pacientes se reportó como adecuada, no obstante se encontró que las áreas de mayor deficiencia fueron en cuanto a vida cotidiana y tiempo libre debido a las limitantes propias de la enfermedad. En relación a la adherencia terapéutica se observó un adecuado seguimiento de instrucciones médicas, sin embargo la relación donde a mayor calidad de vida en pacientes con IRC, mayor adherencia terapéutica no fue corroborada.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La vida actual propicia la adopción de estilos de vida poco saludables, combinado con los bajos niveles de acceso a la atención preventiva, servicios de diagnóstico y a los medicamentos esenciales, siendo factores que contribuyen de manera importante al incremento de enfermedades crónico-degenerativas en la población.

La insuficiencia renal crónica en estadio 5 es una enfermedad grave que puede conllevar al paciente a un estado terminal, y para evitarlo necesita de cuidados y tratamientos especiales que pueden retardar su proceso; sin embargo cuando aparece, es imprescindible conocer la calidad de vida que tienen estos pacientes debido a que los tratamientos renales sustitutivos especialmente la diálisis puede causar alteraciones a nivel físico, psicológico y social. Así mismo, es necesario saber el tipo de adherencia terapéutica que tienen para determinar si existe relación entre ambas y fomentar estrategias que ayuden al paciente a mejorar redundando en una mayor calidad de vida.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una enfermedad crónica afecta potencialmente la calidad de vida de una persona ya que incluye términos de salud y bienestar que se ven afectados cuando aparece una enfermedad, en ésta el paciente puede

experimentar el empobrecimiento en sus actividades cotidianas y la progresiva o permanente disminución de sus propias capacidades.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), es una enfermedad reconocida como un problema de salud pública cada vez más importante debido a su incidencia y prevalencia crecientes; dicha enfermedad somete al paciente a diversas limitaciones entre ellas principalmente la capacidad laboral; los costos elevados del tratamiento, la ausencia de un soporte social además de la disminución de ingresos influye de manera significativa en aspectos tales como: mal estado nutricional del paciente, fallas en su autoestima, depresión, imposibilidad de adquirir medicamentos, acceso a estudios complementarios, etc.

La IRC es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece así como para su entorno familiar ya que de no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo, la diálisis, que resulta ser un tratamiento que afecta la calidad de vida del paciente y de la familia, ya que estos últimos buscan la manera de afrontar las necesidades del paciente y le acompañan a lo largo del proceso de su enfermedad.

Por este motivo es trascendental estudiar la calidad de vida de este tipo de pacientes ya que esto permitirá analizar en qué medida su vida es afectada por las diferentes intervenciones que requieren y por los daños que les provoca la enfermedad y/o el tratamiento.

Debido al nivel de incidencia de la IRC en la población mexicana, específicamente en el Estado de Hidalgo, ocupando el 8vo lugar en el orden de importancia de las enfermedades con mayor índice de mortalidad en el Estado (INEGI, 2015), la presente investigación se llevará a cabo en dos

clínicas particulares del Estado de Hidalgo con el propósito de valorar la calidad de vida de pacientes con IRC profundizando en las características de la dimensión subjetiva y dinámica que influyen en los resultados del tratamiento y su adherencia.

Por lo anterior la pregunta de investigación dice: ¿Existe relación entre la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica y la adecuada adherencia terapéutica?

1.2. HIPÓTESIS.

Existe una relación directa donde a mayor calidad de vida en pacientes con IRC, mayor adherencia terapéutica.

1.3. VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE: adherencia terapéutica.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Calidad de vida en pacientes con IRC.

1.4. OBJETIVOS.

A continuación se presentan los objetivos con los cuales se trabajó

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar el tipo de calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar variables sociodemográficas de los pacientes con IRC.
2. Identificar la calidad de los pacientes con IRC en etapa 5 con diálisis.
3. Conocer la adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis.

1.5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

De acuerdo con Martos, Pozo y Alonso (como se citó en Orozco & Castiblanco, 2015), la enfermedad crónica se puede definir como “aquella que, por un lado, comporta una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente, y, por otro lado, se trata de un proceso incurable y que consecuentemente implica vivir toda la vida con dicha enfermedad”.

La insuficiencia renal crónica (IRC) secundaria a diabetes es parte de las enfermedades crónico degenerativas que hoy aqueja a la población mundial. El INEGI (2015), ha reportado que la IRC es la décima causa de muerte más importante entre la población mexicana, ya que anualmente mueren cerca de 13,300 personas debido a complicaciones derivadas de dicha enfermedad. Su causa reside principalmente en trastornos de alta prevalencia, como la diabetes mellitus e hipertensión arterial mal controladas, la edad en que se presenta es cada vez más temprana, menores, adolescentes y con mayor frecuencia en personas mayores de 20 años.

Se detecta tardíamente debido a que muchas personas consultan cuando la enfermedad se encuentra en etapa avanzada, por el motivo de no manifestar síntomas de daño renal en las primeras etapas de la enfermedad. La IRC en su fase avanzada toma el carácter de enfermedad terminal afectando de manera significativa la calidad de vida de quien la padece. Es una enfermedad de pronóstico reservado, con desenlace mortal a corto o mediano plazo; su atención y control médico se ve limitado por cambios abruptos que requiere hacer el paciente en alimentación, disciplina para la toma de fármacos, asistencia a citas médicas, a ser sometido a procedimientos médicos invasivos y alteraciones emocionales permanentes como producto de múltiples pérdidas en distintas esferas de su vida.

En las últimas décadas se ha producido un gran avance médico en la optimización de técnicas para el tratamiento del paciente con IRC, sin embargo estos tratamientos dialíticos, siguen ocasionando en los pacientes cambios a nivel psicológico, social, familiar, económico y laboral muy importante. Es por esto que dicha enfermedad requiere una adaptación a una nueva condición de vida a través de un proceso de ajuste psicológico que se orienta a que el paciente no sólo sobreviva si no que pueda lograr tener una mejor calidad de vida posible.

Existen varios factores que contribuyeron al interés de los psicólogos por una aproximación teórica y clínica más comprensiva de la salud que el tradicional modelo médico de enfermedad, entre ellos: el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, el coste elevado de los cuidados de salud, y un mayor énfasis en la calidad de vida. Se hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento (Oblitas, 2008).

Con este estudio, se pretende identificar las variables sociodemográficas de los pacientes con IRC, determinar su tipo de calidad de vida y conocer su grado de adherencia terapéutica con la finalidad de sugerir cuál o cuáles son los factores más relevantes en que debe centrarse la intervención psicológica.

Lo anterior permitirá que los pacientes logren un mejor bienestar físico y mental, favoreciendo así el aumento de la calidad de vida y la disposición a la adherencia terapéutica.

1.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Las principales limitantes al momento de la realización del estudio fueron:

1. Población restringida debido a la negación de acceso a los hospitales públicos.
2. Tiempo limitado de los pacientes para responder la prueba al entrar o al salir de consulta.
3. Los familiares que acompañaban al paciente lo apresuraban al responder.
4. Discapacidad física para leer correctamente las pruebas, lo cual se suplió apoyando al paciente con la lectura y contestación de las mismas.

1.7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

ADHERENCIA TERAPEÚTICA: Es el grado en el que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir el régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (OMS, 2004).

AFRONTAMIENTO: Son los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados con el objetivo de dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas generadas por el evento estresante. (Cassaretto & Paredes, 2006).

ALEXTIMIA: Es un vocablo de origen griego que significa etimológicamente "ausencia de palabras para expresar las emociones o los sentimientos" (a- la partícula negativa no, lexis- palabra o acción de hablar, thymos - emoción). Incapacidad de identificar, reconocer, nombrar o describir las emociones o los sentimientos propios, con especial dificultad para hallar palabras para describirlos. (Fernández, 2011).

AUTOIMAGEN: Es la percepción y evaluación del funcionamiento físico y de la apariencia. (Taylor, 2007).

CALIDAD DE VIDA: Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. (OMS, 1994).

DIÁLISIS: Es un procedimiento que permite depurar toxinas, electrolitos y permite eliminar líquido en pacientes (adultos y pediátricos) que sufren IRC terminal de distintas etiologías. (Ministerio de Salud, Serie de Guías Clínicas, 2010).

DUELO: Se define como los cambios y reacciones físicas, emocionales, intelectuales y cognitivas que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida (psicológica) por la pérdida de algún ser querido, mismos que pueden presentarse ante el conocimiento de la propia muerte u otras pérdidas importantes en la vida. (Bustos, 2013).

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC): Se define como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales. (Venado, 2009).

UREA: Es un componente normal de la orina que se forma en todos los órganos y que representa el producto final del metabolismo orgánico de las sustancias nitrogenadas. Cuando la alimentación contiene muchas sustancias nitrogenadas (carnes, huevos, etc) la tasa normal de urea en la orina aumenta. (Segatore, 1980).

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La importancia de conocer la anatomía y fisiología del riñón es indispensable para lograr un mayor entendimiento de cómo se desarrolla la insuficiencia renal crónica (IRC), así como sus causas y consecuencias no sólo a nivel físico sino también psicológico derivados de la misma. En este capítulo se abordan temas que describen, el origen de la enfermedad, los factores psicológicos que presentan los pacientes a lo largo del proceso de su enfermedad y la manera en la cual su calidad de vida se ve afectada; además se menciona la importancia de la adherencia terapéutica y los factores que impiden a los pacientes llevar a cabo su tratamiento de manera adecuada.

2.1. ANATOMIA DEL RIÑÓN.

Debido a las numerosas tareas funcionales que tiene encomendadas, el riñón es un órgano que posee una estructura enormemente compleja y característica. Por lo tanto, la importancia de revisar de manera general la morfología renal ayudará a comprender la fisiología y las alteraciones patológicas que puede sufrir, y que son causa de graves disfunciones orgánicas.

Como primer punto, el sistema urinario comprende principalmente a los riñones, los uréteres, la vejiga urinaria, y finalmente la uretra las cuales se describen a continuación de manera general.

Macroscópicamente, los riñones humanos son dos órganos de color pardo-rojizo, tienen contornos lisos y se hallan en la porción posterior del abdomen, uno a cada lado de la columna vertebral, cubiertos por el peritoneo y rodeados por una masa de grasa y tejido celular laxo. Su polo superior se halla a nivel del borde de la XII vértebra dorsal, y su polo inferior a nivel de la III lumbar (Goss, 1976), (véase la fig. 1).

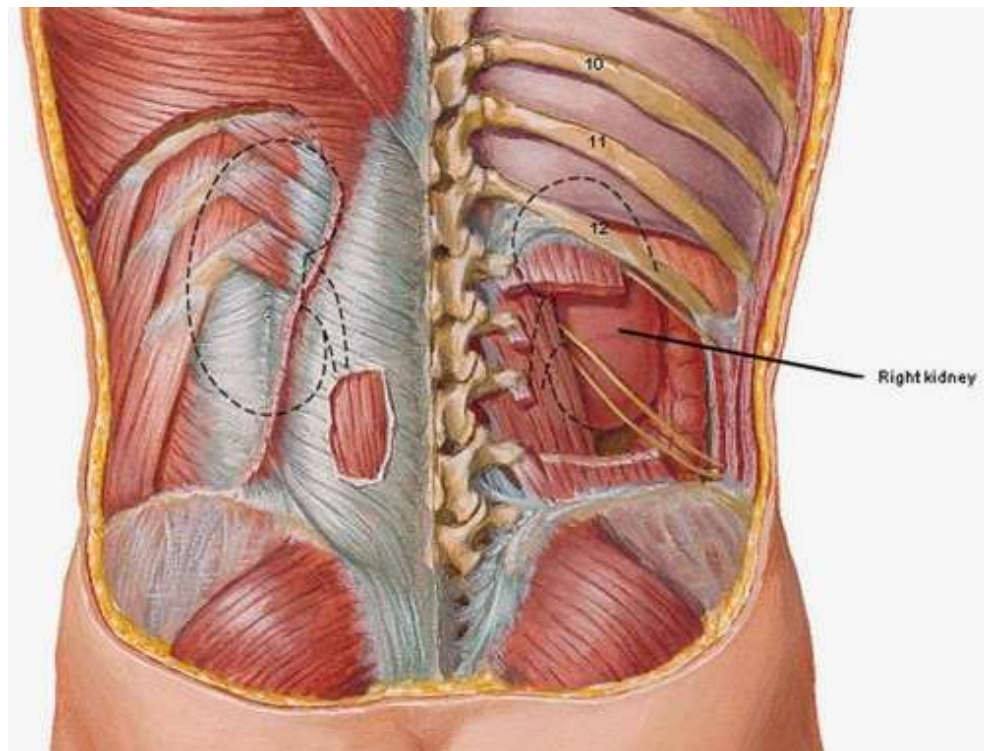


Figura 1. Riñones topografía

El riñón derecho generalmente es algo más bajo que el izquierdo, probablemente debido a la presión del hígado.

El eje longitudinal de cada riñón es paralelo a la columna vertebral, el riñón mide aproximadamente 12,25 cm de longitud, 5 a 7.5 de anchura y algo más de 2,5 de espesor. El izquierdo es algo más largo y más estrecho que el derecho. El peso del riñón en el varón adulto varía entre 125 y 170 gramos y en la hembra adulta de 115 a 155 gramos.

Los uréteres son dos largos tubos, uno izquierdo y otro derecho, que comunican por su extremo superior con la pelvis renal y por su extremo inferior con la vejiga urinaria. Tienen una longitud aproximada de 30 cm y su función principal es conducir la orina a la vejiga urinaria.

La vejiga es una especie de saco membranoso que actúa como reservorio de orina entre cada dos micciones, está situada detrás de la sínfisis del pubis, tiene forma de pera. Presenta una base ancha de forma triangular, el triángulo de Lietaud, en cuyos vértices superiores desembocan los uréteres.

Y finalmente la uretra, representa la parte final de las vías urinarias. En la mujer la uretra es muy corta (4 cm aproximadamente). En el varón mide unos 20 cm aproximadamente y su función consiste en excretar la orina (véase la fig. 2).

Componentes del Sistema Urinario

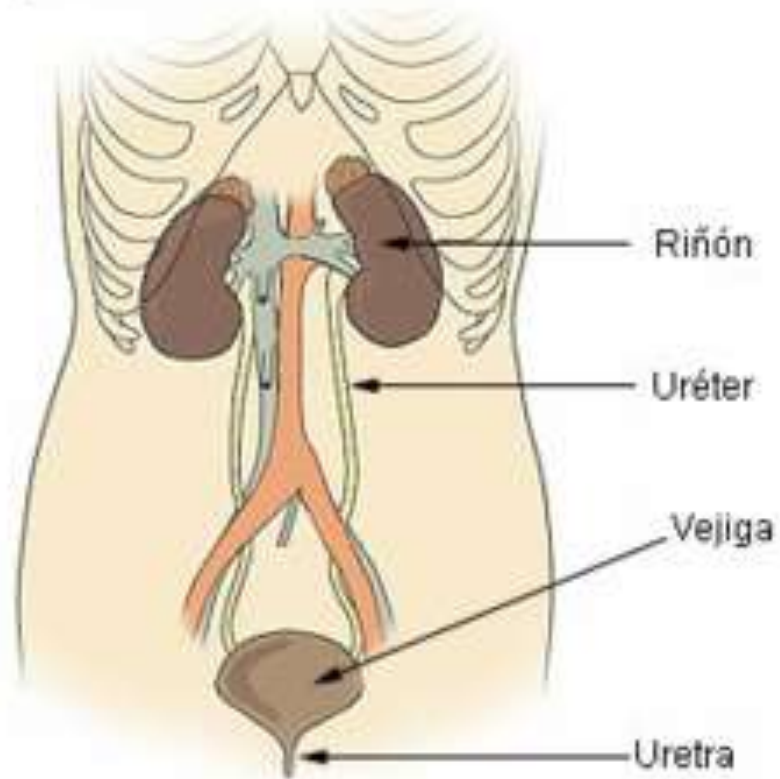


Figura 2. Componentes del sistema urinario.

En cuanto a la anatomía microscópica, un corte a través del riñón revela dos regiones distintas (véase la fig. 3): la corteza renal (la parte más externa) y la médula renal (que es la más interna).

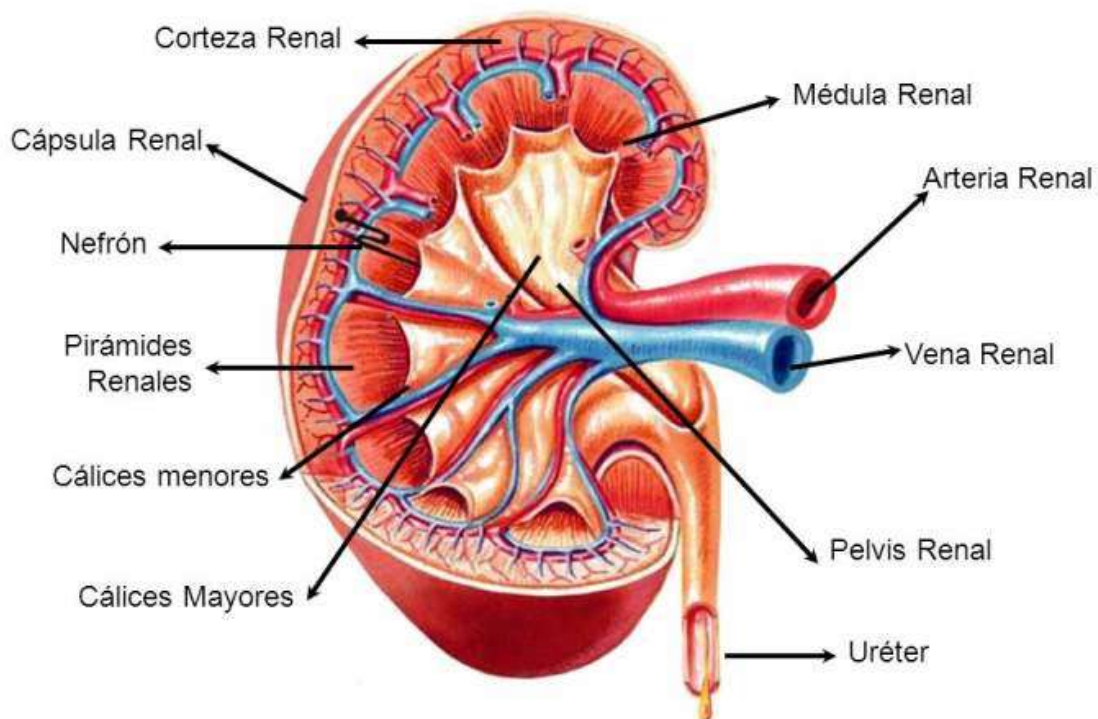


Figura 3. Pirámides renales.

En la médula renal se encuentran una serie de estructuras en forma de cono que se denominan pirámides renales. Pueden variar entre 8 y 18 pirámides. La base de pirámide (extremos más anchos) está en relación con la corteza renal mientras que el vértex o ápice que también se denomina papila renal (extremo más estrecho) apunta hacia el centro del riñón. Las porciones entre las pirámides renales que se denominan columnas renales. Los ápices renales se reúnen en otras estructuras denominadas cálices menores. Estos cálices a su vez se van agrupando para formar los cálices mayores y la unión de estos conforma las pelvis renales que es el origen de los uréteres.

La anatomía interna tiene mucha relación con la irrigación del riñón. La arteria renal, al llegar a la pelvis renal se divide en varias arterias segmentarias. Estas arterias a su vez se subdividen y pasan a través de las

columnas renales en medio de las pirámides bulbares constituyendo las arterias interlobulares. En la base de las pirámides, las arterias interlobulares se arquean al pasar entre la médula y la corteza renal; debido a esto se denominan arterias arqueadas o arciformes. De estas emergen otras arterias más pequeñas llamadas interlobulillares que se introducen dentro del parénquima renal formando las arteriolas aferentes, que son las nefronas (véase la fig. 4).

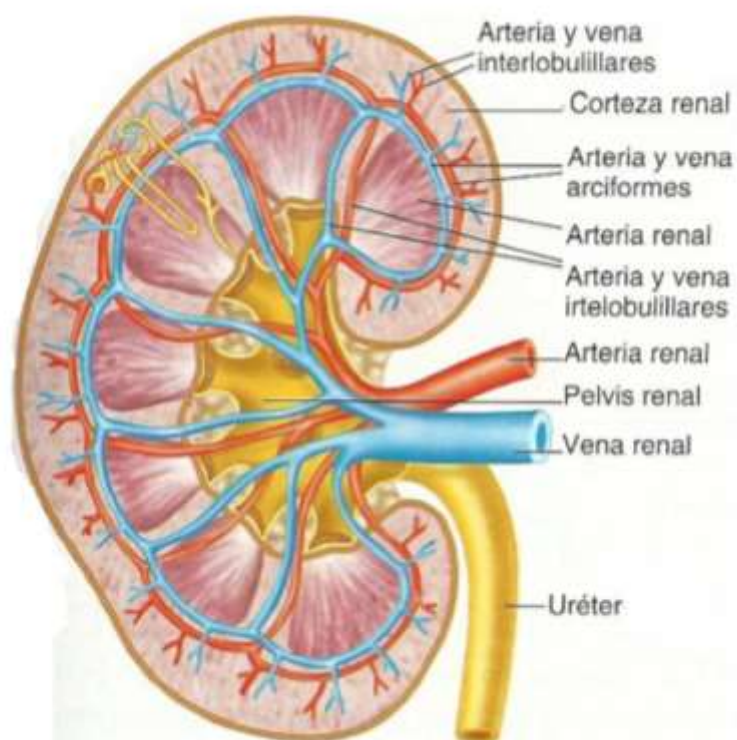


Figura 4. Estructura vascular del riñón

Las nefronas son las unidades básicas y funcionales de los riñones. Estas cumplen una función muy importante: producir la orina. Cada riñón contiene aproximadamente un millón de nefronas.

Están conformadas por dos partes: a) el corpúsculo renal y b) los túbulos renales. Alrededor del 80% de las nefronas se ubican en la corteza renal por lo cual se denominan corticales y el restante 20% se ubican cerca de la médula renal por lo que se llaman yuxtamedulares (véase la fig. 5).

