



Universidad
Nacional
de Loja

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Calidad de vida y malestar psicológico en pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, periodo 2022.

Trabajo de Integración Curricular
previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica

AUTORA:

Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación

DIRECTORA:

Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda

LOJA-ECUADOR

2022

CERTIFICACIÓN



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

FECHA: 12 de septiembre del 2022

DE: Psicóloga Clínica Vanessa Romina Pineda Rojas Mg. Sc. DIRECTOR/A DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

PARA: Dra. Ana Catalina Puentes Azanza. DIRECTOR/A DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de Integración curricular del tema: **CALIDAD DE VIDA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2022.** de la autoría de **Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de Integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.



VANESSA
ROMINA PINEDA
ROJAS

Psí. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas Mgs.

AUTORÍA

AUTORÍA

Yo, Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma: _____



Cédula de Identidad: 1150602611

Fecha: 16 de septiembre del 2022.

Dirección: Loja, Sevilla de Oro, calles Epiclachima y José Antonio Eguiguren

Correo electrónico: jhoselyn.medina@unl.edu.ec

Teléfono: 0984241108

AUTORIZACIÓN DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

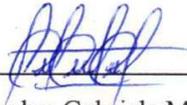
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TITULACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA DE PRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN DE TEXTO COMPLETO

Yo, **Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación**, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular titulado **CALIDAD DE VIDA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2022**, como requisito para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 16 días del mes de septiembre del dos mil veinte y dos.

Firma:  _____

Autora: Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación

Cédula de identidad: 1150602611

Dirección: Loja, Sevilla de Oro, calles Epiclachima y José Antonio Eguiguren

Correo electrónico: jhoselyn.medina@unl.edu.ec

Teléfono: 0984241108

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director del Trabajo de Integración Curricular: Psi. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas, Mg. Sc.

Tribunal de grado: Presidenta: Dra. Ana Puertas Contreras. Mg. Sc.
Primera Vocal: Psi. Cl. Cindy Cuenca Sánchez. Mg. Sc.
Segundo Vocal: Psi. Cl. Marco Sánchez Salinas. Mg. Sc.

DEDICATORIA

A mi madre mi querida “Marito”, aquella mujer guerrera quien se lleva toda mi admiración, a mis papitos Amada y Lorgio, a mis hermanas Lizeth y Nathaly y a mi padre Pepe, quienes han aportado significativamente en cada uno de los logros y etapas de mi vida, por estar en cada una de mis luchas, esto va por ustedes por ser mi poyo y fortaleza.

Y a mis estimados “Bebesaurios”, amigos que me dejo la universidad, por siempre estar, por su compañía, lealtad y por todos y cada uno de los momentos compartidos, que sin duda son memorables.

Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación.

AGRADECIMIENTO

Mi eterna gratitud al personal administrativo y auxiliar de la carrera de Psicología Clínica, de la Universidad Nacional de Loja, quienes han brindado las herramientas necesarias para poder llegar hasta estas instancias, gracias por sus enseñanzas, por su paciencia, apoyo y dedicación.

A cada uno de los pacientes de la Unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, por su acogida, su confianza y participación en la realización del presente trabajo.

Agradezco de manera especial la Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas, quien ha sido mi guía para el desarrollo de la presente investigación.

Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación.

INDICE

PORTADA	I
CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
AUTORIZACIÓN DEL AUTOR	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
INDICE	VII
ÍNDICE DE TABLAS	XI
ÍNDICE DE ANEXOS	XII
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
2.1 ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1. CAPÍTULO 1	6
4.1.1. <i>Calidad De Vida</i>	6
4.1.1.1. Aproximación Histórica.	6
4.1.1.2. Definición.....	7
4.1.1.3. Dimensiones De La Calidad De Vida.	7
4.1.1.3.1. Bienestar Emocional (BE).....	8
4.1.1.3.2. Relaciones Interpersonales (RI).	8
4.1.1.3.3. Bienestar Material (BM).	8
4.1.1.3.4. Desarrollo Personal (DP).	8
4.1.1.3.5. Bienestar Físico (BF).	8
4.1.1.3.6. Autodeterminación (AU).....	8

4.1.1.3.7. Inclusión Social (IS):.....	9
4.1.1.3.8. Derechos (DE).....	9
4.1.1.4. Modelos Y Enfoques.....	9
4.1.1.5. Instrumentos De Evaluación.	11
4.1.1.6. Instrumento De Evaluación De Calidad De Vida.	13
4.1.1.6.1. Cuestionario De Calidad De Vida SF-36.	13
4.2. CAPITULO II	15
4.2.1. <i>Malestar Psicológico</i>	15
4.2.1.1. Definición.....	15
4.2.1.2. Malestar Psicológico Y Sus Implicaciones.	15
4.2.1.2.1. Trastorno De Ansiedad Por Enfermedad.	15
4.2.1.2.2. Trastorno De Depresión Mayo.....	16
4.2.1.2.3. Trastorno Depresivo Debido A Otra Afección Médica.....	18
4.2.1.2.4. Trastorno Del Sueño-Vigilia.	19
4.2.1.3. Herramientas para el abordaje del malestar Psicológico.....	20
4.2.1.3.1. Herramientas Básicas.	20
4.2.1.3.2. Otras formas estructuradas de soporte psicológico.	23
4.2.1.3.3. Medicina Narrativa.....	24
4.2.1.3.4. Indicación De No-Tratamiento.....	25
4.2.1.3.5. Prescripción Social.....	26
4.2.1.3.6 Intervenciones grupales y grupos terapéuticos.....	28
4.2.1.4. Instrumento De Evaluación Del Malestar Psicológico.....	30
4.2.1.4.1. Listado De Síntomas Breves LSB-50.....	30
4.3. CAPITULO III.....	32
4.3.1. <i>Enfermedades Renales</i>	32
4.3.1.1. Insuficiencia Renal Aguda.	32
4.3.1.1.1. Tratamiento.	32
4.3.1.2. Insuficiencia Renal Crónica (Chronic Renal Disease, CRD).....	33
4.3.1.2.1. Diálisis En El Tratamiento De La Insuficiencia Renal	33
4.3.1.2.2. Opciones Terapéuticas Para Los Pacientes En ESRD.	34
4.3.1.2.3. Hemodiálisis.....	35