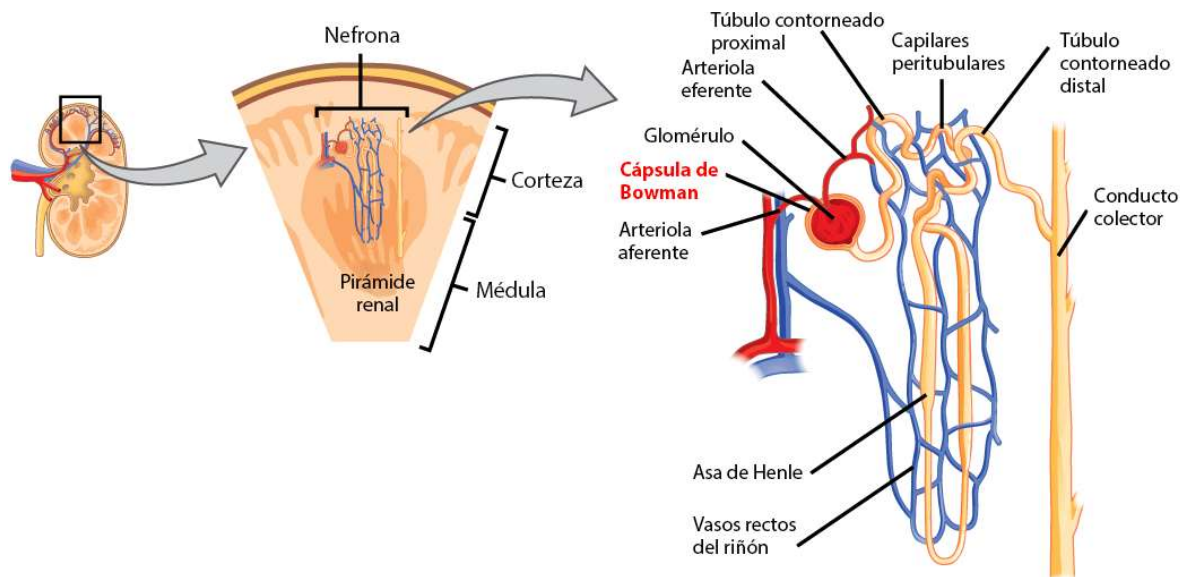


Figura 5. Nefrona

Arenal (2008) refiere que la homeostasis consiste en el mantenimiento constante del medio interno, sin modificación de los parámetros bioquímicos. Esta función se lleva a cabo gracias al riñón que se comporta como una estación depuradora de la sangre que atraviesa los glomérulos renales. La formación de la orina definitiva que produce el aparato excretor es el resultado de tres mecanismos diferentes, a saber:

La creación de la orina se divide en las siguientes 3 fases:

1. Filtración
2. Reabsorción tubular
3. Excreción tubular

La pared capilar de los glomérulos es impermeable a diversos componentes de la sangre en condiciones normales. Las células sanguíneas (glóbulos rojos y glóbulos blancos), así como la albúmina del plasma sanguíneo no pueden atravesarla. La glucosa, la urea, los electrolitos y el agua traspasan las paredes capilares. El líquido acumulado en los túbulos se conoce como orina primaria.

Los túbulos renales discurren contorneados a través de la corteza renal y la médula que limita con la parte media del riñón. Durante el proceso de formación de la orina, en los túbulos renales, se produce la reabsorción y la excreción de distintos productos, metabolitos o electrolitos que el organismo pudiera necesitar en cada momento, es decir si los precisa los reabsorbe y si no los necesita los elimina.

2.1.1. FUNCIONES DEL RIÑÓN.

La función principal del riñón es producir orina y purificar la sangre. El riñón elimina materiales de deshecho, sales extras y otros químicos innecesarios para el cuerpo. García, Pandya & Chávez (2014) mencionan que las funciones más importantes del riñón son:

1. Eliminación de productos de deshecho (urea y creatinina principalmente): la purificación de la sangre a través de la eliminación de productos de deshecho es una de las funciones más importantes. La proteína es necesaria para el cuerpo, sin embargo, conforme se utilizan esas proteínas, se generan productos de desecho, su acumulación puede ser venenosa para el cuerpo, por ello el riñón filtra la sangre, y los productos se excretan a través de la orina.
2. Remoción del exceso de fluido: otra de las funciones más importantes, es la regulación del balance de fluidos, en ésta se excretan cantidades extra de agua en forma de orina y se retiene

solo la cantidad necesaria de agua en el cuerpo. Cuando los riñones no tienen la capacidad para excretar el exceso de agua, puede provocar hinchazón.

3. Balance de minerales y químicos: el riñón juega otro papel importante al regular minerales y químicos como el sodio, potasio, hidrógeno, calcio, fósforo, etc.; y mantiene la composición normal del fluido corporal. Cambios en los niveles de sodio pueden afectar a nivel sensorial, mientras que cambios en el potasio pueden llevar a efectos serios sobre el ritmo del corazón.
4. Control de la presión arterial: el riñón produce diferentes hormonas (renina, angiotensina, aldosterona, etc.) y además regula el agua y las sales del cuerpo, por lo tanto juega un papel especial en el control de la presión arterial. Alteraciones en la producción hormonal, regulación de sales y agua en un paciente con insuficiencia renal causa hipertensión arterial.
5. Producción de glóbulos rojos: la eritropoyetina hormona producida por el aparato yuxtaglomerular del riñón, juega un rol importante en la producción de glóbulos rojos. En la insuficiencia renal la producción de eritropoyetina es menor, lo que conduce a una producción disminuida de glóbulos rojos resultando en hemoglobina baja (anemia). Debido a la baja producción de eritropoyetina en los pacientes con insuficiencia renal el conteo de hemoglobina no mejora a pesar de la medicación de suplementos.
6. Mantener los huesos sanos: el riñón convierte a la vitamina D a su forma activa la cual es esencial para la absorción del calcio de los alimentos, lo que influye en el crecimiento de los huesos y dientes, y mantener sanos a los huesos. En la insuficiencia renal debido a disminución de la vitamina D activa, el crecimiento de los huesos se reduce y se vuelven débiles.

2.1.2. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

Cuando los riñones se enferman significa que están dañados y no pueden filtrar la sangre como deberían hacerlo. Por lo tanto gran parte de los desechos se almacenan en el organismo y causan complicaciones en la salud.

Venado, Moreno, Rodríguez & López (2009) mencionan que la National Kidney Foundation de Estados Unidos en las guías K/DOQI definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m². La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el cual el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o transplante para poder vivir.

También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras.

2.1.3. CAUSAS DE LA ENFERMEDAD.

Las enfermedades crónicas, definidas por su larga duración y lenta evolución afectan a una parte importante de personas, menores de 60 años. Adolescentes y adultos forman parte de esta población vulnerable, por los riesgos que implica una nutrición inadecuada, la inactividad física y los estilos de vida impropios en general. Además, el desarrollo de estas enfermedades, son producto del contexto de la vida actual.

La vida moderna ha arrojado estilos de vida cuyas características se relacionan con altos niveles de estrés, mayor competitividad, falta de empleo, dietas inadecuadas, falta de recursos de atención a la salud a nivel preventivo, incertidumbre y bajos salarios, entre otros. Esta práctica constituye el cuadro ideal para que la población opte por estilos de vida poco recomendables como el consumo de tabaco, alcohol y comida rápida y su consecuente desarrollo de enfermedades metabólicas como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes, cáncer y problemas cardiovasculares.

La insuficiencia renal crónica puede ser originada a partir de diversas enfermedades crónico-degenerativas, sobre todo diabetes mellitus siendo la responsable del 50% de los casos de IRC (Venado, 2009), seguido de la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que, lamentablemente, tiene un desenlace poco alentador cuando no se trata tiempo y de manera adecuada.

Martínez et al. (2014) menciona que los factores de riesgo de enfermedad renal crónica se clasifican en:

1. Factores de susceptibilidad: incrementan la posibilidad de presentar daño renal, entre ellos se encuentran: la edad avanzada, historia familiar de enfermedad renal crónica, bajo peso al nacer, raza, hipertensión arterial, diabetes, obesidad y nivel socioeconómico bajo.
2. Factores iniciadores: son aquellos que inician directamente el daño renal como son las enfermedades autoinmunes, infecciones sistémicas, infecciones urinarias, fármacos nefrotóxicos, hipertensión arterial y diabetes.

3. Factores de progresión: empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional entre estos se encuentran la proteinuria persistente, hipertensión arterial mal controlada, diabetes mal controlada, tabaquismo, dislipemia, anemia, enfermedad cardiovascular y obesidad.
4. Factores de estadio final: incrementan la morbilidad y la mortalidad en los estadios finales de la enfermedad: anemia, derivación tardía a nefrología, inadecuado control dialítico y alteraciones hidroelectrolíticas.

El control de esos factores y el fomento de estilos de vida saludables pueden evitar el inicio de daño renal e incluso puede favorecer la regresión de la enfermedad en fases muy iniciales y ralentizar su progresión cuando la enfermedad está establecida.

2.1.4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO.

Para determinar si los riñones están enfermos, es necesario llevar a cabo ciertas pruebas para evaluar la función renal. Estas las efectúan los nefrólogos, quienes son los encargados de realizar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes afectados. La base para el diagnóstico se fundamenta en la historia clínica donde se recogen antecedentes personales, familiares, síntomas clínicos, parámetros analíticos y pruebas de imagen.

Las pruebas renales específicas incluyen:

1. Tasa de filtración glomerular (TFG): es uno de los análisis de sangre más comunes para diagnosticar la presencia de daño renal, la cual ayuda a determinar si los riñones filtran de manera adecuada o no.

2. Pruebas de sangre y orina: éstas examinan los niveles de creatinina que es un producto de desecho que los riñones eliminan de la sangre, además buscan la presencia de albúmina, que es una proteína que puede aparecer en la orina si los riñones están dañados.
3. Pruebas de imagen como una ecografía: Proporciona imágenes de los riñones que ayudan al médico a visualizar el tamaño y forma de los riñones, y ver si hay alguna alteración anatómica.
4. Biopsia de riñón: Consiste en tomar una pequeña muestra de tejido del riñón para analizarla en un microscopio, ayuda a comprobar la causa de la enfermedad renal y qué tan dañados están los riñones.

Una vez realizadas las pruebas de diagnóstico pertinentes y de acuerdo al grado de disminución de la función renal evaluada por la TFG, la Enfermedad Crónica Renal se clasifica en 5 etapas (véase tabla 1).

Tabla 1. Etapas de la nefropatía crónica.

Etapa	Descripción	TFG (ml)	Características
1	Daño renal normal	≥90	Por lo general la enfermedad es asintomática.
2	Daño renal leve	60-89	Usualmente el paciente no presenta síntomas y el diagnóstico se realiza de manera incidental.
3	Daño renal moderado	30-59	Algunos pacientes comúnmente presentan síntomas y complicaciones típicas como hipertensión, anemia, alteraciones del metabolismo óseo, fatiga, se aumentan riesgos de enfermedad cardiovascular.
4	Daño renal grave	15-29	A los síntomas iniciales del estadio anterior se agragan náusea, sabor metálico, aliento urémico, anorexia, dificultad para concentrarse y alteraciones nerviosas como entumecimiento de extremidades.
5	Falla renal	≤15	El tratamiento sustitutivo es requerido: diálisis, trasplante, cuidados paliativos.

En contraste con la tabla anterior, se observa que el estadio 5 de la enfermedad renal es el más grave debido a que el daño ya no tiene cura,

sin embargo puede sustituir por un tratamiento renal paliativo, que ayuda a cumplir las funciones que el riñón no realiza por sí mismo; es importante destacar que en cada una de estas etapas es necesario llevar a cabo un tratamiento acorde a las necesidades de cada paciente con el fin de retrasar la pérdida de la función renal y aumentar así su esperanza de vida.

2.1.5. MEDIDAS PARA EVITAR LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Los pacientes en etapa 5 suelen tener cambios en los distintos ámbitos de sus vidas, por lo que deben ser evaluados e identificados adecuadamente con el fin de que puedan mejorar su mejor condición de salud. Se les deben de brindar todas aquellas herramientas necesarias para que puedan cuidar de sí mismos, ofreciéndoles conocimientos y enseñándoles medidas que deben adoptar, aquellas que les permitan desarrollar su propia capacidad de autocuidado frente a las actividades de la vida cotidiana.

La nefroprotección es una estrategia múltiple que incluye medidas tanto farmacológicas y no farmacológicas para interrumpir o revertir la progresión del daño renal. Tales medidas incluyen uso de antihipertensivos, control de glucosa en diabéticos, hipolipemiantes, restricción de sal y proteínas en las dietas y control de peso. Todas las herramientas de nefroprotección son más efectivas cuando son aplicadas lo más temprano posible en el curso de la enfermedad renal.

Entre las medidas no farmacológicas se encuentran aquellas conductas o comportamientos que el paciente debe de adoptar con la finalidad de mejorar su salud o ayudar a tener un mejor control de su enfermedad, entre las principales se encuentran (Becoña & Vázquez, 1999):

1. Practicar ejercicio: Hacer ejercicio físico es recomendable para todas las personas, pero lo es especialmente para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica ya que el tratamiento los obliga a una inactividad prolongada. Fayad, Escalona & Feraud (2005), mencionan que la inactividad resulta totalmente perjudicial si se tiene en cuenta que es un factor de riesgo y profundiza las enfermedades cardiovasculares asociadas a la IRC, además, se ha demostrado que hacer ejercicio físico regular mejora el bienestar y la tolerancia a la diálisis, los pacientes que lo hacen presentan menos cansancio después de la diálisis.
2. Nutrición adecuada: Una nutrición correcta se hace importante para lograr un estado saludable (Fayad, 2005). Uno de los puntos importantes del tratamiento de la enfermedad renal es la alimentación, una nutrición adecuada mejora el pronóstico y retarda la evolución de la insuficiencia renal, por eso es importante cuidar la alimentación en todos los estadios de la enfermedad. La dieta varía en función del estadio de la enfermedad en que el paciente se encuentre y del tratamiento sustitutivo que se lleva a cabo.
3. Evitar el consumo de drogas: En la sociedad actual el uso de drogas ilegales y legales es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de cánceres y enfermedades del aparato respiratorio, renal, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, etc. Schukitt (como se citó en Becoña, 1999). El evitar consumirlas conlleva a un mejor estado de salud general.
4. Minimizar emociones negativas: las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud. Un individuo que vive bajo

situaciones estresantes es más probable que incremente conductas de riesgo y reduzca todo tipo de conductas saludables que pueden afectar su salud en general y por lo tanto su esperanza de vida.

Las medidas no farmacológicas, son tan importantes como las farmacológicas, por esta razón se deben de implementar simultáneamente para lograr las metas de la nefroprotección adecuadamente y con mayor eficacia contribuyendo a un mayor bienestar general de los pacientes.

2.1.6. TRATAMIENTOS MÉDICOS DE LA IRC.

Cuando la función del riñón se daña al grado de requerir un tratamiento renal sustitutivo durante la etapa 5 de la enfermedad, es necesario que se evalúe el tipo de tratamiento que el paciente requiere; por ello se han dividido en tres las opciones de tratamiento, las cuales pueden ayudar a prolongar la vida del paciente, disminuir sus síntomas y retrasar el progreso de la enfermedad.

2.1.6.1. DIÁLISIS PERITONEAL (DP).

La DP se realiza dentro del cuerpo sin que se deba manipular la sangre. Permite extraer del paciente sustancias nocivas o tóxicas para el organismo, así como el exceso de agua que el cuerpo no necesita. En este proceso se infunde un líquido de diálisis estéril en el abdomen donde permanece por un período de tiempo, generalmente entre 4 y 12 horas. Luego se drena y se extraen los productos de desecho y el exceso de líquido del interior de la cavidad abdominal. Este procedimiento se repite entre tres y cuatro veces al día dependiendo de las necesidades del paciente, y se denomina diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), otra forma de diálisis se realiza durante la noche

con ayuda de una máquina y se denomina diálisis peritoneal automatizada (DPA).

Para este tipo de tratamiento, se introducen aproximadamente dos litros de líquido de diálisis en el abdomen mediante un tubo especial llamado “catéter de DP”. Este proceso se llama “infusión”. El proceso de depuración utiliza la membrana del abdomen como filtro natural. Los productos de desecho y el exceso de líquido se extraen desde el abdomen al líquido de diálisis a través de la membrana peritoneal. Después de 4 a 12 horas, este líquido se elimina del abdomen en un proceso que se denomina “drenaje”, que dura entre 20 y 30 minutos. Posteriormente, se introduce más líquido estéril en el abdomen y todo el proceso comienza de nuevo. Este proceso de drenaje del líquido anterior y de administración del nuevo se llama “intercambio” y se produce básicamente por fuerza de gravedad.

La diálisis peritoneal necesita de un acceso a la cavidad abdominal. Esto se lleva a cabo mediante la colocación de un catéter de DP. Se trata de un tubo de plástico delgado que tiene aproximadamente el tamaño de un lápiz y, en general, se inserta a través de la pared abdominal a la cavidad abdominal. Habitualmente, lo inserta un cirujano o nefrólogo con anestesia general o local. Permanece en el cuerpo de manera permanente y apenas una pequeña parte sobresale a través de la piel para conectarse al equipo de transferencia y a las bolsas de DP durante los intercambios.

En este tratamiento a pesar de que el paciente puede compartir más tiempo con su familia, desempeñar un trabajo y no requiere asistir a la unidad renal para la realización de la diálisis, el procedimiento

requiere mayor espacio, elementos especiales de higiene en el hogar, lo que puede ser causa de estrés para sus familiares (Acosta, 2008).

2.1.6.2. HEMODIÁLISIS.

La hemodiálisis es un procedimiento que limpia la sangre mediante un tratamiento que se realiza fuera del organismo. Durante este tratamiento, la sangre pasa a través de un filtro (dializador) que está conectado a una máquina de diálisis. Cada tratamiento suele durar entre cuatro y cinco horas, y se debe realizar al menos tres veces a la semana. Se realiza únicamente en hospitales o clínicas de diálisis.

El dializador es el lugar donde se eliminan los productos de desecho y el exceso de líquido de la sangre. La característica principal del dializador es que tiene una serie de finas membranas semipermeables. La función de las membranas es actuar como barrera entre la sangre y el líquido de diálisis, y permitir el movimiento selectivo de sustancias que entran o salen de la sangre.

Al principio parece bastante complicado, pero es muy sencillo: dos líneas de plástico estériles están conectadas al dializador, una para llevar la sangre al dializador y la otra para devolverla al organismo. Las líneas y el dializador (circuito sanguíneo) están conectados a una máquina de diálisis. La máquina controla de forma segura el flujo de la sangre a través del circuito sanguíneo, que normalmente es de 250-450 ml/min. El volumen total del circuito es de unos 200-300 ml.

2.1.6.3. TRASPLANTE RENAL (TR).

El TR es la terapia de elección para la mayoría de las causas de insuficiencia renal ya que mejora la calidad de vida del paciente al no depender de la diálisis y de las dietas rigurosas, además, aumenta su

supervivencia y es el tratamiento más económico cuando se compara con la diálisis. Es un procedimiento rutinario y su aplicabilidad está limitada por la disponibilidad de riñones en relación con la demanda creciente de pacientes que lo requieren. Este desequilibrio entre pacientes en lista de espera de TR y la disponibilidad de riñones de cadáver se agranda cada año.

2.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL.

Diversas enfermedades crónicas afectan todos los aspectos de la vida del paciente. Los padecimientos crónicos pueden ir acompañados de la necesidad de realizar cambios intermitentes o permanentes en las actividades físicas, laborales o sociales.

Inmediatamente después de haberse diagnosticado una enfermedad crónica los pacientes pueden entrar en período de crisis, encuentran que sus formas habituales para afrontar sus problemas ya no son efectivas. Si los problemas asociados con la enfermedad crónica no son afrontados de manera adecuada, el resultado puede ser una exageración de síntomas y su significado.

La ansiedad, miedo y depresión pueden aparecer de manera temporal. Con el tiempo la fase de crisis de enfermedad crónica es superada y los pacientes comienzan a desarrollar la sensación de cómo es que la enfermedad alterará sus vidas.

Cuando una persona recibe la noticia de que tiene una enfermedad crónica especialmente la IRC y debe ser sometida a un tratamiento renal sustitutivo para seguir viviendo el impacto psicológico que se produce tanto a nivel personal como familiar es catastrófico. Las diversas emociones que

aparecen deben ser resueltas de la mejor manera posible a través de un profesional de la psicología para que no deriven a otro tipo de patologías.

2.2.1. DUELO.

La primera respuesta emocional que surge en el paciente al momento del diagnóstico y tratamiento de la IRC es el duelo; O' Connor (como se citó en Bustos, 2013) menciona que se define como los “cambios y reacciones físicas, emocionales, intelectuales y cognitivas que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida (psicológica) por la pérdida de algún ser querido, mismos que pueden presentarse ante el conocimiento de la propia muerte u otras pérdidas importantes en la vida.”

Las teorías de las etapas del proceso del duelo postulan que los enfermos terminales o deudos pasan a través de una secuencia de reacciones emocionales, que les permiten protegerse de la amenaza de las pérdidas inminentes.

Newman et al. & Worden (como se citó en Miaja & Moral, 2013) señalan que las fases del proceso del duelo pueden ser experimentadas no sólo en situaciones de enfermedades terminales, sino ante cualquier tipo de pérdida significativa. Por lo tanto, es de suma importancia evaluar las fases del proceso de duelo ante la pérdida de la salud y los múltiples cambios en la vida cotidiana que conlleva el padecer una enfermedad crónica.

En referencia al modelo de Kübler –Ross (como se citó en Díaz, 2012) se describen las diferentes fases de un proceso de duelo o pérdida:

1. Negación y aislamiento: Es un mecanismo de defensa en el cual las personas evitan las implicaciones de una enfermedad. En esta fase el paciente y/o su familia no aceptan el diagnóstico, por lo que hará todo lo posible por negar la realidad. Pensamientos como: “el médico no sabe”, “a mí no me puede pasar”, “se equivocaron con mi diagnóstico” etc. aparecen con facilidad.
2. Ira: En esta etapa aparecen preguntas del tipo: “¿Por qué a mí?” o “¿Por qué a él?”, “¿Por qué no a otros?”, y se genera un sentimiento de ira y hostilidad pudiendo llegar a la agresión contra cualquier figura de poder por ejemplo Dios, los médicos, enfermeros, padres etc. Existe una dificultad para el pensamiento racional que puede impedir la toma de decisiones correctas.
3. Pacto: El paciente comienza a creer que tal vez pidiendo con humildad u ofreciendo algo a cambio las cosas cambien, aparecen frases como “si apoyo a los pobres, Dios me quitará mi enfermedad”. No se debe confundir con la aceptación ya que el cambio que se quiere obtener es el mismo: no tener la enfermedad; Se trataría pues de una “negación encubierta”.
4. Depresión: En algunos casos, es una reacción retardada ante la enfermedad ya que generalmente toma tiempo a los pacientes el comprender las implicaciones de su condición. Esta fase prepara para la aceptación, pues se es consciente de que se ha producido una pérdida, la pérdida de la salud; el paciente comienza a tener síntomas depresivos como: sentimientos de culpa, de inutilidad, de vacío, incapacidad de acción etc. En esta fase se desencadena el abatimiento y la pérdida de energía propia de los cuadros depresivos.
5. Aceptación: Si el paciente y familiares han pasado o han sido ayudados a pasar las fases anteriores, al haber podido expresar sus

sentimientos, podrán afrontar con mayor serenidad las pautas que marcarán su futuro, instaurándose una mayor calidad de vida.

2.2.2. ETAPAS DE AJUSTE A LOS TRATAMIENTOS.

En contraste con lo anterior los pacientes con IRC viven un proceso de adaptación biopsicosocial, el cuál provoca en el paciente diferentes cambios a nivel físico y psicológico por lo que el curso que tenga este proceso determina el grado de adaptación a su condición y en particular al tratamiento al cuál se encuentra sometido.

En estos pacientes se observa un estado afectivo que antecede el ingreso a diálisis denominado “ estado psíquico de uremia terminal” el cuál consiste en la vivencia de todos los trastornos psicológicos, producto del alto nivel de uremia, tales como: deficiencia en la capacidad de concentración, apatía, insomnio, irritabilidad, agitación, tristeza, pena, ansiedad, disminución de interés sexual y cambios de personalidad que pueden llegar incluso a cuadros psicóticos caracterizados por disminución de la consciencia, desorientación, confusión y alucinaciones. La depresión y la ansiedad están básicamente asociadas con la IRC debido a la eventual aceptación de la diálisis y al costo económico de la enfermedad.

Para Guendelman & Reichman (como se citó en Hidalgo, 1997) Una vez que la persona ha sido diagnosticada con IRC y se ha sometido a un tratamiento renal sustitutivo específicamente diálisis, se observan tres etapas que el paciente vivencia a lo largo del tratamiento:

1. Fase eufórica o luna de miel: comienza después de las primeras sesiones de diálisis cuando la persona se siente mejor física y anímicamente debido a la disminución del alto grado de uremia. El

paciente se siente confiado, esperanzado y con alegría de vivir. La persona acepta su dependencia a la máquina y al equipo profesional agradecidamente y con escasas expresiones de disgusto.

2. Fase de desencanto o regreso al mundo de los vivos: el paciente empieza a conocer las limitantes y desventajas de su tratamiento; se da cuenta de la situación de su enfermedad, simultáneamente comienza a sentir las presiones del medio para que se reintegre al mundo de los vivos, su comienzo suele coincidir con un evento estresante debido a la necesidad de asumir un rol activo pero diferente en el trabajo o en el hogar y/o por alguna complicación médica de la diálisis. Esto provoca sentimientos de angustia, desamparo, tristeza y desesperanza, culpa en relación a los excesos de la dieta, vergüenza por la naturaleza de la enfermedad, sentimientos de rabia y molestia principalmente dirigidos al personal de la unidad renal, se prolonga a partir de los 3 a 12 meses.
3. Fase crónica: denominada también de larga adaptación, es un extenso período en el que el paciente tiene un relativo sentimiento de contento intercalado con periodos de depresión. Este es un periodo de transición en el que el paciente alcanza un grado de aceptación de sus limitaciones, imprevistos y complicaciones durante el tratamiento, toma clara consciencia de su dependencia del procedimiento y del equipo médico. La expresión de rabia y agresión es frecuente. Los periodos de bienestar se hacen más prolongados, fluctuando con crisis depresivas de intensidad variable.

Por lo anterior se considera que de manera imprescindible los pacientes con insuficiencia renal crónica deben de tener una atención

psicológica por parte de los servicios de salud permanentemente, además de destacar el papel fundamental de la familia en cuanto al apoyo emocional hacia el paciente para el afrontamiento de dicha enfermedad y el estar alerta en las etapas descritas como más propensas al apareamiento de síntomas psicopatológicos para su pronta intervención.

2.2.3. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y PSIQUIÁTRICAS.

Hidalgo (1997) menciona que diversos autores señalan los siguientes trastornos emocionales y psiquiátricos como los de mayor prevalencia en las personas que sufren IRC:

1. Hostilidad y agresión: A consecuencia de las limitaciones, frustraciones y pérdida de destrezas, aumenta en estas personas la irritabilidad, la rabia y la agresión. La cual puede expresarse de manera directa, siendo comúnmente descargada sobre el equipo médico y la familia. En casos extremos puede llevar a los enfermos a una situación intensa de agresión que se manifiesta en abusar de las dietas ingiriendo líquidos exageradamente y no respetando las prohibiciones.
2. Depresión: Es el problema psiquiátrico más frecuente de los pacientes con IRC. Diversos autores mencionan que la prevalencia de depresión fluctúa entre el 20 y 60 % de los pacientes. Algunos expresan encubiertamente su depresión a través de síntomas somáticos tales como: cansancio, apatía, retardo psicomotor, insomnio y anorexia. La cantidad de suicidios en la población de pacientes dializados es 400 veces mayor que en la población normal.
3. Aleximia secundaria: Las personas que sufren una enfermedad crónica como la IRC, presentan una tendencia a desarrollar un rasgo psicossomático denominado aleximia secundaria,

clínicamente se manifiesta en la dificultad para expresar verbalmente sus sentimientos y fantasías. También se observa en ellos una menor expresión manifiesta de conflictos.

2.2.4. AUTOIMAGEN.

La imagen corporal es la percepción y evaluación del funcionamiento físico y de la apariencia. Engloba tres componentes esenciales: la forma en que percibimos nuestro cuerpo, la forma en que creemos que deben de ser nuestros cuerpos y cómo nuestro cuerpo se representa a la sociedad. En este sentido, el cuerpo adquiere vital importancia como medio de inserción y relación en la sociedad, es el vehículo de “ser en el mundo”, a través del cual el individuo experimenta y entiende el mundo.

Se encuentra constituida por cuatro componentes integrados en cada individuo: la imagen perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o en algunas de sus partes), imagen cognoscitiva (comprende las creencias relacionadas con el cuerpo, pensamientos automáticos, interpretaciones), imagen emocional (corresponde a los sentimientos en función del grado de satisfacción o insatisfacción que experimentamos de nuestro propio cuerpo) y el componente conductual (acciones y comportamientos derivados de la imagen perceptual).

El rechazo social hacia la propia imagen corporal puede conducir a un individuo a una baja autoestima, la depresión o disfunción psicológica, ya que la forma en que nos evaluamos está fuertemente influida por la forma en que nos evalúan los demás. Por este motivo, las enfermedades crónicas, las patologías agudas, e incluso el propio proceso del envejecimiento pueden tener una imagen negativa sobre la imagen corporal del individuo.

Estudios de pacientes hospitalizados indican que la imagen corporal cambia a lo largo del proceso de la enfermedad. No sólo una parte del cuerpo se evalúa en forma negativa, sino también la imagen corporal puede tornarse negativa Schwab & Hameling (como se citó en Taylor, 2007).

En pacientes con enfermedades agudas la percepción de la imagen corporal se ve distorsionada por poco tiempo, sin embargo en aquellos pacientes con enfermedades crónicas la evaluación de la autoimagen tiende a prolongarse.

La imagen corporal está implicada de manera importante en las enfermedades crónicas. Como primer punto, debido a que una pobre imagen corporal está relacionada con una baja autoestima y un aumento en la tendencia a la depresión y la ansiedad, y en segundo lugar la imagen corporal puede influir en la forma en la que la persona se adhiera al curso de su tratamiento y cuanta voluntad presente para adoptar un rol comanejador.

En los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal la imagen corporal puede verse afectada de manera significativa debido a los cambios físicos derivados de la propia enfermedad y del tratamiento, por lo que se debe mejorar a través de intervenciones psicológicas y educativas para que el paciente, pueda tener una mejor aceptación sobre ella y mejorar su estado emocional.

2.2.5. FUNCIONAMIENTO SOCIAL.

El reconstruir un ser social es un aspecto importante del reajuste después de una enfermedad crónica. Las interacciones con la familia y los amigos pueden ser una fuente crítica de autoestima. Los recursos

sociales proveen a los pacientes crónicos con grandes cantidades de información, ayuda y apoyo emocional, Por otro lado, cuando el sistema de apoyo se rompe, tiene implicaciones en todos los aspectos de la vida. Tal vez por estas razones, los miedos acerca del abandono son las preocupaciones más comunes entre los pacientes crónicos.

De acuerdo con Nobe (como se citó en Pérez, 2010) es el área social en la que los problemas se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos, empleo del tiempo y cambios a nivel laboral. En este sentido, es preciso brindar al paciente posibilidades de apoyo que le permitan superar la situación a la que se ve expuesto con la presencia de su enfermedad y la pérdida de las relaciones sociales.

La familia constituye la más importante y efectiva red de apoyo social, y desempeña un papel clave en el proceso salud-enfermedad pues influye en que sus miembros asuman conductas protectoras de su salud o por el contrario conductas de riesgo que pueden favorecer la aparición de determinadas enfermedades y agravar las ya existentes.

Sin embargo, de manera general, se infiere que el apoyo social influye en la salud física de las personas y se ha planteado en el caso específico de los pacientes con IRC que la presencia de apoyo socio-familiar facilita la adaptación al tratamiento dialítico.

2.2.6. INTIMIDAD

Un factor importante que se ve afectado a partir de la presencia de una enfermedad es la intimidad, la cual por definición da a la idea de algo interior, profundo del ser y por lo mismo oculto, de tal manera que se trata de un ámbito individual de existencia personal en el cual el sujeto decide

la forma de verse, para sentirse anímicamente dueño de sí mismo y mantener su libertad como suprema aspiración humana.

La intimidad puede ser severamente alterada por una enfermedad crónica. Diversas enfermedades generan necesidades de ser dependientes de otros; la pérdida de independencia y la alteración que la falta de independencia genera en otras personas, representan las mayores amenazas a la intimidad. Van Lankveld, Naring, van der Staak, van't Pad Bosch & van de putte, 1993 (como se citó en Taylor, 2007).

Los deseos generados por la identidad de la persona, así como sus ambiciones, metas y deseos a futuro también se ven afectados por la enfermedad. Ocasionalmente el ajustarse a ésta, puede estar limitado por el hecho de que el paciente puede tener un sueño no realizado y oculto el cual se encuentra cada vez más alejado de la posibilidad de ser realizado o al menos pareciera que lo está.

Una enfermedad crónica puede tener sus propias limitantes que impiden al paciente a realizarse en diversos ámbitos de su vida, por ello es importante apoyarlo para que pueda ser lo más independiente posible, a pesar de las limitantes y así mismo en apoyarlo en cuanto a sus logros y metas para que de esta manera el paciente se pueda sentir realizado, disminuyendo así sentimientos de inutilidad y frustración.

2.2.7. AFRONTAMIENTO.

El afrontamiento es una parte importante en la vida de los pacientes con enfermedades crónicas debido a que de éste depende la manera en que sobrellevarán su enfermedad. Lazarus y Folkman (como se citó en Cassaretto & Paredes, 2006), afirman: “consideramos el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados con el objetivo

de dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas generadas por el evento estresante que exceden la capacidad del individuo”.

Típicamente, las respuestas de afrontamiento son agrupadas en dos categorías: los estilos y las estrategias de afrontamiento:

1. Las estrategias: son aquellos intentos cognitivos y/o conductuales específicos usados para enfrentar al estresor y que cambian en función a las características del evento estresante y a los efectos que tienen en el ambiente.
2. Los estilos de afrontamiento son las tendencias generales, habituales y preferenciales que se presentan con mayor consistencia entre las personas sin importar las características del evento estresante o las demandas que impone el ambiente. Los estilos de afrontamiento, por su parte, tienden a ser comparados con los rasgos de personalidad, pues caracterizan un modo particular de actuar.

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos.

La efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se logra al aceptar las limitaciones y pérdidas que ésta impone y al mantener un

balance entre sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo.

En el caso de la IRC, las exigencias para un afrontamiento exitoso se ven comprometidas por la existencia de problemáticas específicas a este cuadro, como son las modalidades de tratamiento, los pobres niveles de adherencia a los mismos, la presencia de altas tasas de depresión y la falta de un ajuste adecuado a la enfermedad.

En una investigación sobre afrontamiento en pacientes con IRC, Cassaretto et al. (Como se citó en Acosta, Chaparro & Rey, 2008) encontraron que el estilo de afrontamiento más usado es el centrado en la emoción, seguido posteriormente por el estilo centrado en el problema. En cuanto a las estrategias de afrontamiento encontraron que la planificación, aceptación y reinterpretación positiva fueron señaladas como las más usadas. Los autores consideraron que la estrategia de planificación presumiblemente ayuda a los participantes a desarrollar un plan de acción con el cual pudieron responder a los nuevos cambios y demandas de la enfermedad y sus tratamientos. Igualmente, el uso de la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento puede ayudar a responder a las demandas emocionales pues permitiría proteger y prevenir la presencia de desórdenes del ánimo a futuro.

Rivera, Montero & Sandoval (2012), mencionan que el afrontamiento religioso constituye una estrategia comúnmente seguida por los pacientes bajo tratamiento de diálisis. El afrontamiento religioso puede ser visto como una estrategia para conseguir ayuda de un ser superior o sobrenatural, y está diseñado para ayudar a las personas a encontrar significado y propósito en la vida, confort emocional, control personal,

intimidad con otros, salud física o espiritualidad, mediante métodos como el perdón, la purificación, la confesión y el apoyo espiritual.

Cabe destacar que en la forma de afrontamiento también intervienen otros elementos, entre ellos los externos como son los recursos tangibles (educación, dinero, nivel de vida, etc.). Estos factores pueden intervenir de dos modos diferentes pero complementarios. En primer lugar, pueden afectar de forma directa en las capacidades de afrontamiento de un individuo ante cualquier tipo de estresor, o bien pueden actuar como un amortiguador del efecto de los estresores, en especial cuando éstos son fuertes (Vázquez, Crespo & Ring).

2.3. CALIDAD DE VIDA.

A continuación se describe el significado de calidad de vida, así como los factores que influyen y la manera en que puede verse afectada cuando aparece una enfermedad crónica.

2.3.1. ¿QUÉ ES SALUD?

La salud es uno de los factores principales en términos de bienestar e influye directamente en la calidad de vida de las personas. Stone (como se citó en Morrison & Bennett, 2008) ha señalado que, hasta que no exista un acuerdo sobre el significado de la salud, y sobre cómo se puede medir, no seremos capaces de responder a las preguntas de cómo podemos proteger, mejorar y recuperar la salud. La raíz de la palabra inglesa salud (health) es "wholeness", totalidad, y los términos ingleses sagrado (holy) y saludable (healthy) comparten, la misma raíz anglosajona. El hecho de que la raíz sea "totalidad" también sugiere una temprana existencia de una visión general de la salud que incluye los aspectos mentales y físicos.

La Organización Mundial de la salud (OMS, 2013) ha definido a la salud como: “un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.”

2.3.2. MODELOS DE SALUD-ENFERMEDAD.

Salud es una palabra que utiliza la mayoría de las personas sin darse cuenta de que puede tener diferentes significados a través de la historia, por ello diferentes perspectivas se han desarrollado sobre la misma las cuales se describen a continuación:

Relación mente-cuerpo: Anteriormente se consideraba a la enfermedad como el resultado de fuerzas o espíritus que se apoderaban del cuerpo y representaban un castigo divino o un estado que ponía a prueba la fe religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus constituían las variables determinantes del estado de salud-enfermedad. Sin embargo, en la Grecia antigua se tenía una visión distinta de la asociación entre cuerpo y mente. Hipócrates consideraba que la mente y el cuerpo eran una unidad, pero no atribuía la enfermedad a los espíritus malignos, sino al equilibrio entre los fluidos circulatorios corporales (denominados humores: bilis amarilla, flema, sangre y bilis negra). Se pensaba que cuando una persona estaba sana los cuatro humores se encontraban en equilibrio, y que la enfermedad se producía cuando estaban desequilibrados debido a patógenos externos.

Modelo biomédico de la enfermedad: Este modelo considera que los síntomas de la enfermedad tienen una patología que se espera que se pueda curar mediante una intervención médica. Esta visión ha sido descrita como reduccionista ya que parte de la idea básica de que la mente, el cuerpo y el comportamiento humano se pueden reducir, y explicarse, todos, en el ámbito de las células, la actividad neuronal o la

actividad biomédica. El reduccionismo tiende a ignorar la evidencia empírica de que las distintas personas reaccionan de diferente manera a la misma enfermedad.

Modelo biopsicosocial de la enfermedad: Hegel (como se citó en Chalá & Vásquez, 2014) propone un paradigma que incluye el dominio humano en la experiencia de la enfermedad, en este sentido se hace una crítica al modelo biomédico, el cual considera que la discapacidad en una persona es causada directamente por la enfermedad, y que esta última requiere solo de tratamientos y cuidados médicos de los profesionales. Para Hegel los aspectos psicológicos y sociales también están relacionados en los procesos de salud-enfermedad y con ellos se busca integrar de manera holística los fenómenos que se dan a nivel ambiental y cultural.

En contraste con este último, las intervenciones que se proponen para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes están asociadas a los factores psicológicos, sociales, comportamentales, farmacológicas y de intervenciones médicas, por lo cual hace pertinente la presencia de psicólogos en los equipos interdisciplinarios en los ámbitos de salud, para brindar una atención integral al paciente, generar resultados efectivos en menor tiempo, disminuir recaídas, mejorar la calidad de la atención y reducir la carga del sistema de salud causada por la necesidad de atención de los médicos especialistas a los pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas.

2.3.3. TEORÍA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW.

El concepto de calidad de vida en cuestiones de bienestar hace referencia principalmente a la satisfacción de las necesidades básicas. La teoría de las necesidades creada por Abraham Maslow, establece que las

personas son motivadas por un deseo de satisfacer diferentes tipos de necesidades; las cuales están ordenadas en forma jerárquica y las personas avanzan a través de esta jerarquía conforme sus necesidades van siendo satisfechas.

Daft (como se citó en Nava, 2009) refiere que de acuerdo a las aportaciones de Maslow existen dos clases básicas de necesidades: las necesidades por deficiencia y las necesidades de crecimiento. Las primeras deben ser satisfechas, si se quiere que el individuo sea sano y seguro. Mientras que las necesidades de crecimiento son aquellas que ayudan al individuo a desarrollarse y alcanzar su potencial. Maslow identificó cinco necesidades de motivación en el ser humano que están ordenadas en una jerarquía en forma ascendente y se describen a continuación (véase la fig. 6):

1. Fisiológicas: Son conocidas también como primarias son aquellas necesidades indispensables para la conservación de la vida incluyen alimento, agua, abrigo, sexo y otras necesidades corporales.
2. De seguridad: Implican la necesidad de tener un medio físico y emocional estable y seguro, por ejemplo, un trabajo estable, una propiedad, etc.
3. Sociales: Necesidades de afiliación o de pertenencia, aceptación y amistad. Se refiere a que el ser humano tiene la necesidad de ser aceptado y estimado por sus compañeros, de tener amistades y ser amado. Los seres humanos tenemos la necesidad de ser aceptados por otros.
4. Autoestima: La autoestima se refiere al amor propio, al respeto a sí mismo, la estima y el respeto de los demás, se refiere al respeto por parte de sus compañeros, la reputación, y hasta la

fama. Esta clase de necesidades producen satisfacciones como el poder, el prestigio, el estatus, y la confianza en sí mismo.

5. De autorrealización: Esta categoría es la más alta y consiste en el impulso de llegar a ser lo que uno es capaz de ser, en la realización personal, mediante el uso de capacidades, destrezas y habilidades elevando su potencial al máximo, para lograr todo aquello que se quiere alcanzar.



Figura 6. Pirámide de Maslow.

En el caso de la presencia de una enfermedad crónico-degenerativa como es la IRC, se producen necesidades que se derivan de las nuevas condiciones ambientales y físicas que experimenta el paciente, y que influirán de manera significativa en la percepción que tenga respecto a su estado de salud y frente a su vida tanto en el presente como en el futuro. Por lo anterior, para optimizar la calidad de vida se deben satisfacer necesidades psicológicas a fin de preservar la salud, ya que se debe buscar satisfacer las aspiraciones y deseos que el paciente tiene frente al nuevo reto al cual se enfrenta.

La enfermedad renal altera todo el equilibrio de la persona y su medio, sometiéndola a diversos factores estresantes, provocándole diversos grados de dependencia, en el ámbito físico, psicológico y social, por tanto es preciso conocer las necesidades de esta población para dar cobertura a sus necesidades y favorecer en los equipos de salud un mejor abordaje, basado en el enfoque clínico, la persona y su entorno, desde una perspectiva integral.

Chalá & Vásquez (2014), afirman que desde la perspectiva de la teoría de Maslow, la percepción de calidad de vida se verá favorecida de manera positiva o negativamente en un individuo, en la medida que sus necesidades sean satisfechas.

2.3.4. ANTECEDENTES DE CALIDAD DE VIDA.

Hasta hace poco tiempo, la calidad de vida no era considerada como un concepto de importancia en psicología. Por muchos años era medida únicamente en términos de supervivencia, así como los signos y síntomas de enfermedad, sin ninguna consideración respecto a las consecuencias psicosociales de la misma.

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por su evaluación es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse en un concepto utilizado en diversos ámbitos, como son la salud (física y mental), la educación, la economía, la política y los servicios en general.

Desde la versión hipocrática, surge el interés por el “estilo de vida”, Hipócrates describía que el origen de una enfermedad se debía a las

causas externas (estilo de vida), y las causas internas o pre-dispositivas; cuando estas dos entidades no estaban en equilibrio, aparecía la enfermedad.

En un primer momento, la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida. Durante la década de los 50 y comienzos de los 60 surge el interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos.

A mediados de los 70 y comienzos de los 80 la expresión de calidad de vida, comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

2.3.5. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.

A pesar del interés sobre la calidad de vida, es importante mencionar que no existe una definición concreta sobre la misma debido a que diversos autores utilizan diferentes definiciones. Sin embargo de manera general, se refieren a la propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno. La calidad de vida se considera que es una combinación de elementos objetivos y de la evaluación individual de dichos elementos.

La OMS (1994) define a la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional

que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros.

Shwartzmann L & col. (como se citó en Botero, 2007) consideran la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad.

Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas.

2.3.6. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LA CALIDAD DE VIDA.