4.3.1.2.4. Diálisis Peritoneal	36
4.3.1.3. Trasplante En El Tratamiento De La Insuficiencia Renal.....	36
5. METODOLOGÍA	38
5.1. ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	38
5.1.1. <i>Tipo De Investigación</i>	38
5.2. ÁREA DE ESTUDIO	38
5.2.1. <i>Población</i>	38
5.2.2. <i>Muestra</i>	39
5.2.2.1 Criterios De Inclusión	40
5.2.2.2 Criterios De Exclusión	40
5.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
5.3.1. <i>Encuestas:</i>	41
5.3.2. <i>Cuestionario De Variables Sociodemográficas</i>	41
5.3.3. <i>Cuestionario De Calidad De Vida Sf-36</i>	41
5.3.4 <i>Listado de Síntomas Breves (LSB.50)</i>	45
5.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	47
5.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO	47
5.6. PROCEDIMIENTO POR OBJETIVOS	48
6. RESULTADOS.....	50
6.1. CALIDAD DE VIDA	50
6.2. MALESTAR PSICOLÓGICO	52
6.3. RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y MALESTAR PSICOLÓGICO	53
6.4. DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN	54
6.4.1. <i>Título del programa de prevención</i>	55
6.4.2. <i>Presentación</i>	55
6.4.3. <i>Objetivo general:</i>	56
6.4.4. <i>Objetivos Específicos</i>	56
6.4.5. <i>Metodología</i>	56
7. DISCUSIÓN.....	70
8. CONCLUSIONES.....	73

9. RECOMENDACIONES	74
10. BIBLIOGRAFÍA	75
11. ANEXOS	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Sexo de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis	39
Tabla 2 Edad de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis	39
Tabla 3 Años de tratamiento de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis	40
Tabla 4 Dimensión rol físico de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis	50
Tabla 5 Dimensión salud general de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis.....	50
Tabla 6 Dimensión vitalidad de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis.....	51
Tabla 7 Dimensión rol emocional de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis.....	51
Tabla 8 Calidad de vida de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis	52
Tabla 9 Niveles de psicopatología de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis	52
Tabla 10 Niveles de psicopatología de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis	53
Tabla 11 Dimensión de minimización de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis	53
Tabla 12 Tabla de normalidad.....	54
Tabla 13 Calidad de vida y malestar psicológico en pacientes de hemodiálisis.	54

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Apertura A La Institución De Estudio	79
Anexo 2. Registro De Asistencia.....	80
Anexo 3. Ficha Sociodemográfica	83
Anexo 4. Consentimiento Informado.....	84
Anexo 5. Cuestionario De Calidad De Vida SF-36.....	85
Anexo 6. Listado De Síntomas Breves Lsb-50	89
Anexo 7. Normas De Convivencia.....	92
Anexo 8. Cuestionario De Satisfacción	93
Anexo 9. Certificado De Abstract	94
Anexo 10. Informe De Estructura Y Coherencia Del Proyecto	95
Anexo 11. Designación De Director De Trabajo De Integración Curricular.	96

1. TÍTULO

Calidad de vida y malestar psicológico en pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, periodo 2022.

2. RESUMEN

La enfermedad renal crónica (ERC) y el tratamiento de hemodiálisis, acarrear consigo varios cambios tanto a nivel físico, y a nivel mental, tales como cansancio, estrés, ansiedad angustia, depresión, entre otros; por otro lado, la modificación de sus hábitos cotidianos, como recibir tratamiento médicos, cambio de rutinas, y tener que adaptarse a ellos; pueden considerarse factores de cierta manera repercuten en la calidad de vida del individuo y puede ser un posible desencadenante para que se produzca un malestar psicológico, convirtiéndose en una problemática de salud pública. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la calidad de vida, y el malestar psicológico en pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, periodo 2022, el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de carácter no experimental, de corte transversal y de campo, así como también fue de tipo descriptivo y correlacional, el mismo que contó con la participación de 59 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. Para la recolección de datos se aplicaron dos reactivos psicológicos; el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y El Listado de Síntomas Breves (LSB-50), los cuales reflejaron un nivel de calidad de vida regular y la ausencia de malestar psicológico, por lo que se concluyó que no existe relación entre las variables establecidas, sin embargo, por considerarse una población de riesgo se ha diseñado un plan de intervención de carácter preventivo enfocado en la psicoeducación y prevención de malestar psicológico.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica (ERC), hemodiálisis, calidad de vida, malestar psicológico, malestar emocional.

2.1 ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) and hemodialysis treatment entail several changes as well as physically and mentally, such as fatigue, stress, anxiety, depression, among others; on the other hand, the modification of their daily habits, such as receiving medical treatments, change of routines, and having to adapt to them, can be considered factors that can affect the quality of life of the individual and can be a possible trigger for psychological distress, becoming a public health problem. The main objective of this investigation work was to determine the relationship between quality of life and psychological distress in patients receiving treatment in the Hemodialysis Isidro Ayora Hospital, period 2022. The study had a quantitative approach, non-experimental, cross-sectional and field, as well as descriptive and correlational, with the participation of 59 patients of the Hemodialysis Unit. For data collection, two psychological reagents were applied; the Quality of Life Questionnaire SF-36 and the List of Brief Symptoms (LSB-50), which reflected a regular level of quality of life and the absence of psychological distress, so it was concluded that there is no relationship between the variables established, however, because it is considered a population at risk, a preventive intervention plan focused on psychoeducation and prevention of psychological distress has been designed.

Key words: Chronic kidney disease (CKD), hemodialysis, quality of life, psychological distress, emotional distress.

3. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (1994) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. A nivel mundial aproximadamente el 10% de la población padece de enfermedad crónica renal, y se encuentra bajo tratamiento, ya sea de diálisis, hemodiálisis o trasplante de riñón. (OPS/OMS, 2018).

La hemodiálisis es un procedimiento altamente invasivo, los pacientes que reciben este tipo de tratamiento tienen riesgo de desarrollar varios tipos de complicaciones relacionadas con el mismo, observándose cambios físicos y químicos, hidrólisis, cambios ácido-base y hemodinámicos. La ocurrencia de complicaciones afecta el estado físico, psicológico y social del individuo, pudiendo repercutir y afectar su calidad de vida (Cueva et al., 2017).

Según Enrique (2020) la hemodiálisis como un evento vital, asume un cambio negativo e inesperado, que a menudo conlleva problemas psicológicos y de comportamiento. Los cambios psicosociales y biológicos relacionados con el tratamiento en la unidad de hemodiálisis aumentan el riesgo de desarrollar alteraciones emocionales y son posibles desencadenantes del malestar psicológico.

La salud mental está expuesta a diversos factores, tales como sociales, ambientales, la economía, la salud física, entre otros, pudiendo estos ser considerados principales y grandes factores que de alguna manera afectan e influyen en un estado de equilibrio que sería el adecuado para lograr un bienestar general.