El objetivo fundamental de la medicina a través de los años ha consistido en el tratamiento de la enfermedad, la cura o control de los síntomas, sin embargo se debe de considerar el bienestar del paciente como un factor indispensable. A diferencia de los estudios clínicos que determinan el estado del paciente en términos físicos, la valoración exige determinar la visión que el paciente tiene de sí mismo, en cuanto a cómo ha influido la intervención o el tratamiento sobre la experiencia de su enfermedad y su funcionamiento psicosocial de manera general.

Uno de los objetivos de evaluar la calidad de vida consiste en valorar el impacto que tiene la enfermedad sobre el funcionamiento del paciente,

la aparición de una enfermedad ya sea aguda o crónica como la IRC puede representar un problema tanto para el individuo, como para su familia, debido a que podría considerarse como una crisis, a causa de la desorganización que se produce en la vida cotidiana y al impacto en cada una de las áreas que componen la vida. Los cambios que produce la enfermedad no siguen un patrón específico, sin embargo están dados por las propias características del individuo, tales como la etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, nivel socioeconómico, discapacidad que genere la enfermedad, la respuesta de la familia, etc.

La calidad de vida en términos de salud es una interpretación subjetiva del paciente; en cuanto al grado de satisfacción en diversos ámbitos al padecer una enfermedad, por ejemplo, en su desempeño laboral, en su rol social y en general en su vida entendida como el conjunto de las dimensiones psicológica, social y física, respectivamente.

El impacto que genera la aparición de una enfermedad crónica, no está dado únicamente por las condiciones fisiológicas, sino que también deben considerarse los siguientes factores, Torres (2012) menciona:

1. Ciclo vital: El momento en que aparece la enfermedad en la vida del paciente incide directamente en su funcionalidad e independencia del mismo, afectado en sus aspectos productivos y socioeconómicos además trae consigo la alteración o disfunción de la capacidad de autonomía y productividad.
2. Contexto familiar: Al momento de medir el impacto de la enfermedad, debe considerarse el tipo de familia del paciente con todas sus características estructurales y actitudinales. Si el paciente juega un papel central que le posibilita tomar decisiones que afecten uno o varios miembros de la familia, generará mayor

estrés y un incremento en el grado de disfunción familiar, que además se sustenta en el manejo de culpas, resentimientos y temores. De esta manera las familias con mayor rigidez presentan mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar de manera rápida a las nuevas condiciones familiares.

3. Cultura familiar: El conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad, pues esto permite no sólo gozar de la confianza del grupo, sino además considerar sus costumbres y creencias para abordar la enfermedad de la manera más adecuada.
4. El aspecto socioeconómico: Este aspecto influye notablemente en la respuesta que se genere frente a la enfermedad. La familia requerirá durante la enfermedad mayor disponibilidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etc. Si el paciente es el proveedor, será necesitará la reorganización de roles en el caso de que su enfermedad sea terminal y esté imposibilitado para trabajar, de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función dejando atrás su rol habitual.
5. La comunicación: Por cultura propia, la enfermedad puede verse como un tema tabú, del cual no hay que hablar, por lo que el silencio es adoptado como un mecanismo de protección al enfermo y para su familia.

La respuesta que un individuo tenga frente a su nuevo estado de salud, dependerá en gran manera del tipo de familia y contexto donde se encuentre.

2.3.7. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, y puede considerarse como una crisis debido a la desorganización que se produce e impacta en cada uno de sus miembros.

Las enfermedades crónicas, favorecen a que el paciente sea etiquetado como “diferente” ya sea por sus necesidades de cuidado y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo que afectan el tipo de relación con los miembros de la familia.

Esta condición puede provocar un estado de estrés crónico en el sistema familiar que no sólo impacta en su funcionamiento, sino también en la evolución de la propia enfermedad. Durante este proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios drásticos dentro del núcleo familiar.

Para adaptarse a esta nueva situación, las familias de los pacientes también tienen que adaptarse a los cambios que conlleva la enfermedad. McCubbin y Patterson (como se citó en Morrison & Bennet, 2008) señalaron que el estrés en la familia es una presión que puede cambiar el sistema familiar, por lo tanto observaron tres etapas por las que atraviesan para lograr la adaptación a la nueva situación:

1. Etapa de resistencia: en la que los familiares intentan negar o evitar la realidad de lo que ha ocurrido.

2. Etapa de reestructuración: en la que los familiares empiezan a reconocer la realidad y a reorganizar sus vidas en torno al concepto de una familia que ha cambiado.
3. Etapa de consolidación: en la que los roles que se acaban de adoptar pueden pasar a ser permanentes, y donde pueden aparecer nuevas formas de pensar sobre la vida, salud y la conducta.

Cualquier tipo de enfermedad crónico-degenerativa es causante de alteraciones a nivel personal y familiar, sin embargo debe de existir un proceso de adaptación y ajuste a las nuevas necesidades dentro del hogar, para proporcionarle un mejor estado de bienestar y apoyo al paciente.

2.3.8. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRC.

El padecer una enfermedad crónica como la IRC, afecta de manera significativa la calidad de vida del paciente en todas sus áreas, tanto física, psicológica y social; Mok y Tam (como se citó en Romero, Martínez, Makaiza, Guarín & Pérez, 2013) refieren que los pacientes con insuficiencia renal, se encuentran sometidos a múltiples estresores. La IRC produce problemas en los cuales la amenaza constante de muerte y el carácter restrictivo del tratamiento se hacen presentes; los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en su estilo de vida causando efectos sobre su autoconcepto y confianza en sí mismo, así como a cambios en los roles dentro de la familia. En la dimensión psicológica dentro de las problemáticas más comunes que afectan la calidad de vida del paciente con IRC son la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro.

Dicha enfermedad requiere de estrategias de afrontamiento para sobrellevar los diferentes cambios y situaciones que generan tanto la enfermedad como las diferentes modalidades de tratamiento. Diversas investigaciones han coincidido que el área mayormente afectada es en cuanto al desempeño físico debido a las limitantes propias de la enfermedad, seguidas del deterioro en el área de tiempo libre ya que los pacientes y sus familias comienzan a presentar en su vida cotidiana reducción de actividades de ocio derivadas de la regularidad de los horarios de medicación y finalmente el área económica debido a los costos elevados del tratamiento al cual el paciente se encuentra sometido.

2.4. ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

En este subtema se manejarán los puntos de mayor relevancia respecto a la adherencia terapéutica que van desde la definición, dimensiones, factores que impiden una adecuada adherencia terapéutica y modelos; además de mencionar la importancia del trabajo de los psicólogos para mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas específicamente en pacientes con IRC y su tratamiento a largo plazo.

2.4.1. DEFINICIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

El incumplimiento del tratamiento en las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. Las consecuencias relacionadas con el incumplimiento del tratamiento se observan en el deterioro del paciente de manera rápida y significativa.

Diversos análisis han revelado que en los países desarrollados el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo el 50%. Datos disponibles señalan que el cumplimiento es mucho menor en los países en desarrollo. La

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), define la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo, sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta, la toma de la medicación adecuada y la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento, implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud e incorpora las creencias y actitudes como factores relevantes que deben tomarse en cuenta; se diferencia del cumplimiento terapéutico debido a que en este último los pacientes siguen fiel y pasivamente las instrucciones médicas sin conformidad del paciente respecto a las recomendaciones.

2.4.2. DIMENSIONES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción de cinco de factores denominados “dimensiones”, los cuales se describen a continuación: (véase la fig. 7).



Figura 7. Dimensiones.

1. Factores socioeconómicos: No se ha detectado que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo de la adherencia, sin embargo en los países en desarrollo, el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre comprar sus medicamentos necesarios o satisfacer las necesidades de los demás miembros de su familia.
2. Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: Una buena relación proveedor-paciente puede ayudar a mejorar la adherencia terapéutica, sin embargo existen muchos factores que causan un efecto negativo e impiden una adecuada adherencia al tratamiento como pueden ser: los servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.
3. Factores relacionados con la enfermedad: Estos constituyen exigencias relacionadas con la enfermedad a la que enfrenta el paciente. Algunos determinantes de la adherencia son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad que generan, la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad que se da a la adherencia.
4. Factores relacionados con el tratamiento: Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia.

Los de mayor importancia, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

5. Factores relacionados con el paciente: Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para comprometerse en el régimen terapéutico, así como las expectativas en relación al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo aun no entendido para influir sobre el comportamiento de adherencia. La motivación para adherirse al tratamiento es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo.

2.4.3. FACTORES QUE IMPIDEN LA ADECUADA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON IRC.

Forero, Hurtado y Barrios (2017), de acuerdo a sus investigaciones mencionan que la adherencia a la terapia de diálisis se clasifica principalmente en cuatro áreas (véase la fig. 8).



Figura 8. Áreas de adherencia en IRC.

El mantener una adecuada adherencia terapéutica en cada área (nutrición, técnica dialítica, medicación y manejo de fluidos) es indispensable para favorecer a la calidad de vida del paciente con IRC, para aminorar sus síntomas y evitar la rápida progresión de la enfermedad; sin embargo diversos factores pueden impedir una adecuada adherencia, causando un estado de malestar y desequilibrio en el paciente.

Los principales factores que impiden la adecuada adherencia en cada una de las áreas son:

1. Adherencia a la nutrición: Las barreras a la adherencia dietética en los pacientes con IRC se han sido relacionadas con: estilos de vida poco saludables, bajos niveles de educación en pacientes y cuidadores, costumbres sociales y la alimentación disponible según zona geográfica y la cultura.

2. Adherencia a la técnica dialítica: Algunos factores que impiden la adecuada adherencia a la diálisis son principalmente físicos ya que puede existir una fuerza y destreza insuficiente al llevar a cabo el procedimiento, además de que los pacientes pueden llegar a presentar inmovilidad, visión alterada, discapacidad auditiva, falta de higiene, enfermedad psiquiátrica, demencia o mala memoria.
3. Adherencia farmacológica en IRC: La falta de adherencia farmacológica incluye aspectos como la omisión de tomas, reducción de dosis prescritas, frecuencias de administraciones incorrectas, etc. Algunos de estos factores son producto de actos involuntarios como el olvido o la confusión, sin embargo también existen factores voluntarios y se describen por el temor a reacciones secundarias de los medicamentos, percepción de falta de mejoría o de curación, creencia de que la medicación es innecesaria y la sensación de malestar posterior a su uso, además de costos que implica el tratamiento a largo plazo.
4. Adherencia a restricción de fluidos en diálisis: El equilibrio hídrico es una de las funciones más importantes del riñón, y este aspecto es fundamental en el manejo clínico de pacientes en diálisis, ya que genera un impacto importante sobre los resultados de los pacientes con su terapia dialítica debido a que el exceso de líquido conduce entre otras patologías que pueden contribuir al desarrollo de insuficiencia cardiaca.

El paciente experimenta distintas etapas con respecto a su adherencia; la fase inicial se caracteriza porque los pacientes intentan seguir las instrucciones rigurosamente, sin embargo reportan que es imposible adherirse estrictamente a la dieta o régimen hídrico. En esta etapa, la adhesión parcial es atribuida a algunos factores como son: a la

falta de conocimiento, a la incapacidad de ver la importancia de la adhesión a estos dos aspectos, olvido e incapacidad de abstenerse de sus deseos de comer o beber, sobre todo cuando las restricciones son recientemente impuestas.

Algunos autores asumen la conducta no adherente como un gesto suicida y como una manifestación de alteraciones emocionales (por ejemplo la depresión) al percibir cómo la enfermedad interfiere significativamente en la vida diaria. (Acuña & Hernández 2011)

2.4.4. MODELOS.

Guerra, Díaz & Vidal (2010), mencionan que la Organización Mundial de la Salud, describe cinco perspectivas teóricas acerca de la historia de la investigación en cuanto a la adherencia a los tratamientos a largo plazo las cuales se describen a continuación:

1. El enfoque biomédico de la adherencia: Menciona que los pacientes son seguidores más o menos pasivos de las ordenes de su médico y la falta de adherencia terapéutica, se concibe en cuanto a las características propias del paciente por ejemplo sus rasgos de personalidad, antecedentes sociodemográficos, etc.
2. Teoría comportamental: A partir de esta teoría se recalca la importancia del refuerzo positivo y negativo como un mecanismo para influir en el comportamiento y esto tiene aplicación inmediata para la adherencia. El principio básico es el de los antecedentes y las consecuencias y su influencia sobre el comportamiento (es decir, el aprendizaje operante).
3. Perspectivas de comunicación: Destacan la importancia de educar a los pacientes, emplear buenas aptitudes de comunicación y recalcar la conveniencia de una relación más igualitaria entre el personal de salud y el paciente. Por lo anterior, es importante

mantener un estilo cálido y gentil al interactuar con un paciente, sin embargo es insuficiente para producir cambios en los comportamientos de adherencia de los pacientes.

4. Perspectivas cognoscitivas: La atención de éstas se dirige a las maneras en las cuales los pacientes conceptualizan las amenazas para su salud y evalúan aquellos factores que pueden contribuir a la no adherencia al tratamiento.
5. Perspectivas de autorregulación: Estas intentan integrar las variables del entorno y las respuestas cognoscitivas de los individuos a las amenazas para la salud. La esencia de este modelo corresponde a la importancia fundamental de la conceptualización cognoscitiva de un paciente sobre una amenaza para la salud. Las representaciones de la enfermedad (las ideas que los pacientes tienen sobre las enfermedades que sufren) y la forma en que se la enfrenta se ven como mediando entre la amenaza para la salud y las medidas tomadas. Los estudios empíricos recientes parecen apoyar la importancia de los conocimientos sobre la enfermedad para predecir la adherencia.

2.4.5. FUNCIÓN DE LOS PSICÓLOGOS EN LA MEJORA DE LA ADHERENCIA.

Algunas veces, la práctica profesional de la salud puede estar limitada por el punto de vista biomédico, por esta razón es indispensable que la perspectiva que se tiene sobre la salud cambie y se procure que la atención que se brinda a los pacientes y especialmente en aquellos que presentan alguna enfermedad crónico-degenerativa sea lo más integral posible, ya que esto permitirá que el paciente pueda tener un mayor bienestar en todas las áreas de su vida y así mismo se promoverá una mayor adherencia a los tratamientos. El trabajo desarrollado por los psicólogos en el área de salud tiene un peso importante en el cuidado de

la misma. Es por ello que los psicólogos trabajan como prestadores en los entornos de atención primarios, secundarios y terciarios; dentro de las diversas funciones que desempeñan, su participación ayuda a aumentar la efectividad de los programas dirigidos a tratar los problemas de salud comportamentales.

El éxito ante cualquier tratamiento depende tanto de su efectividad como del modo en que el paciente se adhiere, así mediante la investigación y la práctica se han desarrollado diversos enfoques para ayudar a los pacientes a enfrentar las exigencias de su enfermedad que contribuyen a la no adherencia.

Los psicólogos de la salud se encargan de generar conocimientos que ayudan a identificar las causas que impiden una adecuada adherencia, además desarrollan y ponen a prueba diferentes teorías que ayudan a explicar los motivos del incumplimiento y a diseñar intervenciones para mejorarlo. En este sentido han contribuido a la investigación sobre la adherencia y la atención del paciente en diversas enfermedades como VIH/SIDA, diabetes, hipertensión arterial, obesidad, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, dolor crónico, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica.

Pierre (como se citó en OMS, 2004) menciona que otra de sus labores más importantes es el aporte de habilidades únicas para la evaluación psicológica y valoración comportamental para ayudar a identificar a quienes se hallan en riesgo de no adherencia y para identificar sus determinantes cuando ésta se ha convertido en un problema; además aportan habilidades terapéuticas para mejorar estos factores de riesgo y determinantes. Estas habilidades son aplicadas sobre individuos, familias, grupos y comunidades al cubrir la prevención de la

enfermedad, la atención y la rehabilitación. En cuanto a la no adherencia, estas habilidades están enfocadas para abordar las barreras cognitivas, motivacionales, emocionales, comportamentales al autocuidado de la enfermedad y la modificación de conductas de riesgo.

2.4.6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTES CON IRC.

La función de los psicólogos se ha convertido en una parte fundamental en cuanto al cumplimiento de los tratamientos a largo plazo, diversas investigaciones han demostrado que la adecuada adherencia terapéutica en los pacientes con IRC, no se lleva a cabo de manera completa debido al incumplimiento ya sea nutricional, a la técnica dialítica, a los fármacos o al manejo de fluidos los cuales pueden afectar de manera significativa la calidad de vida del paciente; por esta razón cabe destacar la importancia de los psicólogos en fomentar estrategias cognitivo-conductuales que ayuden a tener una mejora en su adherencia terapéutica, promoviendo así un mejor control de su enfermedad, disminución de sus síntomas y favorecer su calidad de vida.

La Terapia Cognitivo conductual (TCC), se enfoca en la vinculación del pensamiento y de la conducta, es una forma de tratamiento psicológico en la que el terapeuta y el paciente trabajan en equipo para identificar y resolver problemas, el tratamiento ha demostrado su eficacia en el manejo de los efectos psicológicos y comportamentales que produce una enfermedad crónica como la IRC.

De esta manera se debe intervenir en 3 niveles:

1. Primer nivel: Se deben fomentar acciones de promoción de atención psicológica en pacientes, familiares y personal médico. Así como promover acciones preventivas y de psicoeducación

como pláticas, conferencias, talleres, etc. para evitar el desarrollo de trastornos psicológicos en los pacientes y/o familiares.

2. Segundo nivel: Debe incluir el diagnóstico y acompañamiento terapéutico durante los momentos cruciales de la enfermedad, en este nivel se debe brindar atención a síntomas tales como alteración del estado de ánimo, angustia y ansiedad; esta intervención es previa al inicio del tratamiento de diálisis.
3. Tercer nivel: El psicólogo debe intervenir proporcionando tratamiento psicoterapéutico en respuesta a trastornos psicológicos que pueden surgir en pacientes y/o familiares, promoviendo así mismo la adecuada adherencia a los tratamientos.

Reynoso & Seligson (2005) mencionan que la forma de aproximarse al tratamiento del paciente con IRC, dependerá del tiempo de evolución de la enfermedad, de las condiciones generales del paciente, de las indicaciones médicas y de la evaluación conductual. Algunas estrategias de intervención para estos pacientes son:

1. Como primer punto la intervención deberá enfocarse en la adherencia terapéutica, en el caso de la IRC como enfermedad se debe promover en el paciente la toma de medicamentos, adherencia al régimen dietético, control de la cantidad de líquidos y cuidado del catéter de diálisis peritoneal con lo que se evita el riesgo de infección y se mantiene la calidad de vida.
2. Otra estrategia de intervención deberá estar enfocada al manejo del estrés, IRC es generadora de estrés el cual complica la enfermedad, por lo que los componentes del manejo del estrés son parte importante de un programa de intervención conductual. Este tipo de pacientes se encuentran sujetos a estrés crónico ya que tratan de ajustarse de manera adecuada al tratamiento

medicamentoso, llevan lo mejor posible sus dieta y no restringen sus líquidos, además de que generan falsas expectativas respecto al control de su enfermedad, por lo que cuando acuden a la consulta médica, esperan encontrarse bajo control y dentro de cifras normales, pero cuando el médico les da la noticia de que sus niveles de urea se encuentran elevados a pesar de seguir lo mejor posible los tratamientos, muestran signos de depresión porque suponen que los esfuerzos que han realizado han sido infructuosos.

3. Debido a la condición anterior el programa de afrontamiento para los pacientes con IRC se debe enfocar en desarrollar estrategias de solución de problemas, manejo de emociones y educar al paciente y a sus familiares para mantener la calidad de vida a pesar de las diálisis.

Lo anterior permitirá que el paciente mejore no sólo en su aspecto físico, sino también en aspectos emocionales que le permitirán tener una mejor calidad de vida, en este tipo de pacientes una intervención oportuna e integral es indispensable para abordar la enfermedad, así el paciente podrá realizar sus actividades diarias de una manera adecuada a pesar de las limitaciones que tenga a causa de su enfermedad, el buscar alternativas para que el paciente pueda lograr sus objetivos es fundamental para lograr la autorrealización del mismo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. SUJETOS.

Los sujetos que participaron en este estudio son pacientes diagnosticados por el médico especialista con insuficiencia renal crónica secundaria, y que reciben atención en dos clínicas particulares del Estado de Hidalgo. La muestra de sujetos se conforma por un total de 23 pacientes, los cuales cumplen con los siguientes criterios:

3.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Sujetos mayores de 18 años.
2. Sin problemas de mudez.
3. Sin deterioro cognitivo grave o evidente.
4. Estar en tratamiento de diálisis con antigüedad mínima de 3 meses.
5. Presentar insuficiencia renal crónica con antecedente de diabetes.

3.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Sujetos que presentan insuficiencia renal crónica de etiología diferente a la diabética.
2. Hemodiálisis

3.2. MATERIALES.

Para medir la variable principal “Calidad de Vida”, se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) de Riveros, et al. (2009) (Anexo 1); que evalúa una serie de áreas que abarcan diferentes aspectos de la vida del sujeto que atraviesa o ha atravesado alguna situación clínica. Su objetivo es medir la Calidad de vida de pacientes en una escala lo suficientemente inclusiva como para emplearse en cualquier enfermedad crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones. Está compuesta por 12 subescalas, con 4 reactivos tipo Likert cada una:

1. Preocupaciones: se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.
2. Desempeño Físico: evalúa la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.
3. Aislamiento: explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.
4. Percepción corporal: se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.
5. Funciones cognitivas: revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.
6. Actitud ante el tratamiento: revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico.
7. Tiempo Libre: explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.
8. Vida Cotidiana: revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad.

9. Familia: explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.
10. Redes sociales: explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.
11. Dependencia Médica: se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante.
12. Relación con el Médico: se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo (a) con la atención del médico tratante.

El inventario incluye también secciones para el análisis de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala, comentarios generales sobre el padecimiento o instrumento.

El segundo instrumento es una entrevista semiestructurada, elaborada en base a la ficha de identificación y hábitos de salud de Rocío Hernández Pozo, la cual evalúa ejercicio, patrones de uso de televisión, patrones de sueño entre otros en su versión original, sin embargo únicamente se consideraron aquellos reactivos que son indispensables para este estudio; consiste en un total de 19 preguntas, once de ellas están diseñadas para determinar el nivel de adherencia terapéutica en los pacientes con insuficiencia renal crónica, a partir de las aportaciones teóricas de Forero, Hurtado & Barrios (2017) y Test de Morisky-Green-Levine, para evaluar adherencia a la nutrición, a la técnica dialítica, a la medicación y al manejo de fluidos de manera general y las ocho preguntas restantes están encaminadas a la obtención de datos sociodemográficos de los pacientes en estudio.