Debido a los altos porcentajes de prevalencia de enfermedad renal crónica a nivel mundial, y tomando en consideración los cambios que ésta produce, resulta el interés particular de indagar sobre este tema, considerando además las limitaciones del presente, debido a la poca existencia tanto a nivel nacional como a nivel internacional de estudios que abarcan las variables planteadas, mismas que pueden brindar importantes aportes a estudios futuros, como servir de base o ampliar el interés a variables que permitan explorar el tema de estudio en su amplio contexto, la presente investigación tiene como objetivo general determinar la relación entre la calidad de vida, y el malestar psicológico en pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, periodo 2022,

Así también sus objetivos específicos son valorar la calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora mediante el

Cuestionario SF-36; Evaluar el malestar psicológico en pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora a través del Listado de síntomas Breves (LSB-50), y finalmente el diseño de un plan de intervención psicológico en pacientes en tratamiento de la Unidad de Hemodiálisis con la finalidad de prevenir la aparición de malestar psicológico.

La presente investigación se estructuró en un marco teórico conformado por 3 capítulos, en los cuales se exponen a continuación las principales temáticas. En el primer capítulo “Calidad de Vida” se detalla conceptualización, aproximación histórica, modelos y enfoques y su instrumento de evaluación. El segundo capítulo “Malestar Psicológico” abarca su definición, sus implicaciones, herramientas para su abordaje y el instrumento utilizado para su evaluación, y el tercer capítulo “Enfermedades Renales” engloba la Insuficiencia renal aguda con su tratamiento, la insuficiencia renal crónica, diálisis, opciones terapéuticas, hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante en el tratamiento de la insuficiencia renal.

Es interesante, por lo tanto, determinar ¿Cuál es la relación entre calidad de vida y el malestar psicológico de los pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, periodo 2022?

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Capítulo 1

4.1.1. *Calidad De Vida*

4.1.1.1. **Aproximación Histórica.**

El término calidad de vida surge a mediados de los años 70, teniendo su origen en la medicina, expandiéndose luego a la sociología y a la psicología, debido a que es un término relativamente nuevo, resulta difícil hablar de un enfoque histórico, ya que no se han encontrado referencias bibliográficas respecto al mismo por lo que resulta indispensable utilizar terminología relacionada como por ejemplo salud, bienestar, satisfacción; para poder reflejar un poco de su historia

Su desarrollo tiene dos fases bien definidas. La primera herramienta nació con las primeras civilizaciones, duró prácticamente hasta finales del siglo XVIII y se ocupaba principalmente de la salud pública y privada. El segundo proceso aparece con el desarrollo del concepto moderno de “Estado”, y la aprobación de una serie de leyes que garantizan los derechos y el bienestar social de los ciudadanos, proceso muy moderno que converge con el surgimiento del “Estado de bienestar” (Harris, 1990).

La preocupación por el sujeto nace de las civilizaciones egipcia, hebrea, griega y romana atendiendo a los factores de higiene personal y alimenticia, se considera a la salud como la existencia de un espacio público y comunitario en el que la vida social pueda florecer sin riesgos significativos.

En la Inglaterra se inician las primeras normas legales sobre salud pública, posteriormente en Francia, Alemania e Italia quienes se interesaron por el estudio de la contaminación del agua, la situación nutricional en los mercados, alcantarillado, pavimentación y limpieza de las calles (García, 1991 como se citó en Buela 1996).

El concepto de salud pública en el cual la salud y el bienestar social se encuentran estrechamente relacionados nace con el Informe Chadwick (1842) en Gran Bretaña y el Informe Statu (1850) en los Estados Unidos, mismos que analizan como un todo a la salud pública, englobando las condiciones de trabajo, la alimentación y nutrición, la mortalidad y la esperanza

de vida, la educación, las condiciones de habitar, además de la vida de las diferentes clases sociales (Piédrola, 1991).

Desde la Segunda Guerra Mundial, la creación de democracias parlamentarias y el establecimiento de una economía de mercado han facilitado un desarrollo económico sin precedentes. Si bien la iniciativa privada ha permitido crear un importante capital personal y familiar, el concepto de justicia social y distributiva y el establecimiento de un sistema tributario han permitido crear bienes tanto colectivos como públicos para uso de la sociedad. En este contexto, la calidad de vida está ligada al desarrollo económico, la formación de mercados de consumo y la compra de materiales y bienes privados y públicos.

Un posible error es vincular la calidad de vida al componente económico, dejando de lado aspectos cualitativos del concepto. Por ende, se debe considerar que ni la riqueza social o el consumo implican que la calidad de vida, ni el bienestar material y económico, se equiparen con la felicidad subjetiva, la satisfacción con la vida y la sensación de bienestar.

A lo largo de su historia, el concepto de calidad de vida ha destacado por su constante expansión. En resumen, se puede considerar que, si en un principio se trata solo del cuidado de la salud personal, luego se convierte en un problema de salud e higiene pública, y posteriormente se amplía a los derechos humanos, el trabajo y la ciudadanía, continuando con el acceso a los bienes económicos y, finalmente, se convierte en una preocupación sobre la experiencia de una persona con la vida social, así como también el desempeño diario y el bienestar. Tornándose así el concepto y volviéndose más rico, más complejo y también más frágil.

4.1.1.2. Definición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), la concepción del ser humano acerca del lugar que ocupa en la vida, considerando su entorno cultural como los valores que le han sido inculcados, mismos que se relacionan con sus objetivos, perspectivas, normas e intereses. Dicho concepto abarca y es moldeado por la salud física del individuo, su salud mental, sus niveles de independencia, sus relaciones con los demás así como con el entorno que lo rodea.

4.1.1.3. Dimensiones De La Calidad De Vida.

Schallock y Verdugo, (2002), clasifican la calidad de vida en 8 dimensiones centrales:

4.1.1.3.1. Bienestar Emocional (BE).

Indica sentirse tranquilo, seguro, libre de estrés y sin preocupaciones. Se evalúa mediante los siguientes indicadores: satisfacción, autoestima, falta de presión o sentimientos negativos.

4.1.1.3.2. Relaciones Interpersonales (RI).

Relaciones con diferentes personas, establecer buenas relaciones, (vecinos, compañeros, etc.). Se mide por los siguientes indicadores: relaciones sociales, amigos bien definidos, relaciones familiares, conexiones sociales, relaciones positivas y gratificantes y género.

4.1.1.3.3. Bienestar Material (BM).

Contar con suficiente dinero para adquirir las cosas que necesita y quiere, contar con un hogar y un lugar de trabajo que satisfacen sus necesidades. Los indicadores a evaluar son: vivienda, lugar de trabajo, salarios (jubilación, ingresos), activos (riqueza material), ahorros (o acceso a pasiones).

4.1.1.3.4. Desarrollo Personal (DP).

Hace referencia a la oportunidad de aprender cosas nuevas y diferentes, adquirir conocimientos y crecer personalmente. Se mide utilizando los siguientes indicadores: limitaciones/competencias, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y habilidades laborales. Habilidades (habilidades interpersonales, conducta adaptativa, comunicación).

4.1.1.3.5. Bienestar Físico (BF).

Gozar de buena salud, plena fuerza física y hábitos alimenticios saludables. Las indicaciones incluyen: cuidado de la salud, sueño, salud y sus cambios, actividades de la vida diaria, acceso a soporte técnico y alimentación.

4.1.1.3.6. Autodeterminación (AU).

Destaca la autonomía de la persona, se refiere a la toma de tus propias decisiones y la capacidad de elegir lo que se quiere, cómo se quiere, es decir elegir en aspectos de su vida, como el trabajo, tiempo libre, lugar de vivienda y las personas con quien compartir. Los indicadores en base a los cuales se evalúan son: metas personales, preferencias, decisiones, autonomía y elección.

4.1.1.3.7. Inclusión Social (IS):

Acudir, a diferentes lugares de la ciudad o barrio para compartir, convivir e incluirse como si fuese uno más, no excluirse de la sociedad, integrarse, contar con el apoyo de otras personas. Se evalúa según los siguientes indicadores: integración, participación, accesibilidad y apoyos.

4.1.1.3.8. Derechos (DE).

Ser tratados como los demás, ser tratados como iguales, con respeto su forma de vida, sus deseos, sus opiniones, su intimidad y todo aquello que abarca sus derechos como individuo. Los indicadores para medir esta dimensión son: intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos

4.1.1.4. Modelos Y Enfoques.

Se han propuesto varios modelos que aportan a la interpretación global del término calidad de vida, siendo así que Lawton (2001), desarrolló un modelo ecológico el cual se enmarca en 4 diferentes tipos de calidad de vida, los cuales son:

Calidad de Vida Física: referida a todo aquello que se asocia de manera directa con lo concerniente al tema biológico, mismo que a su vez se encuentra determinado por su grado de salud, existencia, niveles de dolor y presencia o ausencia de sintomatología o delimitaciones, sean estas de carácter funcional y/o cognitivo.

Calidad de Vida Social: incluye una sucesión de indicadores relativamente objetivos que van de la mano de sus relaciones individuales con el mundo exterior. Dentro de estos indicadores se encuentran el tamaño y extensión de la red social, cuán grande o corto es su círculo social, así como la frecuencia de las comunicaciones, el hecho de expresarlas o por otro lado anularlas, además de los niveles de participación del individuo en las actividades con los demás.

Calidad de Vida Percibida: representa lo percibido por el sujeto acerca de su calidad de vida, es decir el lugar que el individuo considera que ocupa dentro de un mismo plano, en la que evalúa, sus relaciones, tanto a nivel familiar, como con sus amistades; su tiempo, la seguridad económica, respecto a los recursos que posee y la calidad de estos, como se están dando y el valor que aportan a su vida.

Calidad de Vida Psicológica: incluye aspectos emocionales del individuo, como los niveles y muestras de afectos, estado anímico, necesidades personales y todas aquellas diversas perspectivas que posee, mismos que repercuten de manera general en la consideración de calidad de vida a modo general, incluyendo en estas la dinámica y motivación que él individuo aporta a su diario vivir. (Schulz y Heckhausen, 1996).

De la misma manera Schalock y Verdugo (2003) también adoptan un enfoque ecológico de calidad de vida, en el cual destacan la existencia de tres niveles que tienen repercusión en la calidad de vida:

El Microsistema o Contexto Social Inmediato, que está constituido por las relaciones y los contactos más cercanos al individuo, en los que se abarca la familia, por lo general padres y hermanos, el hogar, en el caso de ya haber formado uno independiente al nuclear; el grupo de iguales, compañeros de clase o de su lugar de trabajo y amigos en general. Este grado repercute de manera significativa en la vida del sujeto.

El Meso sistema, que se define también como aquellos sistemas intermedios, en los cuales se encuentran inmersas todas las relaciones que se establecen con los vecinos, la comunidad, agencias de servicio como hospitales, escuelas, colegios, entidades bancarias y demás organizaciones, que afectan e interfieren directamente al funcionamiento del microsistema y, por lo tanto, causan repercusión indirecta sobre el individuo.

El Macrosistema o los patrones culturales más amplios, valores, cultura en la que se desarrolla, normas, reglas, acuerdos y demás son las predisposiciones a nivel social y político, los sistemas económicos y otras circunstancias que afectan a la sociedad en la que habita el individuo, delimitando de esta manera sus valores y creencias.

Así también el autor San Martín (2008), menciona 5 campos a comprender con respecto a que la definición de calidad de vida y bienestar social:

Físico: abarca todos los ámbitos de la salud, las condiciones de esta, la integridad física donde lo más importante es el bienestar corporal del sujeto

Material: contar con una vivienda adecuada a las demandas del individuo, acceso los servicios básicos, alimentación oportuna y movilización

Educativos: acceso a la educación, misma que permita la expansión de los saberes, tanto individual como colectiva

Emocional: todo aquello relacionado con el estado emocional del individuo, cabe destacar que este es uno de los campos que merecen gran importancia ya que por medio de este se puede obtener un equilibrio y a su vez permite el crecimiento emocional y aumentar la capacidad de interrelacionarse eficazmente.

Social: aspectos que permiten al individuo las relaciones interpersonales, es decir interacción con otras personas, ya sean pertenecientes al núcleo básico como es el caso de la familia, así también como con personas externas a este núcleo como lo son los amigos, permitiendo estas relaciones el desarrollo del individuo

La calidad de vida, puede ser comprendida como aquella relación universal, en la que abarcan tanto aspectos positivos, como negativos, lo que conlleva una interrelación a nivel individual y colectivo en el ejercicio de los valores sociales. Demostrando así que el concepto de calidad de vida está en continuo cambio y movimiento, puesto que conlleva aspectos sociales, económicos, culturales y psicológicos generando así en el individuo valores positivos y negativos.

De los enfoques planteados por los distintos autores el presente proyecto de investigación se basará en las 8 dimensiones propuestas por Schalock y Verdugo, puesto que consideró que estas engloban el bienestar en general, abarcando el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos, mismos que por sus diferentes características aportan y se complementan entre sí para lograr un equilibrio y así aportar a mejores niveles de calidad de vida y sobretodo apuntan hacia niveles bajos de malestar psicológico.

4.1.1.5. Instrumentos De Evaluación.

La evaluación de la calidad de vida incluye el problema identificado en su enfoque conceptual. Su naturaleza diversa y compleja y sus dipolos objetivo-subjetivos imponen muchos criterios en sus medidas dependiendo de la realización elegida. Prevalcen dos enfoques, el primero centrado más en variables objetivas fuera del objeto, y el segundo preferible

específicamente para analizar aspectos subjetivos de la calidad de vida. Ambos enfoques asumen, prescriben y requieren procesos rigurosos de apreciación de la realidad, así como también la construcción de teorías y modelos conceptuales, con una metodología rigurosa y coherente y se complementan entre sí.

El uso de los indicadores sociales en áreas como salud, educación, bienestar social y seguridad ciudadana, permitiría establecer la calidad de vida de una población en un momento determinado y la implicación en ella de programas sociales y políticos, o realizar comparaciones entre los distintos estratos de una misma población (Blanco y Chacón, 1985).