3.3. PROCEDIMIENTO.

Para esta investigación se pidió la autorización a dos directores de clínicas privadas en el Estado de Hidalgo, a quienes se les explicó el motivo de la realización del estudio, los objetivos que se pretendían lograr y los materiales necesarios, además de informar el compromiso de devolución de resultados para ambas instituciones. Una vez concedido el permiso, se procedió a trabajar con los pacientes durante un periodo de 5 semanas, a cada uno ellos se les explicó de manera general en lo que consistía la investigación y se les entregó una carta de consentimiento informado donde describía puntos acerca del manejo de datos y autorización de su participación voluntaria, la cuál se pidió fuera firmada; de la misma manera a cada uno se le entregó una copia del cuadernillo del test INCAVISA y una encuesta, y se les brindaron las indicaciones necesarias para el llenado de los mismos, cabe destacar que en algunos casos debido a las dificultades físicas de los pacientes, se apoyó con la lectura y contestación de los mismos. La duración promedio de cada paciente para responder los instrumentos de evaluación fue de 45 minutos aproximadamente.

Una vez concluida la cantidad de pacientes, se procedió a la calificación del test INCAVISA y a la captura de datos mediante el software informático Excel, 2013, el cual permitió la tabulación de datos, el análisis de frecuencias, porcentajes y la representación en gráficas; en cuanto al INCAVISA también se obtuvieron significados interpretativos correspondientes a cada área de acuerdo a los puntajes obtenidos, conforme a los parámetros de la prueba.

3.4. DISEÑO.

Para esta investigación se realizó un pseudoexperimento exploratorio en población cautiva.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados a continuación, muestran las calificaciones obtenidas tras la aplicación de los instrumentos a los pacientes dializados.

4.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.

4.1.1. EDAD.

Respecto a la edad del grupo en estudio, se encontró que el 47.83% (11) de la población estudiada, se encuentra en un rango de edad de 60 a 80 años, el 30.43% (7) está entre los 40 y 60 años y únicamente el 21.74% (5) se encuentra entre los 20 y 40 años (véase la fig. 9).



Figura 9.

4.1.2. SEXO.

A su vez, del total de la población 65.22% (15) corresponden al sexo masculino, mientras que el 34.78% (8) al sexo femenino (véase la fig. 10).

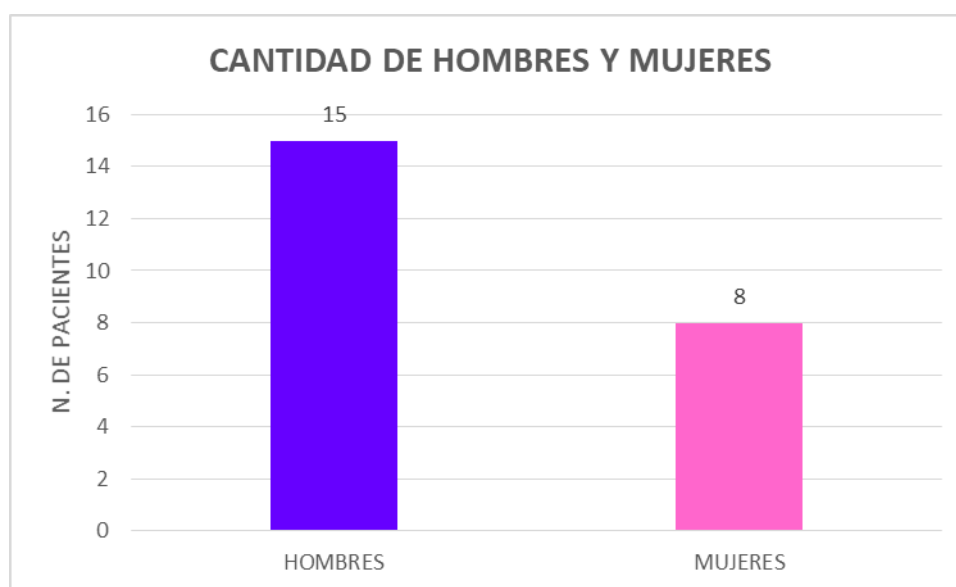


Figura 10.

4.1.3. ACOMPAÑAMIENTO.

Con respecto a la vivienda la mayor parte de los pacientes encuestados es decir el 91.30% (21), refirieron vivir acompañados, mientras que el 8.70% (2) refirieron vivir solos, dentro de este porcentaje solo se encuentran de sexo femenino (véase la fig. 11).

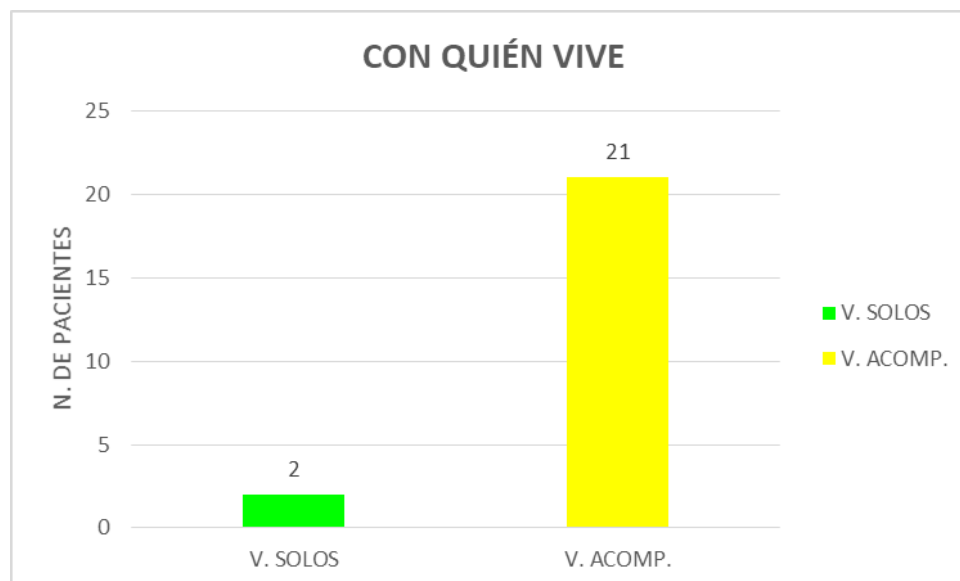


Figura 11.

4.1.4. ESCOLARIDAD.

En relación al grado de escolaridad de la población estudiada, se puede señalar el 60.87% (14) tiene educación primaria, 30.43% (7) educación secundaria, 4.35% (1) educación bachillerato y 4.35% (1) educación licenciatura como máximo grado de estudios (véase la fig. 12).

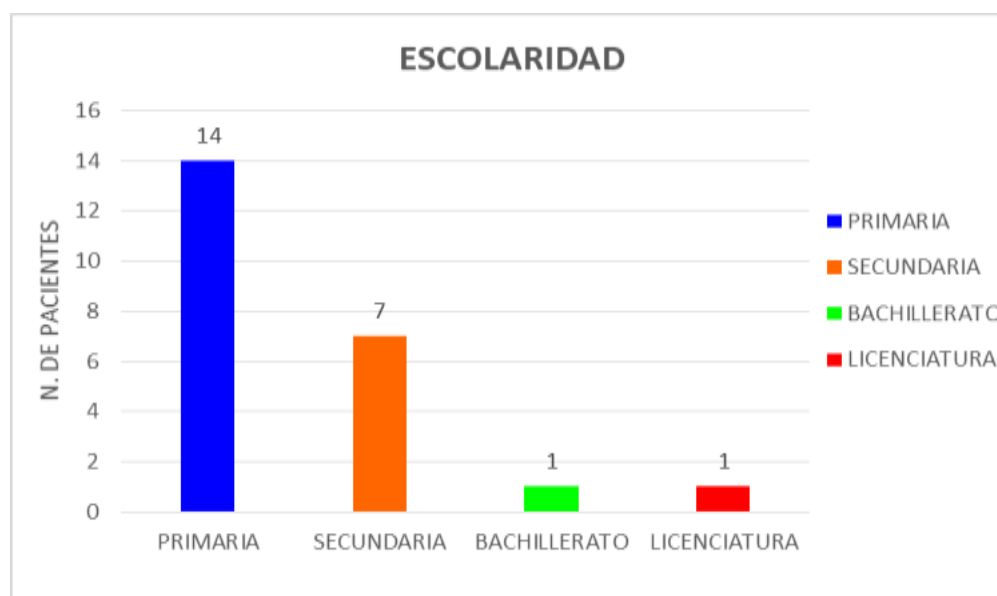


Figura 12.

4.1.5. OCUPACIÓN.

En cuanto a la ocupación el 69.57% (16) de los pacientes refirió no realizar alguna actividad laboral, solo el 30.43% (7) de ellos, refirieron desempeñar algún trabajo, de estos el 21.73% (5) se dedican al hogar y 8.70% (2) realizan a algún oficio (véase las figs. 13 y 14).

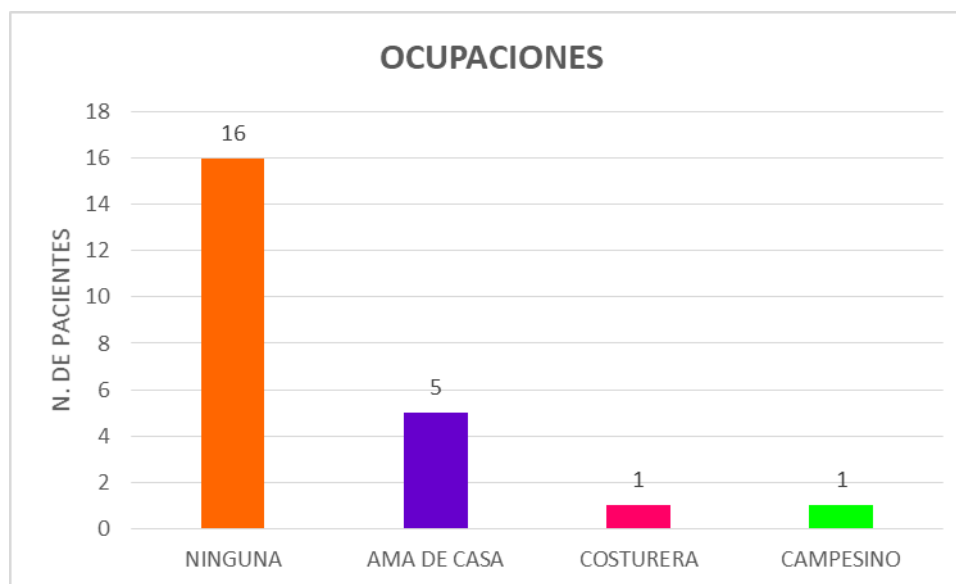


Figura 13.



Figura 14.

4.1.6. INGRESOS PERSONALES.

En cuanto a los ingresos personales el 73.91% (17) refirió no tener ningún ingreso, únicamente el 26.09% (6) tiene ingreso personal, que oscila en un promedio de \$1,100.00 pesos mensuales (véase las figs. 15 y 16).



Figura 15.



Figura 16.

4.1.7. INGRESOS FAMILIARES.

Por otro lado, dentro de los ingresos familiares el 26.09% (6) de los pacientes encuestados reportan no tener un ingreso familiar monetario, mientras que el 73.91% (17) refieren tener un ingreso familiar, el cual está en un promedio de \$2,091.30 pesos mensuales (véase las figs. 17 y 18).



Figura 17

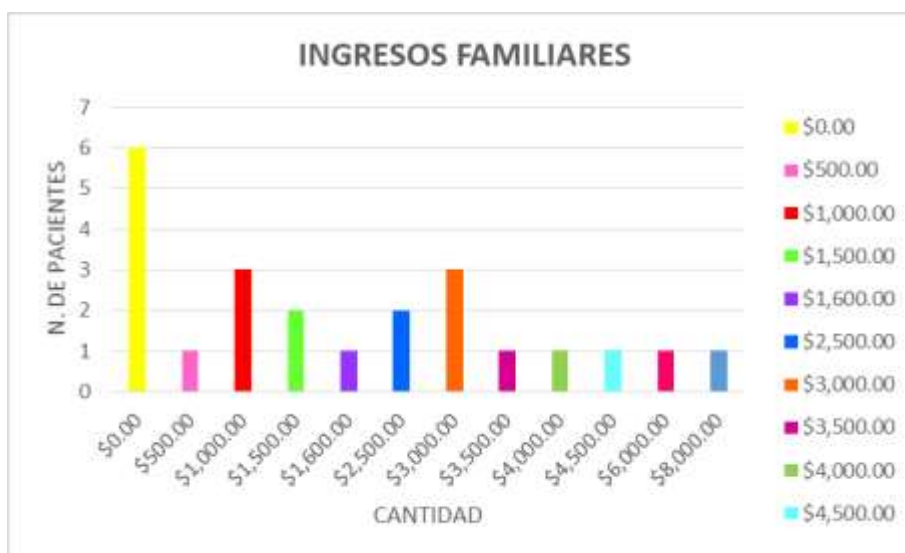


Figura 18.

4.1.8. ESTADO CIVIL.

En relación al estado civil el 60.87% (14) de los pacientes refirieron estar casados, 17.39% (4) solteros, 4.35% (1) divorciados, 4.35% (1) en unión libre y 13.04% (3) viudos (véase la fig. 19).

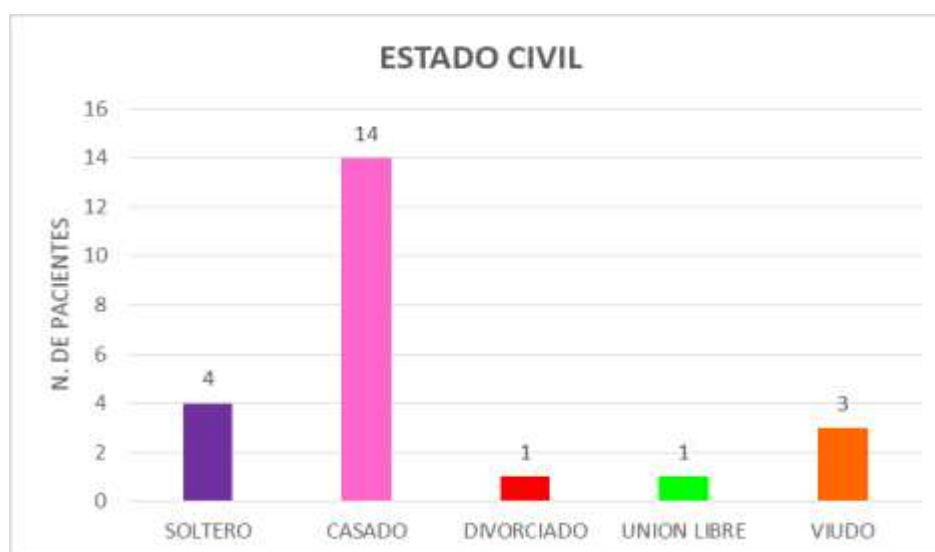


Figura 19

4.1.9. HIJOS.

Con respecto a los hijos el 86.96% (20) refirieron tener hijos mientras que el 13.04% (3) refirieron no tener hijos (véase la fig. 20).

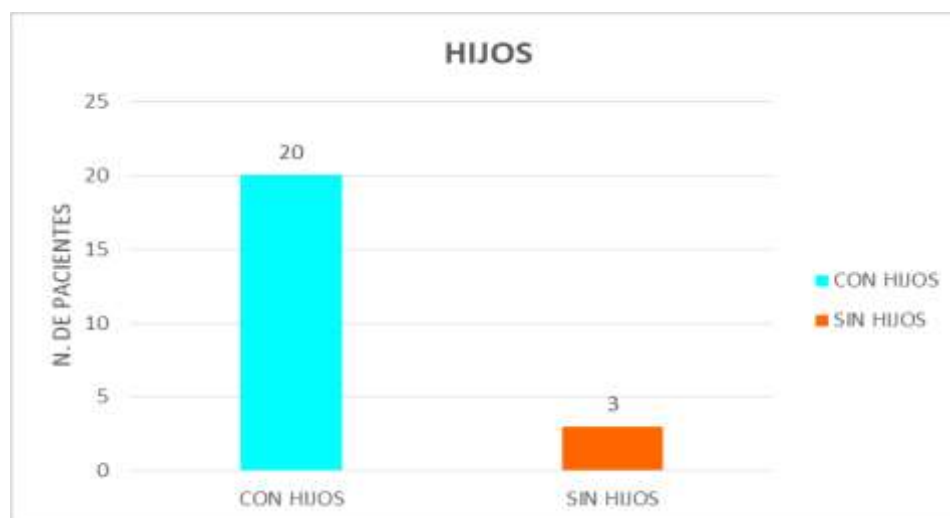


Figura 20.

4.1.10. RELIGIÓN.

En cuanto a la religión el 100% afirmó tener creencias religiosas el 91.30% enfocadas a la religión católica, mientras que únicamente el 4.34% practica la religión cristiana (véase la fig. 21)

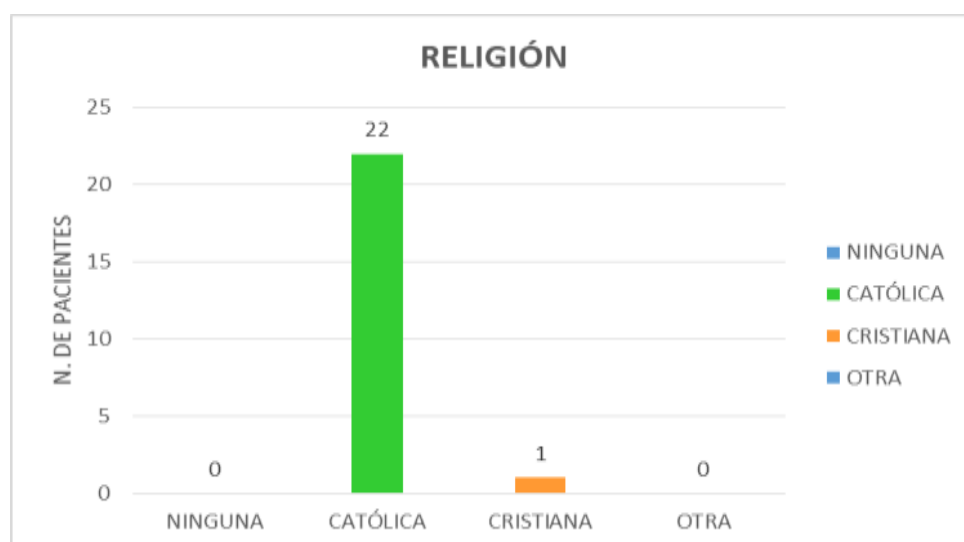


Figura 21.

4.1.11. EJERCICIO.

En relación al ejercicio 52.17% (12) de la población hacen ejercicio, mientras que el 47.83% (11) no hacen ejercicio (véase la fig. 22).



Figura 22.

4.1.12. CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL.

En relación al consumo de tabaco y alcohol el 17.39% (4) de la población en estudio reportó consumir de tabaco, mientras que el consumo de alcohol fue reportado únicamente por el 4.35% (1) de los pacientes, dándose el consumo de ambas sustancias en hombres (véase las figs. 23, 24 y 25).



Figura 23.

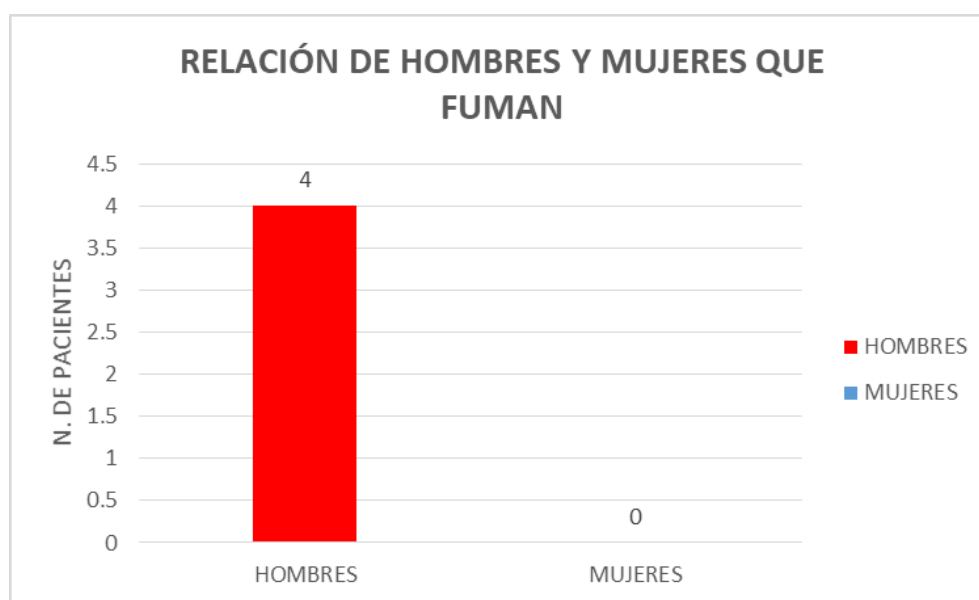


Figura 24.

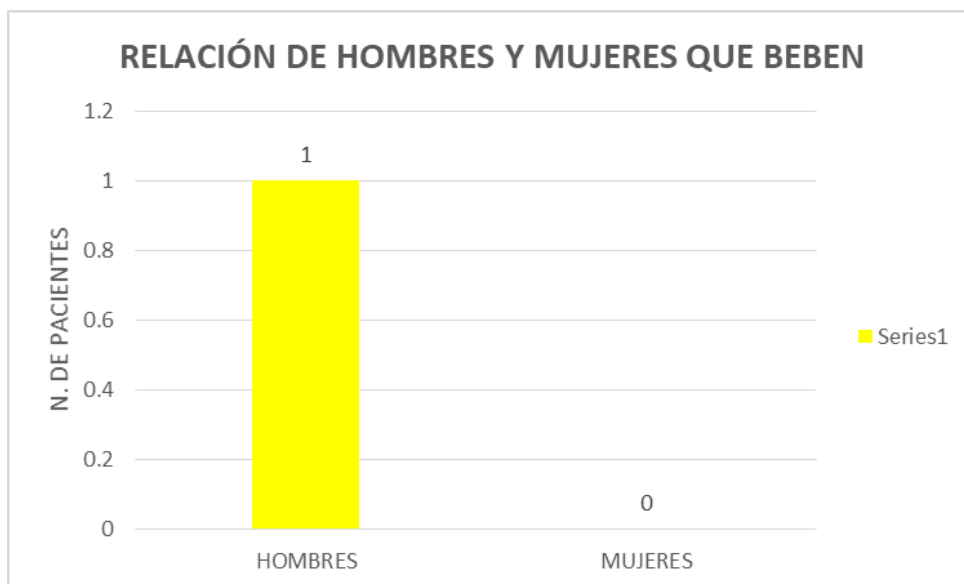


Figura 25.