Este método además de poseer ciertas ventajas también implica algunas limitaciones. Si bien los indicadores sociales nos brindan una representación de datos y hechos acerca del bienestar social de una determinada población, estos no necesariamente reflejan el nivel de satisfacción y felicidad que dicha población pueda tener. Por otro lado, los indicadores físicos y objetivos no son suficientes, para evaluar el bienestar subjetivo de los pueblos y las personas, Por ello, se ha intentado de cierta manera crear y desarrollar metodologías y herramientas que permitan una valoración subjetiva de los niveles de satisfacción general o de áreas discretas como la satisfacción política o social. Este procedimiento conlleva riesgos indiscutibles, puesto que pueden presentarse situaciones en las que se refleje una calidad de vida objetivamente baja.

Según (Allardt, 1977, como se citó en Buela 1996), parece existir una tendencia a responder de manera satisfactoria a un nivel general y otra a responder insatisfactoriamente a un nivel específico. Sin embargo, en algunos casos, el objetivo y el propósito de la investigación pueden ser averiguar exactamente cuánta satisfacción subjetiva es decir apreciación propia de su calidad de vida que tienen las personas sin afectar los datos reales, ni alterar los resultados.

Conociendo los orígenes de la calidad de vida, el objetivo principal de medir la calidad de vida es evaluar el impacto de las intervenciones de atención de la salud de manera integral y positiva, es decir su repercusión, evaluando la calidad de la atención, estimar las necesidades de la población y mejorar en el aspecto clínico, la toma de decisiones con la finalidad de estudiar las causas y consecuencias de las condiciones de salud (Weir et al. 1981).

Diferentes medidas de calidad de vida siguen diferentes tradiciones teóricas. En todos los casos, su propuesta debe tener una base conceptual clara y objetivos específicos. Muchas de estas

escalas se basan en teorías psicométricas y métodos de evaluación tradicionales, de ahí la importancia de referirse y utilizar los criterios que dan valor a tales escalas y su necesidad de cumplir con los requisitos metodológicos requeridos.

Los requisitos mínimos habituales son la fiabilidad y la validez. En cuanto a la fiabilidad, hay que recordar que su supuesto principal es la estabilidad de la variable de medida, Un valor similar en una escala de salud se denomina estado, según el cual las variables suelen ser inestables. Cuando se trata del uso del análisis de consistencia interna, su valor radica principalmente en su capacidad para generar síndromes, es decir, un conjunto de síntomas que tienden a ser variables, lo que no siempre es así. Así por otro lado, la validación significa que la variable de escala debe estar claramente definida en términos de rendimiento, pero esto no siempre es así y, a veces, es difícil de definir.

Finalmente, el tema que no puede dejarse de lado es la estandarización de los resultados. Si bien algunos hallazgos pueden interpretarse directamente debido a su valor diagnóstico y clínico, muchos hallazgos, con su confianza general y completa, deben interpretarse en función de los resultados de estudios futuros. Aunque la medición de la calidad de vida, la felicidad, la salud y la enfermedad no es nueva, se fomenta el uso de un número creciente de métodos de medición de suficiente validez y confiabilidad ampliamente probada (Kaplan, 1985).

4.1.1.6. Instrumento De Evaluación De Calidad De Vida.

4.1.1.6.1. Cuestionario De Calidad De Vida SF-36.

Es un cuestionario de salud, cuya creación fue en el año de 1992 por Ware y Sherbourne, para el Estudio de los resultados Médicos, principalmente su escritura estaba en el idioma inglés, sin embargo, este cuestionario ha sido traducida a varios idiomas, así como también ha sido probada psicométricamente en diferentes países.

Este cuestionario está destinado a personas mayores a los 14 años y se recomienda su aplicación de forma auto aplicada, sin embargo, se acepta a través de entrevista ya sea de manera personal o telefónica, consta de 36 ítems los mismos que están divididos en 9 dimensiones que son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución declarada de salud

Respecto a su confiabilidad el Cuestionario SF-36 ha obtenido un coeficiente alfa de Cronbach con puntuaciones entre 0.74 a 0.93, reflejando así que dicho cuestionario es confiable al momento de la evaluación de la calidad de vida. Por otro lado, referente a la validez se evidencio que el instrumento cuenta con buena discriminación entre distintos grupos de gravedad, así como una correlación moderada con indicadores clínicos, y alta con otras herramientas que valoran la calidad de vida y salud.

4.2. Capítulo II

4.2.1. Malestar Psicológico

4.2.1.1. Definición.

Carmona (2005) define el malestar psicológico como un conjunto de cambios emocionales que están íntimamente relacionados con un hecho, circunstancia o evento, y que no puede encasillarse en un estado episódico porque no cumple con los criterios propuestos. La persona vive su condición con malestar subjetivo.

4.2.1.2. Malestar Psicológico Y Sus Implicaciones.

Las enfermedades mentales no hacen distinción entre los diferentes niveles de la población mundial, independientemente de la edad, género, raza y nivel socioeconómico, estas repercuten significativamente en la vida de las personas tanto en el aspecto físico como mental (Heidenberg, et, al.2006; como se citó en García, 2017).

El malestar psicológico en si no se caracteriza como una patología, más sin embargo esta engloba diferentes manifestaciones clínicas, por ende, es conveniente mencionar aquellas patologías que son más propensas de desarrollar las personas que reciben tratamiento en la Unidad de hemodiálisis con sus respectivos criterios diagnósticos según el DSM- 5

4.2.1.2.1. Trastorno De Ansiedad Por Enfermedad 300.7- (F45.21). Criterios Diagnósticos (APA, 2013. p, 235).

- A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.
- B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.
- C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.
- D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).
- E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.

- F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

Especificar si:

Tipo con solicitud de asistencia: Utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o pruebas y procedimientos

Tipo con evitación de asistencia: Raramente se utiliza la asistencia médica.

4.2.1.2.2. Trastorno De Depresión Mayor – Criterios Diagnósticos (APA. 2013. P, 104).

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

4.2.1.2.3. Trastorno Depresivo Debido A Otra Afección Médica- Criterios Diagnósticos
(APA, 2013, P, 116).

- A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

Otro trastorno depresivo especificado 117

- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno depresivo debido a otra afección médica es 293.83, que se asigna independientemente del especificador. El código CIE-10-MC depende del especificador (véase más adelante).

Especificar si:

(F06.31) Con características depresivas: No se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.

(F06.32) Con episodio del tipo de depresión mayor: Se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor.

(F06.34) Con características mixtas: También existen síntomas de manía o hipomanía, pero no predominan en el cuadro clínico.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas). La otra afección médica también se codificará y enumerará por separado inmediatamente antes del trastorno depresivo debido a afección

médica (p. ej., 244.9 [E03.9] hipotiroidismo; 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas).

4.2.1.2.4. Trastorno Del Sueño-Vigilia- Trastorno De Insomnio- 307.42 (F51.01)

(APA, 2013, p, 2003).

- A. Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes:
 - 1. Dificultad para iniciar el sueño. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador.)
 - 2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.)
 - 3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.
- B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.
- D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.
- E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.
- F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia).
- G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).
- H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

Especificar si:

Con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño, incluidos los trastornos por consumo de sustancias

Con otra afección médica concurrente

Con otro trastorno del sueño

Nota de codificación: El código 307.42 (F51.01) se aplica a los tres especificadores. Inmediatamente después del código del trastorno de insomnio se codificará también el trastorno mental, afección médica u otro trastorno del sueño asociado pertinente, para indicar la asociación.

Especificar si:

Episódico: Los síntomas duran como mínimo un mes, pero menos de tres meses.

Persistente: Los síntomas duran tres meses o más.

Recurrente: Dos (o más) episodios en el plazo de un año.

Nota: El insomnio agudo y de corta duración (es decir, síntomas que duran menos de tres meses pero que, por otro lado, cumplen todos los criterios respecto a la frecuencia, intensidad, malestar y/o alteración). American Psychiatric Association's (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5).

4.2.1.3. Herramientas para el abordaje del malestar Psicológico.

Según Castello, M et, al. (2016) Dentro de las herramientas utilizadas en la Atención primaria, encontramos las básicas que se suelen aplicar en la práctica asistencial de otras herramientas más innovadoras, Por otra parte, las herramientas denominadas “básicas” tienen que ver con las actitudes que adoptamos frente a las cuestiones emocionales. Estas herramientas están conectadas con la naturaleza del trabajo, como la visión personalizada y global del paciente y las habilidades de comunicación. Las herramientas más innovadoras como la medicina narrativa, las indicaciones no terapéuticas, la prescripción social y las intervenciones grupales empiezan a ser adoptadas en nuestro medio, con estas intervenciones, en general, podemos tratar eficazmente las enfermedades mentales.

4.2.1.3.1. Herramientas Básicas.

La escucha activa y empática: Escuchar es la principal habilidad médica y es un servicio activo, se trata de escuchar tanto lo que se dice y lo que no se dice, “escuchar” el

lenguaje no verbal y respetar el silencio. Escuchamos también atentamente, con toda nuestra presencia, incluyendo el contacto visual y la postura del cuerpo; lo ideal de la escucha activa está en escuchar con genuina preocupación y empatía sin asumir otras tareas al mismo tiempo. La sensación de ser escuchado depende más de la calidad de la escucha que de la duración, y esto tiene un efecto terapéutico.

La empatía es la capacidad de comprender las experiencias y los sentimientos de un paciente, de "hacerse cargo" (en el sentido de comprender, no en el sentido de "Me importa" o "Me preocuparé por Ud."), de comprender lo que está pasando con ellos y hacerles saber qué de alguna manera nos colocamos en su lugar. Se trata de reconocer a cada persona como un único. La escucha empática también es esencial para construir una relación saludable

La escucha empática con emociones incómodas e involucrando a los consejeros despierta emociones en los profesionales que así como pueden ayudar, también pueden ser instrumento de interferencia con el manejo adecuado de la situación, siendo así que es necesario desarrollar la llamada escucha "desde dentro" de nuestras emociones, la misma que nos aportará a la toma de conciencia de ellas y contribuirá a que aprendamos a gestionarlas para bien tanto del profesional mismo como del paciente.

El vínculo asistencial. Es una de las herramientas características dentro de la atención primaria, está basado tanto en el conocimiento construido con el transcurso del tiempo, como en el conocimiento del entorno, es decir todo aquello que rodea al individuo, con importante relevancia de la familia, dentro del contexto cultural. Sus bases nacen alrededor de una relación sólida de confianza que brinda condiciones de seguridad al paciente, además que permite a los profesionales manejar de manera más asertiva la incertidumbre, ya que lo que pretende al entablarse una relación respetuosa, ausente de violencia e impulsadora de la autonomía de la persona, esta se convierte en terapéutica y puede llegar a ser un instrumento transformador. Por lo contrario, si la relación conlleva condicionantes negativos o de poder, estereotipos de género, no brinda condiciones de seguridad, por lo contrario, se convierte en una relación juzgadora o también en una infantilizadora, dándonos como resultado la sobrevictimación del paciente.

La entrevista clínica: Es una herramienta esencial, para construir una relación de cuidado y además de obtener información es de gran aporte para optimizar los efectos

terapéuticos. En atención primaria, la entrevista no se suele hacer de principio a fin, ordenada o de golpe, sino por el contrario se lleva a cabo a lo largo de muchos pequeños momentos en varios contactos. La entrevista más común es la semiestructurada ya que se considera la más flexible, esta combina la historia libre del sujeto con preguntas cerradas que pueden aplicarse a todos los individuos, sin embargo, en ella también se pueden adaptar ciertas interrogantes de acuerdo a cada caso individual, con la finalidad de recopilar información específica del sujeto. Es necesario mencionar que la entrevista debe adaptarse y considerar el contexto cultural y lingüístico de cada persona.

Durante la fase de descubrimiento, en la cual es necesario explorar e identificar los diferentes sentimientos, pensamientos y comportamientos generados por una determinada situación, además de las sensaciones corporales relacionadas. También puede ser necesario y útil explorar las relaciones familiares y sociales, la vulnerabilidad o factores de riesgo y los factores de protección, las estrategias o herramientas de afrontamiento que la persona ya posee, así como las expectativas y creencias sobre la búsqueda de ayuda. Al llevarse a cabo esta fase se utilizarán técnicas que ayuden al paciente a expresarse de la manera más sincera posible acerca de cómo está percibiendo su situación, para lo cual el profesional puede utilizar técnicas narrativas en escenarios de baja respuesta, como preguntas abiertas, que facilitan la expresión, reflejos empáticos, repeticiones y el silencio, técnicas que ayudarán al paciente a sentir que existe empatía por parte del profesional, mismas que ayudan a construir una buena relación, entre el binomio paciente-profesional. Cabe mencionar que las explicaciones, los resúmenes y los comentarios, deben ser claras y adaptadas al lenguaje del paciente.

En la fase de resolución, en la cual se busca el afrontamiento de determinada situación, es en la que se da la vuelta al problema y es valorado por un experto, en esta además de identificarse las condicionantes sociales, se considera el que tiene sobre la salud, del paciente. Se ha de involucrar a los pacientes de manera activa siendo primordial su participación en el desarrollo tanto de alternativas, como en el proyecto de tratamiento y, si se considerase necesario, cambiar sus expectativas.