4.1.13. TIEMPO DE TRATAMIENTO EN DIÁLISIS.

En cuanto al tiempo de tratamiento, 60.87% (14) de la población ha estado en tratamiento de diálisis durante un periodo de 1-3 años, 23.09% (6) en un periodo de 4-7 años, 4.34% (1) en un periodo de 8-11 años y solo el 8.70% (2) en un periodo de 12- 14 años (véase la fig. 26).



Figura 26.

4.1.14. FRECUENCIA DE LA DIÁLISIS

En cuanto a frecuencia de las diálisis la mayor parte de la población, es decir el 60.87% (14) realiza sus diálisis 4 veces por día, el 30.43% (2) la lleva a cabo 3 veces al día y solo un 8.70% (7), realiza su diálisis una vez al día (por la noche), cabe mencionar que la frecuencia de la diálisis se realiza conforme el médico lo indica y conforme a las necesidades propias de cada paciente (véase la fig. 27).

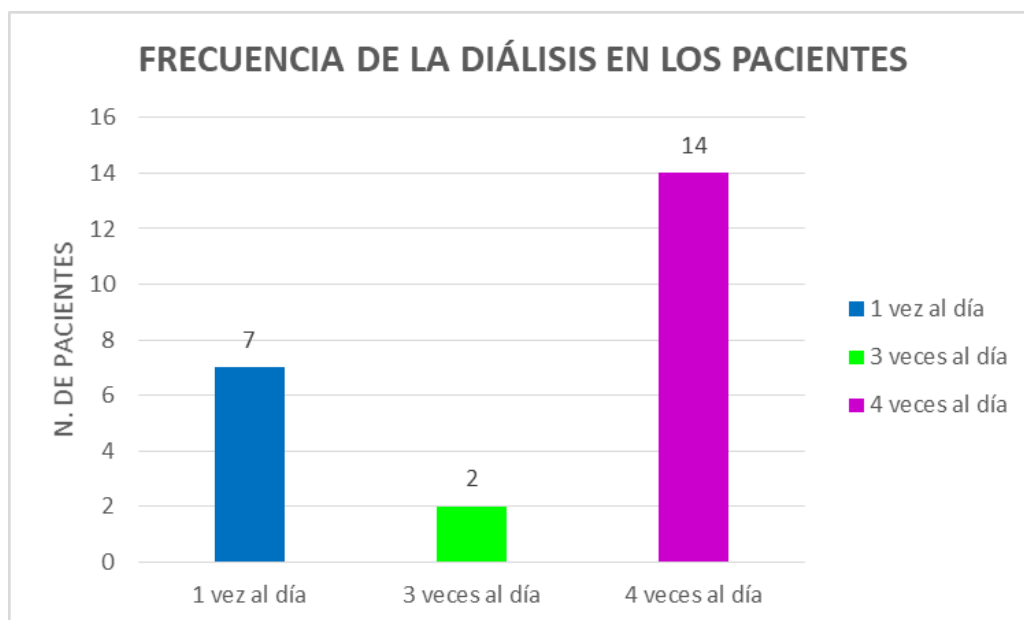


Figura 27.

4.1.15. APOYO FAMILIAR Y DIÁLISIS EN TIEMPO Y FORMA.

Con respecto al apoyo familiar el 100% (23) de la población afirmó tener el apoyo de algún familiar para llevar a cabo procedimiento dialítico, así mismo, todos los participantes de este estudio refirieron realizar sus diálisis en tiempo y forma conforme el médico lo ha prescrito.

4.1.16. SUSPENSIÓN DE DIÁLISIS.

En cuanto a la suspensión de diálisis el 30.43% de la población refirió haber suspendido su diálisis en algún momento de su tratamiento,

mientras que el 69.57% refirió no haber suspendido su diálisis por ningún motivo (véase la fig. 28)



Figura 28.

4.1.17. MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE LA DIÁLISIS.

Aunado a lo anterior se encontró que el 17.39% (4) refirió suspender su diálisis por motivos económicos, mientras que el 13.04% (3) refirieron suspenderla por otras causas entre las que se encontraban problemas de salud como enfermedades estomacales, peritonitis y fuga del catéter (véase la fig. 29).



Figura 29.

4.1.18. DIETAS ADECUADAS.

En relación a llevar a cabo las dietas prescritas de manera adecuada incluidos el control de líquidos y alimentos, se encontró que 73.91% (17) de la población cumple con las dietas, mientras que un 26.09% (6) refirió no cumplir con las dietas establecidas. Cabe mencionar que el cumplir con las dietas de manera indicada es un proceso difícil, debido a la restricción de alimentos, falta de sabor y sed, por esta razón algunos pacientes llegan a incumplir con una dieta estricta y rigurosa (véase la fig. 30)



Figura 30.

4.1.19. MEDICAMENTOS EN EL HORARIO INDICADO.

En cuanto al horario indicado, se encontró que el 91.30% (21) de la población cumple con la toma de medicamentos en el horario indicado, mientras que el 8.70% (2) refirió no tomar sus medicamentos en el horario correspondiente (véase la fig. 31).

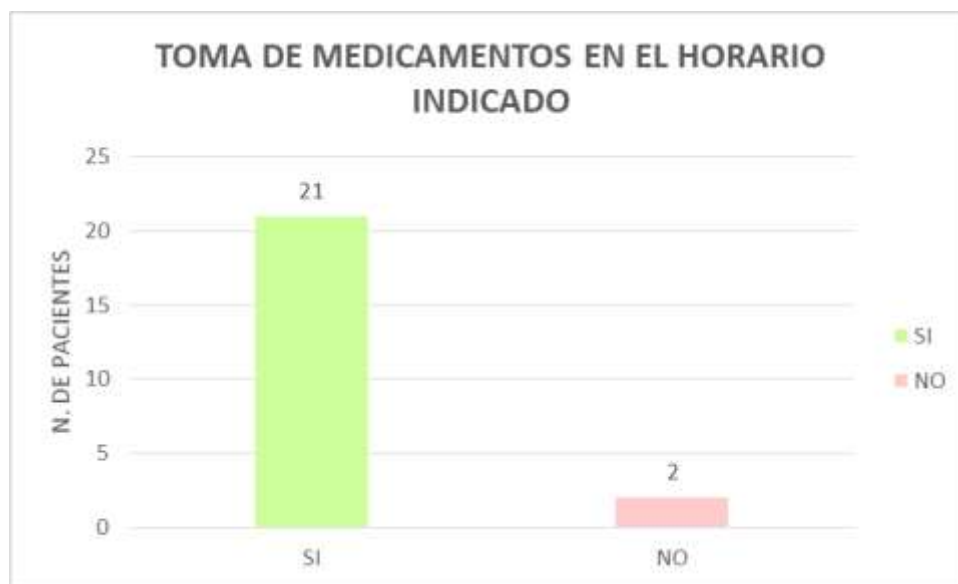


Figura 31.

4.1.20. SUSPENSIÓN DE MEDICAMENTO.

En relación a este punto, se encontró que el 60.87% (14), no ha suspendido sus medicamentos, sin embargo el 39.13% (9) afirmó que ha suspendido su medicamento en algún momento de su tratamiento (véase la fig. 32).

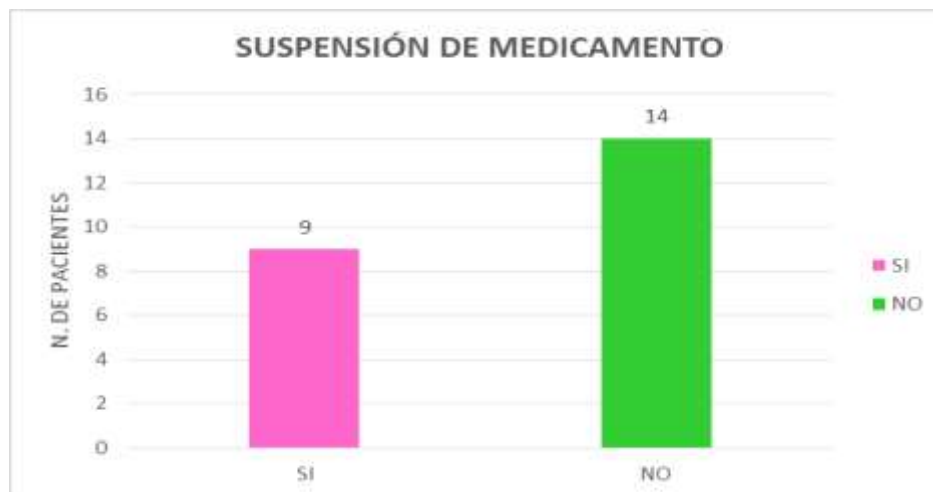


Figura 32.

4.1.21. MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE MEDICAMENTOS.

De acuerdo a lo anterior, dentro de los principales motivos de la suspensión de medicamentos, el 8.70% (2) de los pacientes refirieron haberlos suspendido debido a motivos económicos, 21.74% (5) por olvido y 8.70% (2) por efectos secundarios al consumo de los mismos (véase la fig. 33)

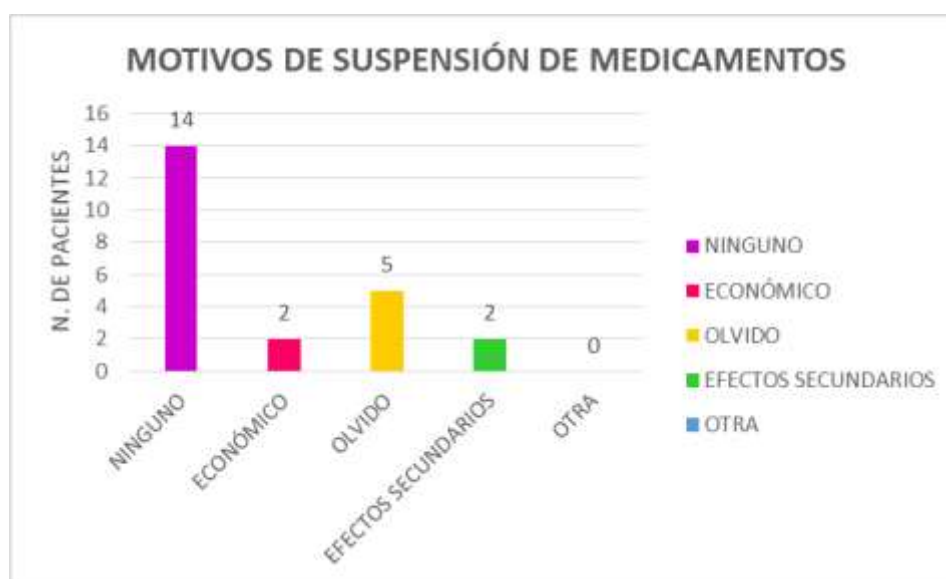


Figura 33.

4.2. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DEL INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (INCAVISA).

Las interpretaciones de los resultados a continuación, están basados en los parámetros de evaluación de INCAVISA.

4.2.1. PREOCUPACIONES.

En cuanto a las preocupaciones el 4.35% (1) de la población obtuvo una puntuación muy alta, 26.09% (6) puntuación baja, otro 26.09% (6) se encuentra la puntuación muy baja y 43.48%(10) dentro de una puntuación normal (véase la fig. 34).



Figura 34.

Lo anterior indica que el grupo en estudio, tiene una percepción de sus preocupaciones de interacción con los demás dentro de una puntuación baja, refiriéndolo así el 52.17% (12) de la población total, comparado con el puntaje normal que refirió el 43.48% (10) y el 4.34%(1) que reportó una puntuación alta. Esto indica que la mayor parte de los pacientes se sienten apoyados y cuentan con redes sociales adecuadas

las cuales les brindan comprensión y ayuda en su enfermedad (véase tabla 2).

Tabla 2. Clasificación ordinal de las puntuaciones del área de preocupaciones.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJA	12	52.17%
NORMAL	10	43.48%
ALTA	1	4.34%

4.2.2. DESEMPEÑO FÍSICO.

En relación al desempeño físico, se encontró que el mayor puntaje 39.13% (9) de la población obtuvo un puntaje normal, 8.70% (2) un puntaje alto, 21.74% (5) un puntaje bajo y 30.43% (7) una puntuación muy baja.

Con respecto a lo anterior se encontró que 39.13% (9) de los pacientes tiene una percepción de su capacidad física para desempeñar actividades cotidianas dentro del puntaje normal, 8.70% (2) dentro de una puntuación alta y 52.17% (12) baja. Lo que indica que la capacidad física en un tercio de la población de los pacientes evaluados está notablemente deteriorada (véase tabla 3).

Tabla 3. Clasificación ordinal de puntuaciones del área de desempeño físico.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJA	12	52.17%
NORMAL	9	39.13%
ALTA	2	8.70%

4.2.3. AISLAMIENTO.

En este apartado, se encontró que el 47.83% (11) está dentro de una puntuación normal, 13.04% (3) obtuvo una puntuación muy alta, 4.35% (1) una puntuación alta, otro 4.35% (1) puntuación baja y 30.43% (7) de los pacientes obtuvo un puntaje muy bajo.

De acuerdo con lo anterior se encontró que la percepción de los pacientes en esta área es normal reportado así por el 47.83% (11) de la población, seguido del 34.78% (8) con puntaje bajo y solo el 17.39% (4) dentro de una puntuación alta (véase tabla 4).

Tabla 4. Clasificación ordinal de puntuaciones del área de aislamiento.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJA	8	34.78%
MEDIA	11	47.83%
ALTA	4	17.39%

4.2.4. PERCEPCIÓN CORPORAL.

En esta área se encontró que el 57.17% (12) de los pacientes reportaron tener una percepción corporal dentro de un puntaje normal, 17.39% (4) obtuvo una puntuación muy alta, 4.35% (1) una puntuación baja y 26.09% (6) obtuvo un puntaje muy bajo (véase la fig. 35).

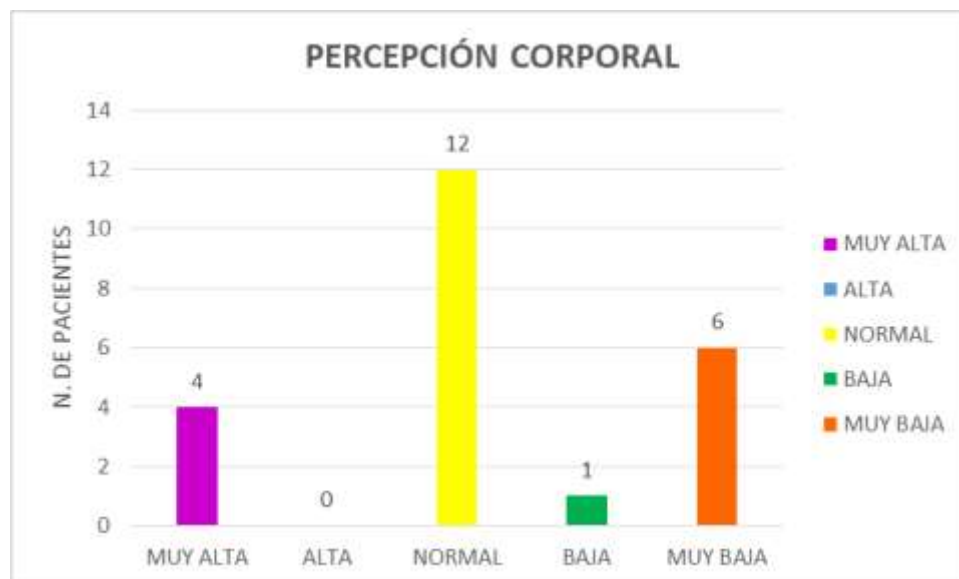


Figura 35.

Por lo tanto, de acuerdo a lo anterior se encuentra que la percepción de la población con respecto al grado de satisfacción-insatisfacción de su aspecto físico, se encuentra dentro de un puntaje normal reportado así por el 52.17% (12) de los pacientes, seguido del puntaje bajo referido por el 30.43% (7) y 17.39% (4) con una puntuación alta (Véase tabla 5).

Tabla 5. Clasificación ordinal de puntuaciones del área de percepción corporal.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	7	30.43%
NORMAL	12	52.17%
ALTO	4	17.39%

4.2.5. FUNCIONES COGNITIVAS.

Respecto a esta área, se encontró que el 21.74% (5) de la población de estudio reportó una puntuación muy alta, otro 21.74% (5) obtuvo una puntuación alta, 17.39% (4) una puntuación baja, 17.39% (4) un puntaje

muy bajo y un 21.74% (5) se encuentra dentro de una puntuación normal (véase la fig.36).

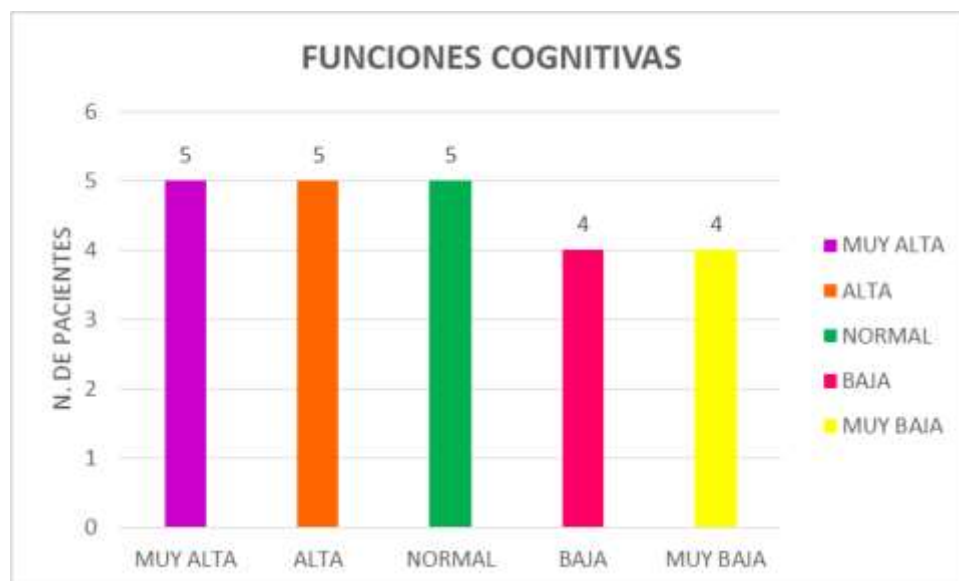


Figura 36.

Por lo anterior, se observó que la percepción de los pacientes de este estudio con respecto a sus funciones cognitivas como son la memoria y concentración es alta, ya que el 65.21% de los pacientes evaluados, reportan un funcionamiento cognitivo de normal a muy alto. Por lo que se considera que más de la mitad de la población estudiada posee la capacidad de concentración y aprendizaje adecuados, al igual que una memoria conservada (véase tabla 6).

Tabla 6. Clasificación ordinal de puntuaciones del área de funciones cognitivas.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJA	8	34.78%
MEDIA	5	21.74%
ALTA	10	43.48%

4.2.6. ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO.

Con respecto a esta área, el 47.83% (11) reportó una puntuación normal, el 8.70% (2) una puntuación muy alta, el 17.39% una puntuación alta (4), el 13.04% (3) un puntaje bajo y el 13.04% (3) obtuvo una puntuación muy baja (véase la fig. 37).



Figura 37.

Asimismo, se muestra que la percepción de la población con respecto a su actitud frente al tratamiento se encuentra dentro de un puntaje normal, referido así por el 47.83% (11), seguido de las puntuaciones baja y alta con el 26.09% (6) cada una (véase tabla 7).

Tabla 7. Clasificación ordinal de puntuaciones del área de actitud ante el tratamiento.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	6	26.09%
NORMAL	11	47.83%
ALTA	6	26.09%

4.2.7. TIEMPO LIBRE.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta área, se encontró que el 56.52% de la población reportó una puntuación muy baja, el 17.39% una puntuación normal, otro 17.39% obtuvo un puntaje muy alto y finalmente un 8.70% se encuentra dentro de una puntuación baja (véase la fig. 38).



Figura 38.

Con respecto a lo anterior se encontró que más de la mitad de los pacientes en estudio es decir el 65.22% (15), tiene la percepción con respecto a su tiempo libre dentro del puntaje bajo, seguido por las puntuaciones normal y alta con el 17.39% (4) cada una. Por lo tanto es un indicativo de que el proceso de la enfermedad para la mayoría de los pacientes es conceptualizado como una limitante para el disfrute de su tiempo libre, al igual que indica una nostalgia por las actividades que el paciente ha dejado de realizar debido a su enfermedad (véase la tabla 8).

Tabla 8. Clasificación ordinal de puntuaciones del área de tiempo libre.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJA	15	65.22%
NORMAL	4	17.39%
ALTA	4	17.39%

4.2.8. VIDA COTIDIANA.

En esta área de evaluación de la calidad de vida, se encontró que el 30.43% (7) de los pacientes está dentro de una puntuación normal, otro 30.43% (7) de la población se encuentra dentro de una puntuación muy baja, 4.35% (1) obtuvo un puntaje muy alto y 34.78% (8) obtuvo una puntuación baja (véase la fig. 39).

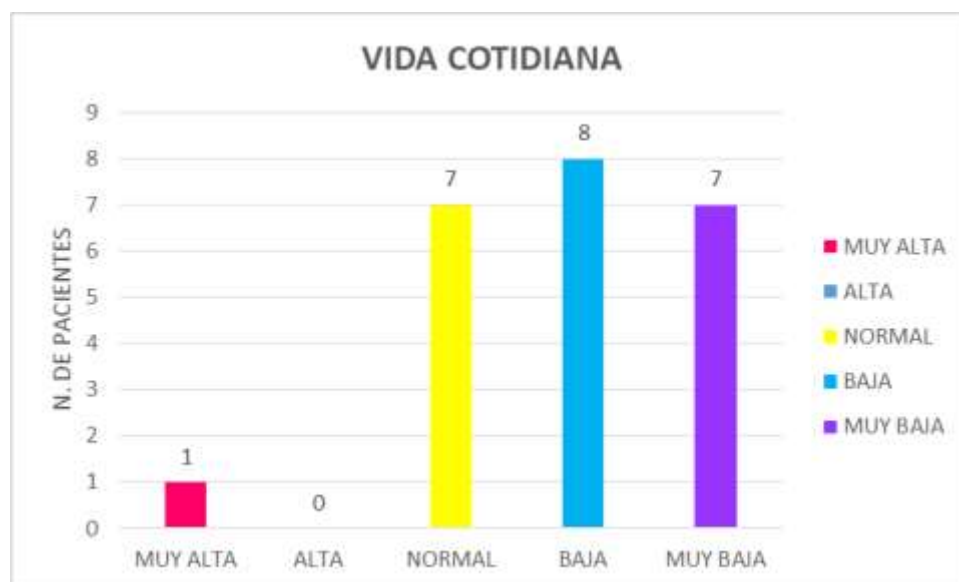


Figura 39.

En base a lo anterior se observó que la percepción de los pacientes respecto a su vida cotidiana, en más de la mitad de la población es decir 74.91% se encuentran dentro de un puntaje bajo, seguido de un puntaje normal con el 30.43% y finalmente una puntuación alta con el 4.35%. Por

lo tanto indica que el proceso de la enfermedad y su manejo representa una pérdida importante en la mayoría de los pacientes tanto en su salud como en su estilo de vida, pudiendo experimentar continuamente sentimientos de enojo, tristeza y desesperanza (véase tabla 9).

Tabla 9. Clasificación ordinal de puntuaciones del área de vida cotidiana.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	17	74.91%
NORMAL	7	30.43%
ALTO	1	4.35%

4.2.9. FAMILIA.

En este aspecto, se encontró que 39.13% (9) de la población se encuentra dentro de un puntaje normal, 34.78% (8) obtuvo de un puntaje muy alto, seguido del 17.39% (4) con un puntaje muy bajo, y finalmente el 8.70% (2) de los pacientes, se encuentran dentro de un puntaje bajo (véase la fig. 40).

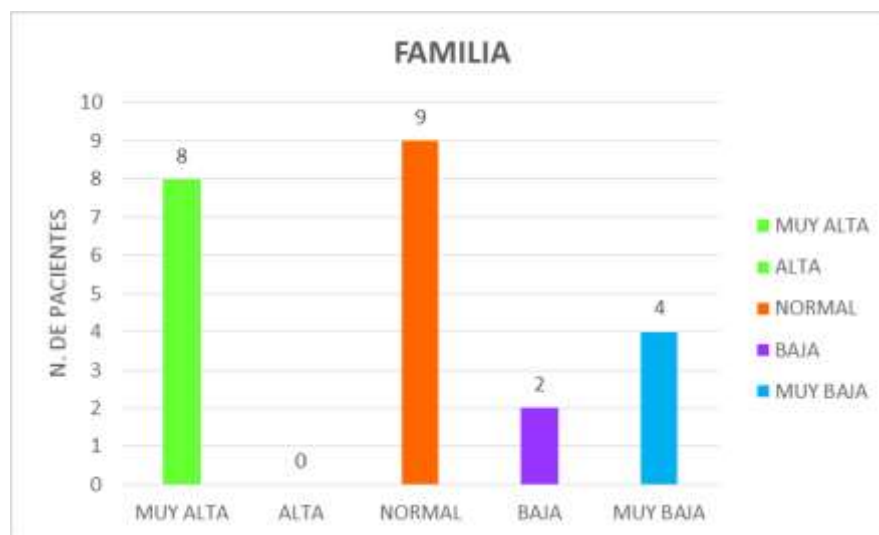


Figura 40.

Con respecto a lo anterior se encontró que la percepción de los pacientes en cuanto al ámbito familiar se encuentra dentro del puntaje normal con el 39.13% (9), seguido del puntaje alto con el 34.78% (8) y finalmente con el 26.08% (6) correspondiente al puntaje bajo. Esto indica que 73.91%, es decir, más de la mitad de los pacientes estudiados, cuenta por lo menos un miembro de la familia quien le brinda apoyo y afecto a lo largo del proceso de su enfermedad (véase tabla 10).

Tabla 10. Clasificación ordinal de puntuaciones del área de familia.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	6	26.08%
NORMAL	9	39.13%
ALTA	8	34.78%

4.2.10. REDES SOCIALES.

En cuanto a las redes sociales, se encontró que el 34.78% (8) de la población de estudio reportó una puntuación normal, 26.09% (6) obtuvo una puntuación muy alta, 17.39% (4) un puntaje alto, 8.70% (2) una puntuación baja y finalmente 13.04% (3) se encuentra dentro de puntuación muy baja (véase la fig. 41).



Figura 41.

De acuerdo con lo anterior, se encontró que la percepción de los pacientes en cuanto a sus redes sociales de apoyo, es decir en cuanto a los recursos humanos con los que cuenta para resolver sus problemas o contingencias cotidianas, se encuentra dentro del puntaje alto con el 43.48% (10) de la población, seguido del puntaje normal referido por el 34.78% (8) y finalmente el 21.74% (5) con un puntaje bajo. Lo que indica de que la mayoría de la población en estudio, cuenta con amigos y familiares, que pueden ayudarle a resolver conflictos cotidianos de manera adecuada, pudiendo brindarle así aun sentimiento de tranquilidad, y certidumbre acerca de su futuro (véase tabla 11).

Tabla 11. Clasificación ordinal de puntuaciones del área de redes sociales.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	5	21.74%
NORMAL	8	34.78%
ALTO	10	43.48%

4.2.11. DEPENDENCIA MÉDICA.

Con respecto a esta área, se encontró que el 47.83% (11) de los pacientes obtuvieron una puntuación normal, 17.39% (4) obtuvo una puntuación muy baja, 17.39% (4) tuvo un puntaje bajo, 4.35% (1) una puntuación alta y finalmente el 13.04% (3) se encuentra dentro de una puntuación muy alta (véase la fig. 42)

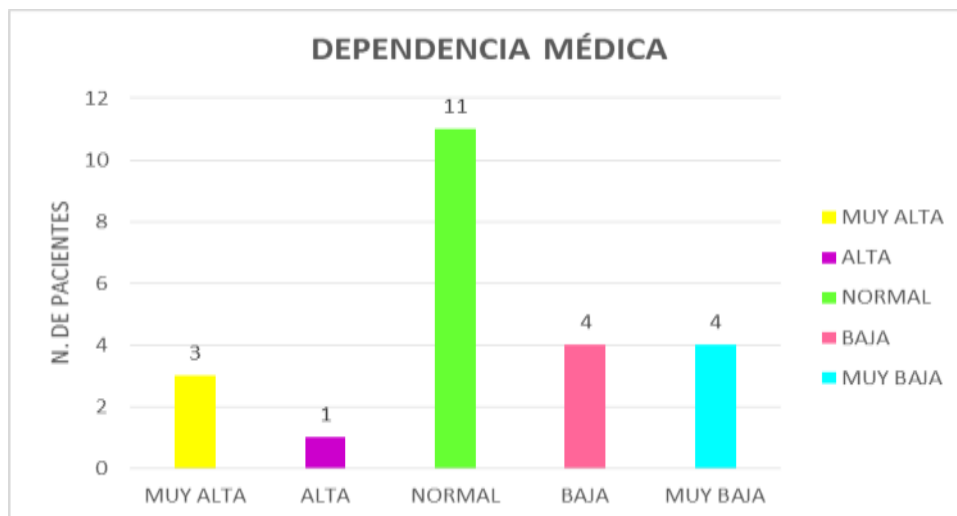


Figura 42.

Respecto a lo anterior se puede observar que la percepción de los pacientes respecto a su dependencia médica se encuentra dentro del puntaje normal con el 47.83% (11), seguido de la puntuación baja con el 34.78% (9) y 17.39% (4) con un puntaje alto (véase tabla 12).

Tabla 12. Clasificación ordinal de puntuaciones del área de dependencia médica.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	8	34.78%
NORMAL	11	47.83%
ALTO	4	17.39%

4.2.12. RELACIÓN CON EL MÉDICO.

En cuanto a relación con el médico, se encontró que el 43.48% (10) de la población reportó una puntuación normal, 26.09% (6) una puntuación muy alta, 17.39% (4) obtuvo un puntaje alto, 4.35% (1) una puntuación baja y 8.70% (2) se encuentra dentro de una puntuación muy baja (véase la fig.43).



Figura 43.

De acuerdo con lo anterior se observó que la percepción de los pacientes en cuanto a la relación con su médico, se encuentran en un puntaje alto reportado así por el 43.38% (10) de la población, otro 43.38% (10) se encuentran en un puntaje normal y finalmente 13.04% (3) se encuentran dentro de un puntaje bajo. Lo que indica que la mayor parte de los pacientes han integrado su relación con el médico como una parte del apoyo con que cuentan para el manejo de su enfermedad, además de sentirse cómodos ante la atención brindada por su médico tratante (véase tabla 13).

Tabla 13. Clasificación ordinal de puntuaciones del área de relación con el médico.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	3	13.04%
NORMAL	10	43.48%
ALTO	10	43.48%

4.2.13. BIENESTAR Y SALUD DEL PACIENTE.

En cuanto al área de bienestar y salud, cada paciente evaluó su calidad de vida de manera general desde su propia perspectiva, en la cual se encontraron los siguientes resultados, 65.22% (15) de los pacientes estudiados refirieron tener una buena calidad de vida, 26.09% (6) reportaron su calidad de vida como regular y únicamente el 8.70% (2) la reportaron como mala (véase la fig. 44).

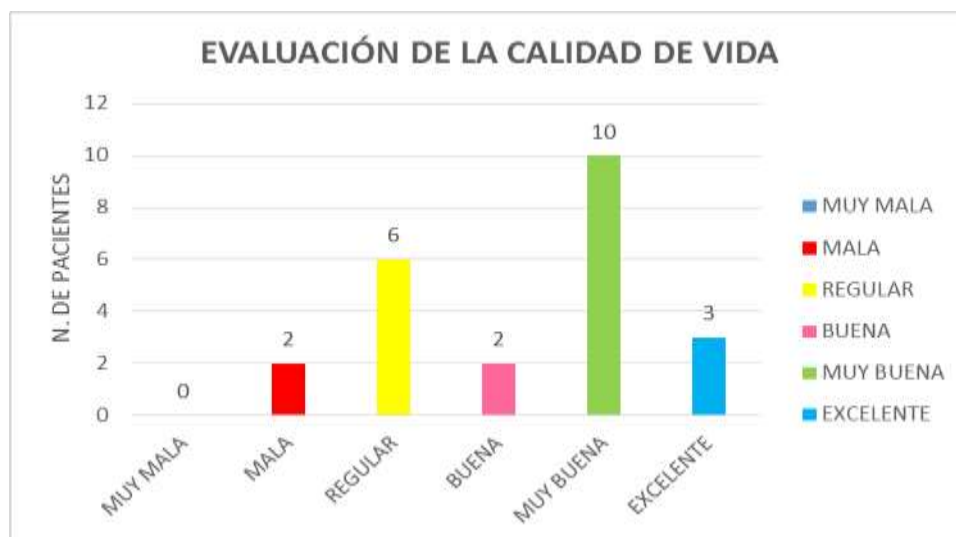


Figura 44.

4.2.14. SÍNTOMAS.

El Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA), evalúa una serie de síntomas que los pacientes llegan a presentar los últimos 7 días anteriores a la fecha de aplicación del test, de acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que los siguientes síntomas son manifestados con mayor frecuencia entre los pacientes en estudio, aunque con diferente grado de intensidad a saber (véase tabla 14): el síntoma con mayor grado de intensidad fue el de los problemas visuales, 30.43% (7) lo padeció con mucha intensidad, 21.74% (5) lo presentó moderadamente, 21.74% (5) refirió no presentar el síntoma, 17.39% (4) lo presentó con poca

intensidad, y finalmente el 8.70% (2) reportó padecerlo con muchísima intensidad.

El síntoma de dolores musculares que aunque se presentó con poca intensidad fue otro de los síntomas que se presentó con mayor frecuencia entre la población de estudio; se encontró que el 52.17% (12) refirió haberlos padecido con poca intensidad, 21.74% (5) moderadamente, el 21.74% (5) refirieron no haber presentado el síntoma y el 4.35% (1) refirieron padecerlo con demasiada intensidad.

Aunado a lo anterior otro de los síntomas presentados con poca intensidad pero con mayor frecuencia fue el dolor de articulaciones, en relación a este síntoma 47.83% (11) refirió presentarlo con poca intensidad, el 26.09% (6) lo presentaron de manera moderada, 21.74% (5) refirieron no presentar el síntoma y solo un 4.35% (1) lo han padecido con mucha intensidad.

En cuanto al síntoma de comezón y las lesiones en la piel 39.13% (9) reportaron haberlo presentado con poca intensidad, seguido del 26.09% (6) de la población que refirió no presentar el síntoma, 21.74% (5) lo presentó con mucha intensidad, mientras que solo el 8.70% (2) refirió presentarlo con muchísima intensidad.

Y finalmente el mal olor 39.13% (9) reportaron presentar el síntoma con poca intensidad, otro 39.13% (9), refirió no presentar el síntoma, mientras que un 13.04% (3) refirió padecerlo de manera moderada y solo un 8.70% (2) la presentó con mucha intensidad.

Tabla 14. Intensidad de síntomas.

INT. \ SINT.	No tuvo	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
Dolor de cabeza	11 (47.83%)	8 (34.78%)	3 (13.04%)	1 (4.45%)	0 (0)
Dolores musculares	5 (21.74%)	12 (52.17%)	5 (21.74%)	0 (0)	1 (4.35%)
Dolor de articulaciones	5 (21.74%)	11 (47.83%)	6 (26.09%)	1 (4.35%)	0 (0)
Hinchazón de tobillos y piernas	10 (43.48%)	4 (17.39%)	5 (21.74%)	3 (13.04%)	1 (4.35%)
Problemas para ver	5 (21.74%)	4 (17.39%)	5 (21.74%)	7 (30.43%)	2 (8.70%)
Problemas para oír	13 (56.52%)	6 (26.09%)	1 (4.35%)	3 (13.04%)	0 (0)
Comezón o lesiones en la piel	6 (26.09%)	9 (39.13%)	1 (4.35%)	5 (21.74%)	2 (8.70%)
Tos molesta	13 (56.52%)	6 (26.09%)	2 (8.70%)	0 (0)	2 (8.70%)
Problemas al orinar	14 (60.87%)	6 (26.09%)	2 (8.70%)	1 (4.35%)	0 (0)
Tics, tartamudeo	16 (69.57%)	7 (30.43%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Mal olor	9 (39.13%)	9 (39.13%)	3 (13.04%)	2 (8.70%)	0 (0)
----------	---------------	---------------	---------------	--------------	----------

Es importante mencionar que los demás síntomas que evalúa en INCAVISA fueron preguntados y negados por la mayor parte de los pacientes; cabe destacar que la mayoría de los síntomas presentados en la población de estudio son a consecuencia de la edad y de la propia enfermedad.

4.2.15. SALUD EN GENERAL.

Asimismo, se encontró que la mayor parte de los pacientes que participaron en el estudio 69.57% (16) evaluaron su salud en general como regular, 17.39% (4) la calificaron como buena y solo un 13.04% (3) la refirieron como mala. Dato importante si se considera que la mayoría de los pacientes refirió llevar a cabo los tratamientos prescritos de manera adecuada. No se debe olvidar que un tratamiento renal sustitutivo es únicamente para controlar la enfermedad, sin embargo la enfermedad es de por vida (véase la fig. 50).

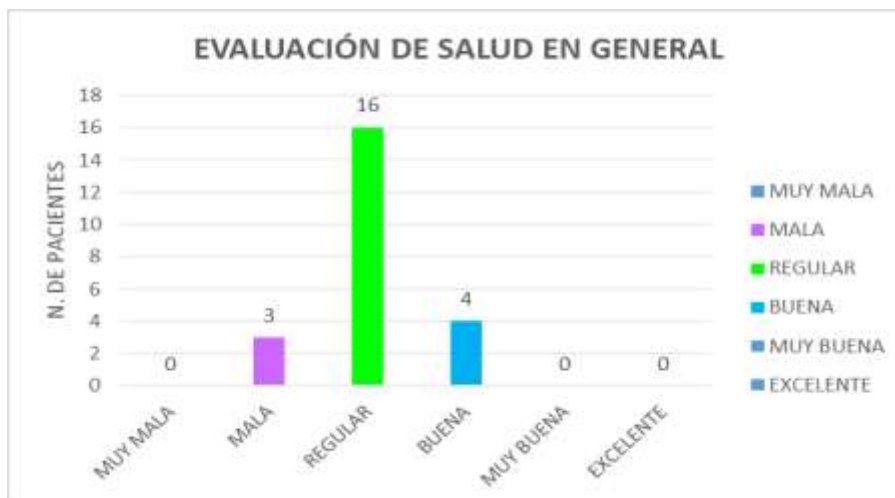


Figura 50.

4.2.16. RESULTADOS GENERALES DEL INCAVISA.

En el siguiente gráfico, se muestran los resultados obtenidos en cada una de las áreas de acuerdo a su calificación ordinal, en el cual se observa que aquellas de mayor deficiencia, son en cuanto a vida cotidiana y tiempo libre; cabe mencionar que se exceptúa el área de preocupaciones donde se obtuvo una puntuación baja debido a que el indicador es positivo de acuerdo a la interpretación de la prueba (Riveros, 2009), por lo tanto no se considera dentro de las áreas con deficiencia, y de manera general se muestra que la calidad de vida de los pacientes evaluados se reporta en un rango normal-alto (véase la fig. 51).

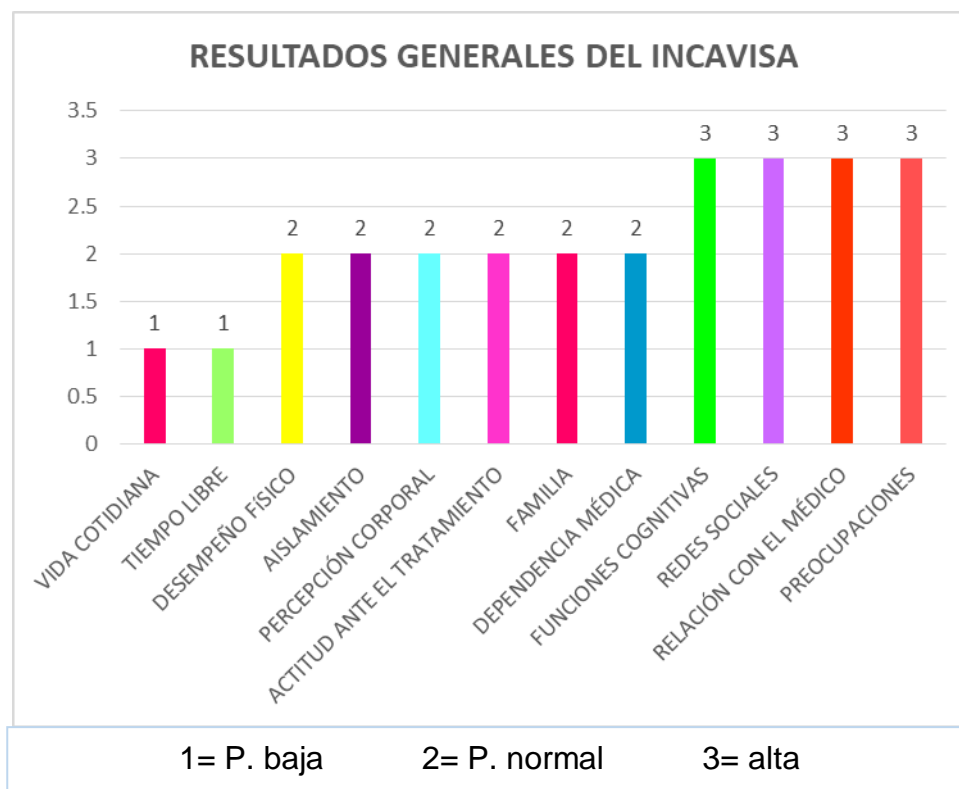


Figura 51.

4.2.17. RESULTADOS GENERALES DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA.

En este gráfico, se puede observar que más de la mitad de los pacientes en estudio llevan a cabo de manera adecuada el tratamiento

que el médico prescribe; sin embargo se muestra que la mayor dificultad de cumplimiento terapéutico de los pacientes es en cuanto a la toma de medicamentos, esto debido a factores como olvido y económicos (véase la fig.52).



Figura 52.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Abordar un tema tan complejo como la calidad de vida en los pacientes con IRC y su adherencia al tratamiento reviste una gran importancia por las aportaciones que pueden hacerse al respecto.

De acuerdo a los resultados obtenidos se procede a discutir los siguientes puntos:

En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró que la mayor parte de la población en estudio, está en un rango de edad entre 60 a 80 años, cabe mencionar que la edad avanzada es uno de los factores principales que incrementan la probabilidad de presentar IRC en este tipo de población como refiriere Martínez et al. (2014); la enfermedad se presentó mayormente entre la población de sexo masculino, sin embargo la IRC se presenta en ambos sexos.

El nivel de escolaridad de la población estudiada es principalmente de educación básica, la mayoría de los pacientes no cuenta con una ocupación debido a las limitantes propias de la enfermedad, por lo tanto cuentan con un ingreso tanto personal como familiar bajo, que lo vuelve un factor de susceptibilidad debido a los elevados costos que implica la enfermedad y a la comprensión de las indicaciones para el autocuidado del paciente siendo factores que impiden una adecuada adherencia terapéutica. La mayor parte de

los pacientes en estudio son casados y con hijos quienes les brindan apoyo y fomentan la adherencia al tratamiento (Riveros, 2009).

Cerca de la mitad de los pacientes en estudio realizan ejercicio se consideró un dato importante debido a que ayuda a los pacientes a tener un mayor estado de bienestar, tolerancia al tratamiento de diálisis y a reducir enfermedades cardiovasculares asociadas con la IRC como menciona Fayad, Escalona & Feraud (2005), por lo que es trascendental explicar a los pacientes que no lo practican los beneficios que se obtienen al llevarlo a cabo y así mismo motivarles a realizar una rutina de ejercicio adaptada a las capacidades físicas de cada paciente.

En cuanto a la calidad de vida de los pacientes en estudio de manera global se reportó como buena, resultado que se contrapone a los hallazgos encontrados por Mok y Tam (como se citó en Romero, Martínez, Makaiza, Guarín & Pérez, 2013) quienes mencionaban que la calidad de vida de los pacientes con IRC estaba significativamente deteriorada en todas sus áreas tanto a nivel físico, psicológico y social; cabe mencionar que se observó un deterioro considerable en áreas como tiempo libre y vida cotidiana debido a las implicaciones clínicas de enfermedad y del tratamiento.

Concerniente a la percepción de la salud en general, los pacientes manifestaron que su salud es regular a pesar de seguir los tratamientos prescritos de manera adecuada, cabe mencionar que la diálisis es un tratamiento sustitutivo de control por lo tanto existe la posibilidad de que el paciente presente síntomas desagradables o riesgos secundarios al tratamiento.