La contención terapéutica: Es la capacidad que desarrollan los consejeros para aceptar, tolerar y acompañar las emociones ya sean de dolor, angustia, desesperación, ira, confusión y miedo, sin rechazarlas ni realizar juicio de estas, además de no actuar de manera directa. Se debe

evitar el “no pasa nada” además de eliminar cualquier tipo de etiqueta, por el contrario, se requiere enfocarse en el acompañamiento de las emociones, permitiendo la expresión de mismas, legitimando y validando la experiencia del sufrimiento, un consejo a tomar en cuenta es el hecho de pronunciar o nombrar la emoción que el sujeto experimenta, con la finalidad que reconozca lo que se encuentra sintiendo. Así también se recomienda diferir la acción hasta un punto después de que los sentimientos se encuentren de alguna manera un poco mejor resueltos y las decisiones acerca del tratamiento puedan ser mejor dirigidas.

Practicar la contención terapéutica es muy gratificante, pero no se ha de olvidar su alto nivel de complejidad y dificultad, siendo de gran importancia no subestimar el esfuerzo que esta supone, prestando especial atención en las situaciones crónicas que no se espera cura, como por ejemplo, enfermedades crónicas como el cáncer, VIH, entre otras. Por otro lado, se ha de prestar gran cuidado al sesgo en las relaciones de dependencia, más allá de eso se ha de potenciar y orientar hacia el desarrollo de la autonomía y enfatizar en el estímulo de los aspectos o características más saludables de las personas.

4.2.1.3.2. Otras formas estructuradas de soporte psicológico.

Es muy frecuente que brindar apoyo psicológico a las personas que están atravesando por dificultades emocionales, resulte difícil, además que se presta para una percepción errada de falta de habilidades específicas. Por ende, resulta importante señalar que el apoyo psicosocial conlleva alto potencial terapéutico a través de las herramientas básicas descritas anteriormente, sin embargo, es útil conocer otras pautas de asesoramiento más estructuradas que permitan comprenderlas y combinarlas con otros elementos para lograr una atención enfocada específicamente en las diversas y particulares necesidades de cada persona.

La entrevista motivacional: En sus inicios esta se desarrolló con el fin de promover la modificación del comportamiento, sin embargo, se ha demostrado que es eficaz para apoyar la toma de decisiones, así como también ha resultado eficaz en la mejora de aspectos de la vida con impactos emocionales de carácter negativo. Para los profesionales de la salud, esta técnica tiene la ventaja de ser un modelo familiar ya que puede preconizar una actitud de apoyo frente al cambio, permitiendo a los pacientes definir sus metas.

Algunos de los factores de apoyo basados en el modelo de entrevista motivacional son:

- Inhibir el reflejo de redirección de la persona, en el cual no se debe decir que hacer o qué no hacer al paciente.
- Descubrir y comprender las motivaciones. Evaluar aquellos aspectos de la vida de las personas que puedan interferir de manera negativa para ayudar a comprender las razones de sus actitudes.
- Escuchar de manera empática. Coloquialmente hablando “ponerse en los zapatos del otro”. Ponte en su lugar, comprende su situación y comunícaselo.
- Apoya la autoeficacia. Saca a relucir esos aspectos, cualidades y características positivas que protegen su salud. "Por todo lo que me has explicado, entiendo perfectamente tu molestia”.

La técnica BATHE: Aunque diferentes escuelas y autores discuten diversas formas de guiar las pautas de asesoramiento, este método destaca por su simplicidad, está basado en los elementos motivacionales de la comunicación y la entrevista intentando establecer una guía para el experto; es muy simple y se puede aplicar en tan solo 5 minutos de consulta. La sigla nos ayudará a identificar que es un acompañamiento estandarizado y tiene diferentes componentes:

B (Antecedentes): precursor de una persona, causa de malestar.

A (Afecto): Cómo ha afectado a tu vida el problema

T (Problema): Lo que más te preocupa del problema. Indica que se pueden encontrar soluciones/mejoras a los problemas.

H (Tratamiento): estrategias de afrontamiento. Revisar lo realizado y acordar nuevas posibilidades.

E (Empatía): Mostrar empatía en todo momento.

4.2.1.3.3. Medicina Narrativa.

La medicina narrativa es un modelo que surgió en la década de 1990 para integrar una comprensión más profunda de la experiencia personal en el conocimiento de la ciencia médica a través de las historias que nos cuentan las personas a las que servimos enfatizando en la subjetividad, la narrativa biográfica y alianza terapéutica.

El proceso de aparición y curación de la enfermedad puede pensarse como historias representadas en historias de vida mayores donde se asignan diferentes significados al binomio salud-enfermedad según el momento clave, las características individuales y el contexto sociocultural; y en base a estos, construimos historias.

Las narrativas de estas historias se construyen en relación con otras historias y permiten el hallazgo de explicaciones que con el tiempo dan coherencia y sentido sobre aquellos hechos que para el individuo son considerados o se presentan de forma inesperada o incomprensible. Por ende, conocer la percepción e interpretación además de cómo el paciente acompaña la historia es un acto terapéutico. Así también, es necesario mencionar que el profesional puede en ciertas ocasiones colaborar en la construcción de estas, contribuir de alguna manera, sin embargo, nunca deberá imponer ninguna verdad o realidad.

El análisis de la historia parte teniendo como base la interpretación, además del contenido de la historia, se ha de prestar atención en gran medida a la forma en cómo se cuenta, el tiempo empleado, los detalles aportados, las imágenes, el silencio, los gestos, las expresiones, la posición corporal, es decir todo aquel lenguaje kinésico, que si bien no se emite de forma verbal este brinda ciertas pautas para la interpretación, así también se considerará la voz, su tono y elocuencia y la forma cómo relaciona los síntomas con otros hechos de su vida.

La terapia narrativa puede ser una herramienta muy útil dentro del contexto de la salud mental puesto que, ayuda en gran medida a construir una historia con los pacientes y aporta coherencia a sus experiencias tanto de salud como de enfermedad. No se trata de verificar o corroborar su historia, trata de darle sentido a la misma.

4.2.1.3.4. Indicación De No-Tratamiento.

El psiquiatra Alberto Ortiz Lobo, desarrolló la definición de “indicación de no tratamiento”, en la cual hace referencia a la intervención más representativa del cuarto enfoque preventivo en salud mental. En su conceptualización, él define dos acepciones opuestas: intervención, la cual se lleva a cabo visitando o contactando de manera directa al paciente, y por otra parte la no intervención que es aquella que indica el “no tratamiento”, misma que se basa en la ética de la negación: en la que se emite que una intervención de tratamiento ya sean con el uso o no de medicamentos, presenta más riesgos que beneficios, esto sin presentar argumento válido alguno, además esta va acompañada de la ética de la ignorancia, es decir, el hecho errado de

compartir con certeza cómo se pueden desarrollar ciertas situaciones y crean niveles de preocupación, siendo de esta manera que la intervención puede ocasionar más daño.