Con respecto a la adherencia terapéutica, de manera general los pacientes reportaron un adecuado seguimiento de instrucciones médicas, en

algunos casos se encontraron deficiencias en cuanto a la adherencia principalmente a la toma de medicamentos siendo los principales motivos de incumplimiento el factor económico y el olvido.

La actitud ante el tratamiento de la población evaluada se reportó dentro de un rango normal, sin embargo se esperaba que la puntuación estuviera dentro del puntaje alto ya que es un indicativo de que los pacientes comprenden del todo la importancia de seguir el tratamiento médico en el manejo de su salud, por otro lado el puntaje obtenido también puede implicar que recientan el tener que seguir un tratamiento médico a largo plazo, estar enfermos y por lo tanto no adoptar un papel activo en el cuidado de su salud y una adecuada adherencia terapéutica.

En cuanto a la dependencia médica el puntaje obtenido se encontró dentro del rango normal, más se esperaba se encontraran dentro del puntaje bajo que indicaría que los pacientes se reconocen como protagonistas de su condición son independientes y asumen responsablemente su tratamiento; no obstante la puntuación normal de igual forma puede implicar que los pacientes se encuentren en una actitud pasiva sobre el cuidado de su salud existiendo un desinterés hacia la comprensión de lo que ocurre respecto a su enfermedad volviendo a los pacientes únicamente como cumplidores del tratamiento pudiendo dejar parte de la responsabilidad de su salud sobre el sector médico.

Fue notorio que el síntoma que se presentó con mayor intensidad entre la población evaluada fueron los problemas visuales dato esperado que corresponde al patrón de la enfermedad, además se reportaron síntomas que aunque se percibieron con una intensidad moderada, se presentaron con mayor frecuencia entre los pacientes entre ellos: el mal olor, comezón y lesiones en la piel, dolores musculares y dolor de articulaciones pudiendo

estos 2 últimos afectar el desempeño físico de los pacientes que los padecieron.

Como último punto en relación a toxicomanías (alcohol y tabaco) fueron negadas por la mayoría de los pacientes; sin embargo existieron algunos casos en los que se presentó el consumo de alguna de las 2 sustancias siendo más alto el consumo de tabaco por el sexo masculino, afectando de manera significativa su salud en general. Es importante mencionar que el no seguir hábitos saludables y las recomendaciones médicas que ayuden a la nefroprotección, pueden llevar al paciente a un estadio final acortando así su esperanza de vida (Martínez et al. 2014).

Por lo anterior es indispensable mencionar que de acuerdo a los resultados no existe una relación entre a una mayor calidad de vida mayor adherencia terapéutica, debido a que los factores que engloba la calidad de vida a pesar de ser adecuados no son suficientes para determinar que un paciente se adhiera adecuadamente a su tratamiento, existen factores intrínsecos del mismo por ejemplo sus motivaciones, creencias y actitudes (Sanahuja, Villagrasa, Martínez, 2012) sobre las cuales recae el papel activo-adherente del paciente respecto a su enfermedad.

5.1 CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones obtenidas a partir de la realización del estudio a saber:

PRIMERA. La hipótesis que se planteó al principio de este proyecto de investigación no fue corroborada, debido a que los resultados muestran una adecuada calidad de vida y un adecuado seguimiento de instrucciones médicas, sin embargo los apartados de INCAVISA: actitud ante el tratamiento y dependencia médica no muestran una tendencia clara.

SEGUNDA. El objetivo general del estudio se logró debido a que se identificó el tipo de calidad de vida y adherencia terapéutica que tienen los pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis.

TERCERA. Los objetivos específicos se cumplieron ya que se identificaron las variables sociodemográficas de los pacientes con IRC, así mismo, se determinó su tipo de calidad de vida a partir de los datos proporcionados y se logró conocer la adherencia terapéutica de la población evaluada.

5.2 SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados en este estudio, para mejorar la calidad de vida de los pacientes con IRC, es necesario trabajar en áreas como: tiempo libre y vida cotidiana, que fueron las áreas en las cuales se encontraron mayores deficiencias.

Con respecto al tiempo libre, se deben buscar alternativas que fomenten actividades lúdicas en los pacientes e implementar el desarrollo de habilidades sociales, en este último es recomendable formar grupos de interacción social con pacientes IRC, para que compartan sus experiencias respecto su enfermedad, sus emociones y la manera en que la afrontan, así mismo se recomienda realizar actividades recreativas como juegos de mesa, círculos de lectura, manualidades y sesiones de relajación.

En relación a la vida cotidiana es recomendable que las familias, reintegren a los pacientes a las actividades diarias en el hogar, se sugiere promover aquellas tareas que sean sencillas y adecuadas a la capacidad física del paciente, además es indispensable fomentar el tiempo de recreación familiar, por lo que se recomienda tomar un tiempo para pláticas

familiares, juegos de mesa, realización de manualidades y salida a un lugar cercano en familia.

Finalmente en cuanto a la adherencia terapéutica es importante proporcionar información suficiente acerca de la importancia de llevar a cabo los tratamientos prescritos de manera adecuada, además pedir al paciente que lleve autorregistros en cuanto al cumplimiento de los tratamientos para evitar olvidos y confusiones.

Es imprescindible que las instituciones tanto públicas y privadas de salud, cuenten con personal especializado en el área de psicología, esto debido a que en los espacios de evaluación no se cuenta con atención psicológica para los pacientes de IRC. La importancia del personal radica en ayudar al paciente a hablar sobre sus motivos en la vida y sus objetivos, destacando el papel de la adecuada adherencia terapéutica y forjando un rol activo del paciente hacia su tratamiento médico y logro de metas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuña, L. y Hernández, A. (2011). *Efectos de la aplicación de la terapia de activación conductual sobre la actividad física y la percepción de satisfacción en tres pacientes con enfermedad renal crónica terminal*. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Psicología. Bogotá, Colombia. Citado el 21-05-2018. Obténgase en internet desde:

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/960/AcunaMorenoLinaMargarita2011.pdf?sequence=10>

Arenal, J. (2008) *Anatomía Aplicada, aparato genitourinario*. Citado el 12-11-2017. Obténgase en internet desde:

<http://www.iescarlosbousono.com/wordpress/wpcontent/uploads/2008/04/Aparato-Genitourinario.pdf>

Becoña, E. &, Vázquez, F. (1999). Promoción de los estilos de vida saludables: ¿realidad o utopía? *Revista de Psicología de la PUCP*, 17. Citado el 5-01-2018. Obténgase de internet desde:

[file:///C:/Users/tania/Downloads/DialnetPromocionDeLosEstilosDeVidaSaludables-4611602%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/tania/Downloads/DialnetPromocionDeLosEstilosDeVidaSaludables-4611602%20(2).pdf)

Botero, B. y Pico, M. (2007). *Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años*. Citado el 25-03-2018. Obténgase en internet desde:

<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>

Bustos, M. (2013). *El duelo* (Tesina de diplomado). Asociación Mexicana de Tanatología, Universidad Veracruzana. Citado el 03-03- 2018. Obténgase de internet desde:

<http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/216%20duelo.pdf>

Cassaretto, M. & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*, 24. Citado el 12-03-2018. Obténgase en internet desde:

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/775/7433>

Fayad, S., Escalona, R., Feraud, G. (2005). *El ejercicio físico en el tratamiento del enfermo con insuficiencia renal crónica (IRC)*. Citado el 23-02-2018. Obténgase en internet desde:

<http://revistas.um.es/cpd/article/viewFile/93391/89971>

Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud mental*, 34 (6). Citado el 3-09-2018. Obténgase en internet desde:

<http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3406/sm3406481.pdf>

Forero, J., Hurtado, Y., y Barrios, S. (2017). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal. *Enfermería nefrológica*, 20 (2). Citado el 30-04-2018. Obténgase en internet desde:

<http://www.redalyc.org/html/3598/359852392008/>

García, G., Pandya, S., Chávez, J. (2014). *Guía Completa para Pacientes Renales Cuide su Riñón. Información Integral Sobre la Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Renales*. Citado el 14-11-2017. Obténgase de internet desde:
http://www.revistanefrologia.com/contenidos/pdfs/Kidney_Book_In_Spanish.pdf

Goss, Ch. (1976). *Gray Anatomía*. Aparato urogenital. Ed. Salvat editores, S.A. 4ª ed. España. págs. 1215-1225.

Guerra, V., Díaz, A. y Vidal, K. (2010). La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica, *Revista cubana de enfermería*, 26 (2), 56-52. Citado el 18-04-2018. Obténgase en internet desde: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n2/enf07210.pdf>

Hidalgo, C. (1997). La Dimensión Psicológica de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y su tratamiento. *Psykhé*, 6 (1), 35-45. Citado el 10-03-2018. Obténgase en internet desde:
[file:///C:/Users/tania/Downloads/98-110-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/tania/Downloads/98-110-1-PB%20(1).pdf)

Ibarra, D. (2016). *Atención de enfermería en la calidad de vida de los usuarios sometidos a hemodiálisis en el hospital IESS Ambato*. (Tesis de pregrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato, Ecuador. Citado el 20-02-2018. Obténgase en internet desde:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/5064/1/PIUAENF012-2016.pdf>

Imagen *Componentes del sistema urinario*. Citado el 3-12-2017. Obténgase en internet desde: <https://www.slideserve.com/kyrie/sistema-renal>

Imagen *Nefrona*. Citada el 26-12-2017. Obténgase en internet desde:
<https://curiosoando.com/funcion-capsula-de-bowman>

Imagen *Pirámides renales*. Citado el 26-12-2017. Obténgase en internet desde:
<http://newsmasters.info/pir%E1mides-renales#>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2015). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo entidad federativa Hidalgo*. Citado el 18-11-2017. Obténgase en internet desde:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

Ira, S. (2014). *Estructura vascular del riñón*. Fisiología Humana, McGraw-Hill. Citado el 26-12-2017. Obténgase en internet desde:
<https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2163>

Martínez, A., Górriz, J., Bover, J., Segura, J., Cebollada, J., Escalada, J., Tranche, S. (2014). Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Revista Nefrología*, 34 (2). Citado el 28-12-2017. Obténgase en internet desde:
http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n2/documento_consenso.pdf

Miaja, M. y Moral, J. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10 (1), 109-130. Citado el 3-03-2018. Obténgase en internet desde:
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/41951/39953>

Ministerio de salud (2010). Guía clínica Diálisis peritoneal. *Serie de guías clínicas Minsal*. Santiago. Citado el 20-02-2018. Obténgase en internet desde:

<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wpcontent/uploads/2016/04/Di%C3%A1lisis-Peritoneal.pdf>

Morrison, V., y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud. ¿Qué es la salud?*, Ed. Pearson Prentice Hall, 1ª ed. España. págs. 4-9.

Nava, A. (2009). *Elementos a considerar en la motivación de personal en las bibliotecas* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Bibliotecología, Ciudad de México. Citado el 18-04-2018. Obténgase en internet desde:

<http://www.filos.unam.mx/LICENCIATURA/bibliotecologia/textos-apoyo-docencia/nava-olmos-anastasia.pdf>

Netter, F. (2011). *Riñones topografía*. Atlas de Anatomía Humana. 5ª ed. Barcelona, España: Elsevier, Masson. Citado el 30-11-2017. Obténgase en internet desde:

<https://es.slideshare.net/Fabylex/riones-y-urteres>

Oblitas, A. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de psicología de Lima*, 26 (2). Citado el 20-11-2017. Obténgase en internet desde:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S025492472008000200002

Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Citado el 14-05-2018. Obténgase en internet desde:

<http://www.amro.who.int/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062>.

Orozco, A. y Castiblanco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista colombiana de psicología*, 24 (1). Citado el 20-11-2017. Obténgase en internet desde:

<http://www.redalyc.org/pdf/804/80438019013.pdf>

Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual. Insuficiencia Renal Crónica*. Ed. El Manual Moderno S.A. Págs.170-172.

Riveros, A., Sánchez, J. y Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud*. Ed. El Manual Moderno S.A de C.V. México.

Romero, E., Martínez, B., Makaiza, E. Guarín, A. y Pérez, J. (2013). Afrontamiento y adaptación de pacientes en Hemodiálisis y Diálisis. *Avances en enfermería*, 31 (1), 32-41. Citado el 02-04-2018. Obténgase en internet desde:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42172/46024>

Sanahuja, M., Villagrasa, V., Martínez, F. (2012). Adherencia terapéutica. *Pharm Care*, 14 (4), 162-167. Citado el 14-07-2018. Obténgase en internet desde:

<http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/84/78>.

Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud. Manejo de enfermedades crónicas y terminales*. 6a ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana. Págs. 285-313.

Torres, R. (2012). Del impacto en la calidad de vida como consecuencia de la enfermedad, los instrumentos de medición y otras reflexiones. *Revista CES Salud Publica*, 3 (1). Citado el 5-05-2018. Obténgase en internet desde:

<file:///C:/Users/Vinicio/Downloads/DialnetDelImpactoEnLaCalidadDeVidaComoConsecuenciaDeLaEnf-3977659.pdf>

Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J., *Estrategias de afrontamiento*. Citado el 28-03-2018. Obténgase en internet desde:

<http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>

Venado, A., Moreno, J., Rodríguez, M., y López, M., (2009). *Insuficiencia renal crónica*. Citado el 02-12-2017. Obténgase en internet desde:

http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf

ANEXOS

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN
EN INVESTIGACIÓN:**

Título de la investigación: ***Calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis.***

Esta investigación se realiza con la finalidad de conocer el tipo de calidad de vida y adherencia terapéutica de los pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis, para que de acuerdo con los resultados obtenidos se propongan estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida del paciente.

Pachuca de Soto, Hidalgo a _____ del 2018.

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos y procedimientos de evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación, autorizo a Tania García García, alumna de la Universidad Humanista Hidalgo de Pachuca, para la aplicación de los siguientes cuestionarios a mi persona:

1. Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA).
2. Encuesta sobre datos sociodemográficos generales y adherencia terapéutica.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar la calidad de vida y la adherencia terapéutica de pacientes con condiciones clínicas similares a las mías.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

FIRMA

ENCUESTA

1.-Clave del sujeto (número):_____

2.-Estado civil:

Soltero (1) Casado (2) Divorciado/separado (3) Unión libre (4) Viudo (5)

3.- ¿Tiene hijos?

Si (1) No (2)

4.- ¿Tiene creencias religiosas?

Si (1) No (2)

5.- ¿A qué religión están asociadas sus creencias?

Ninguna (1) Católica (2) Cristiana (3) Otra:_____

6.-¿Hace ejercicio?

Si (1) No (2)

7.- ¿Fuma?

Si (1) No (2)

8.- ¿Bebe alcohol?

Si (1) No (2)

9.- ¿Hace cuánto tiempo usted está en tratamiento de diálisis?

10.- ¿Cuántas veces al día se tiene que dializar?_____

11.- ¿Tiene alguna persona que le ayude en el procedimiento?

Si (1) No (2)

12.- ¿Realiza sus diálisis en tiempo y forma como el medico lo ha prescrito?

Si (1) No (2)

13.- ¿En algún momento ha suspendido sus diálisis?

Si (1) No (2)

14.- ¿Por qué motivo suspendió su diálisis?

Económico (1) Falta de tiempo (2) Falta de apoyo (3) Olvido (4)

Efectos secundarios (5) Otra ¿Cuál?: _____

15.- ¿Lleva a cabo las dietas prescritas de manera adecuada (control de líquidos y alimentos)?

Si (1) No (2)

16.- ¿Toma sus medicamentos en el horario indicado?

Si (1) No (2)

17.- ¿Alguna vez ha suspendido sus medicamentos?

Si (1) No (2)

18.- ¿Por qué motivo?

Económico (1)

Olvido (2)

Efectos secundarios (3)

Otra ¿Cuál?: _____

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaViSa)

IMP
84-2

Dra. Angélica Riveros Rosas
Juan José Sánchez-Sosa, PhD
Mark del Águila, PhD



INSTRUCCIONES

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

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

EJEMPLO

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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



Manual Moderno®
S.A. de C.V.
Edificio El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Soques 28, Col. Hipódromo, México,
México, D.F.

Tel: 576 657 446 0122 (Citas completas)
Tel: 576 657 446 0146 (Cafeterías)

Ninguna parte de este cuestionario puede ser reproducida, almacenada en internet o en forma electrónica o mecánica, por otro medio electrónico, mecánico, fotográfico, magnético, o cualquier otro sistema de almacenamiento de información, sin el consentimiento escrito de la Editorial.

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante las últimas dos semanas, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones pero sólo en los últimos quince días.

1. Creo que si me cuido mi salud mejorará.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

PREOCUPACIONES

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

5. Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo por mi enfermedad.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

DESEMPEÑO FÍSICO

7. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

8. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

10. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

ASLAMIENTO

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

12. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

13. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

14. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

PERCEPCIÓN CORPORAL

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

17. Me da pena mi cuerpo.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

FUNCIONES COGNITIVAS

19. Se me olvida en dónde puse las cosas.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

20. Se me olvidan los nombres.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

21. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

22. Tengo problemas con mi memoria.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

23. Me fastidia tomar tantas medicinas.



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



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



26. Me siento incómodo(a) con mi médico.



Durante las últimas 2 semanas...

FAMILIA

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



28. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.



29. Mi familia me comprende y me apoya.



30. Mi familia cuida mis sentimientos.



Durante las últimas 2 semanas...

TIEMPO LIBRE.

31. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

32. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

33. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

VIDA COTIDIANA.

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

DEPENDENCIA MÉDICA.

39. Espero que el médico cure todos mis síntomas.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

40. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

RELACIÓN CON EL MÉDICO.

43. Disfruto asistir al médico.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

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

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

46. Necesito atención médica constantemente.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

REDES SOCIALES

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



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



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



50. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.



BIENESTAR Y SALUD

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

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



La Peor
calidad de vida
posible

La Mejor
calidad de vida
posible

Tan mala o peor
que estar muerto(a)

BIENESTAR Y SALUD

52. Mi salud en general es...

.....
 Muy Mala Mala Regular Buena Muy Buena Excelente

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

.....
 Muy Mala Mala Regular Buena Muy Buena Excelente

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

NO SI, por favor describa: _____

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

NO SI, por favor describa: _____

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

COMENTARIOS GENERALES

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

**HOJA DE PERFIL
INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD
(InCaViSa)**

Nombre _____

Edad _____

Tiempo desde el inicio del padecimiento _____

Padecimiento _____

Calificación percentilar en C.V.

	Puntuación total	Muy alta	Alta	Baja	Muy baja
Preocupaciones		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desempeño físico		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aislamiento		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percepción corporal		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funciones cognitivas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud ante el tratamiento		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiempo libre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida cotidiana		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familia		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes sociales		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependencia médica		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación con el médico		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Notas:



IDENTIFICACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1.	Riñones topografía.....	16
Figura 2.	Componentes del sistema urinario.....	18
Figura 3.	Pirámides renales.....	19
Figura 4.	Estructura vascular del riñón.....	20
Figura 5.	Nefrona.....	21
Tabla 1.	Etapas de la nefropatía crónica.....	28
Figura 6.	Pirámide de Maslow.....	50
Figura 7.	Dimensiones.....	59
Figura 8.	Áreas de adherencia en IRC.....	62
Figura 9.	Rango de edad.....	74
Figura 10.	Cantidad de hombres y mujeres.....	75
Figura 11.	Con quién vive.....	76
Figura 12.	Escolaridad.....	76
Figura 13.	Ocupaciones.....	77
Figura 14.	Porcentaje de ocupación.....	77
Figura 15.	Porcentaje de pacientes que tienen ingresos personales.....	78
Figura 16.	Ingresos personales.....	78
Figura 17.	Porcentaje de ingresos familiares.....	79
Figura 18.	Ingresos familiares.....	79
Figura 19.	Estado civil.....	80
Figura 20.	Hijos.....	80
Figura 21.	Religión.....	81
Figura 22.	Hacen ejercicio.....	81
Figura 23.	Relación entre consumo de alcohol y tabaco.....	82
Figura 24.	Relación de hombres y mujeres que fuman.....	82
Figura 25.	Relación de hombres y mujeres que beben.....	83
Figura 26.	Tiempo de tratamiento en diálisis.....	83

Figura 27.	Frecuencia de la diálisis en los pacientes.....	84
Figura 28.	Suspensión de la diálisis.....	85
Figura 29.	Motivos de suspensión de la diálisis.....	86
Figura 30.	Dietas prescritas llevadas a cabo de manera adecuada.....	86
Figura 31.	Toma de medicamento en el horario indicado.....	87
Figura 32.	Suspensión de medicamento.....	88
Figura 33.	Motivos de suspensión de medicamentos.....	88
Figura 34.	Preocupaciones.....	89
Tabla 2.	Clasificación ordinal de las puntuaciones del área de preocupaciones.....	90
Tabla 3.	Clasificación ordinal de puntuaciones del área de desempeño físico.....	90
Tabla 4.	Clasificación ordinal de puntuaciones del área de aislamiento.....	91
Figura 35.	Percepción corporal.....	92
Tabla 5.	Clasificación ordinal de puntuaciones del área de percepción corporal.....	92
Figura 36.	Funciones cognitivas.....	93
Tabla 6.	Clasificación ordinal de puntuaciones del área de funciones cognitivas.....	93
Figura 37.	Actitud ante el tratamiento.....	94
Tabla 7.	Clasificación ordinal de puntuaciones del área de actitud ante el tratamiento.....	94
Figura 38.	Tiempo libre.....	95
Tabla 8.	Clasificación ordinal de puntuaciones del área de tiempo libre.....	96
Figura 39.	Vida cotidiana.....	96
Tabla 9.	Clasificación ordinal de puntuaciones del área de vida cotidiana.....	97
Figura 40.	Familia.....	97

Tabla 10.	Clasificación ordinal de puntuaciones del área de familia.....	98
Figura 41.	Redes sociales.....	98
Tabla 11.	Clasificación ordinal de puntuaciones del área de redes sociales.....	99
Figura 42.	Dependencia médica.....	100
Tabla 12.	Clasificación ordinal de puntuaciones del área de dependencia médica.....	100
Figura 43.	Relación con el médico.....	101
Tabla 13.	Clasificación ordinal de puntuaciones del área de relación con el médico.....	101
Figura 44.	Evaluación de la calidad de vida.....	102
Tabla 14.	Intensidad de los síntomas.....	104
Figura 50.	Evaluación de salud en general.....	105
Figura 51.	Resultados generales del INCAVISA.....	106
Figura 52.	Resultados generales de la adherencia.....	107