La indicación de no tratamiento se basó en el contacto con el consejero y la entrevista clínica. Además, se basa en narrativas que se construyen aportando el sentido, el contexto y la perspectiva del sufrimiento, es decir, los cómo, los porqués y de la manera en la que se han presentado los acontecimientos, sin olvidar que el entorno sociocultural es aquel marco que permite comprender a las personas, familias, entornos, malestares y enfermedad que acontecen al sujeto.

Su autor describe la intervención en seis etapas. Cada uno de ellos tiene asociados objetivos, tareas y habilidades que necesitan ser desarrolladas y mantenidas por los profesionales.

En la indicación de no tratamiento, no se indicará medicación psiquiátrica o psicoterapia. En algunos entornos, el uso de benzodiazepinas puede ser apropiado por un tiempo limitado para promover la normalización de la vida (p. ej., para ayudar en el descanso). Sin embargo, este modelo tiene en cuenta que nuestra responsabilidad profesional no es rechazar el asesoramiento de enfermedades importantes porque creamos que no es adecuado (“no tiene nada que ver conmigo”) sino asumirlos, responder a ellos y posiblemente abogar por no intervenciones (farmacológicas y no farmacológicas).

El mensaje se transmite por la señal de que una persona no necesita tratamiento, que una persona goza de buena salud, que tiene los recursos para hacer frente a la situación en la que se encuentra y, por lo tanto, no necesita tratamiento. No obstante, se pueden indicar medidas saludables si se consideran beneficiosas (ejercicio, higiene del sueño). Estas recomendaciones dan a las personas más liderazgo, responsabilidad y autonomía en su mejora. Asimismo, si es necesario, se pueden idear otras alternativas para solucionar su problema: servicios sociales, sindicatos, abogados, etc.

4.2.1.3.5. Prescripción Social.

La denominada “prescripción social” es un concepto relativamente nuevo, apareciendo a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI. Se refiere a la capacidad de los sistemas sociales y de salud para promover el acceso de la comunidad a los recursos para responder a diversos

problemas y promover la salud. Esta es una forma formal e institucional de establecer vínculos entre individuos y comunidades con una visión holística del concepto de salud psicofisiológica.

El término "receta" por lo general es asociado con un fármaco o un producto farmacéutico, sin embargo, cualquier acción de un profesional de la salud ya sea en cuanto al aspecto físico, social o mental que implique una intervención para mejorar la misma puede ser denominada "prescripción". A algunos expertos de la salud les parece más conveniente utilizar el término "recomendaciones" para de cierta manera tratar de evitar asociar "prescripción" con medicina. En todos los casos, debido a que el término es el que aparece en la evidencia que se dispone y por ser el más común se mantiene su utilización para este tipo de intervención en la actualidad.

Existe evidencia en algunos países sobre todo en el Reino Unido, en los cuales la prescripción social se integra en la atención primaria, a través de la interrelación entre los sistemas de salud y los sistemas sociales, mismos que contribuyen a aumentar de manera beneficiosas aquellos vínculos comunitarios. Por ende, se presta gran relevancia al grado de potencial terapéutico que posee la comunidad, así como también la capacidad que este posee para aportar a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, utilizando los factores culturales, recreativos, educativos, laborales y ambientales. La prescripción social ha resultado eficaz en contextos en los que se presentan problemas emocionales o psicológicos incómodos, además de contribuir en situaciones de aislamiento social o problemas de dependencia

La prescripción social tiene como beneficio potencial los efectos sobre la salud de la sociabilidad y el activismo comunitario. En algunos casos, los beneficios pueden reflejarse a nivel personal, aunque también puede tener un impacto notorio en la comunidad. La comunidad brinda un sinnúmero de oportunidades, mismas que son tan diversas y variadas como, por ejemplo: actividades deportivas, talleres de carrera, campamentos, bailes, reuniones, la interacción con otros grupos culturales, entre otros, actividades que tradicionalmente, los profesionales de la salud en general recomiendan por sus efectos beneficiosos no solo a nivel fisiológico, sino también a nivel de la salud mental. Siendo de esta manera importante destacar el gran aporte y la concientización del apoyo social sobre la salud del individuo, incluso existe evidencia que refleja una morbilidad entre el apoyo social y los efectos moduladores del apoyo social sobre la angustia emocional. Es por ello que, a pesar de que los mecanismos por los cuales la prescripción social

es beneficiosa no son del todo conocidos, sus ventajas son indiscutibles, acunando a lo antes mencionado entre sus efectos positivos encontramos el aporte que brinda a la reducción del aislamiento y la promoción tanto de la interacción como del apoyo social, además de la mejora del estado de ánimo y las habilidades de comunicación mediante el ejercicio de actividades comunitarias de participación.

Es importante que la prescripción social se tome como un instrumento de fortalecimiento tanto en el paciente como en la comunidad. Para cumplir la misión de la unidad social se debe priorizar una gama de recursos entre los disponibles en la comunidad. Una vez identificados los recursos, los pasos a seguir son los siguientes:

- Acordar previamente con el responsable del recurso, mismo que actuará como anfitrión del paciente.
- Informar a todo el equipo de atención primaria de los recursos disponibles para recetas sociales y del circuito a implantar.
- En cada caso, acordar con la persona la fuente más adecuada.
- Explique claramente la fuente y la referencia a la recepción.
- Luego, junto con el paciente, evaluar la idoneidad de la derivación. Para esta valoración, además de utilizar criterios clínicos, también podemos utilizar herramientas para medir aspectos como la calidad de vida o la percepción de apoyo social.

4.2.1.3.6 Intervenciones grupales y grupos terapéuticos.

El grupo de intervención y terapia nos ayuda a mejorar el bienestar de las personas, especialmente en situaciones de vulnerabilidad social y emocional. Los grupos de terapia promueven la red social y pueden transformar problemas individuales en experiencias colectivas.

Hay diferentes tipos de grupos:

La educación grupal o colectiva: definida como una serie de sesiones de aprendizaje programadas, destinadas a un grupo de personas, usuarios o colectivos, con el objetivo de potenciar su capacidad para hacer frente a un problema o problemas de salud específicos. También se incluyen intervenciones dirigidas a grupos comunitarios para aumentar su conciencia sobre los factores sociales, políticos y ambientales que afectan la salud.

Los grupos psicoeducativos: Este es un tipo de educación grupal destinada a mejorar la salud mental de individuos y grupos. Se estudió el autoconocimiento, la relación entre síntomas somáticos y malestar espiritual, estilos de vida saludable y técnicas de relajación, entre otros. Pueden ser guiados dinámicamente por los profesionales médicos del grupo o por especialistas de apoyo que tengan habilidades y conocimientos metodológicos de trabajo en equipo. Debe haber dos terapeutas trabajando con cada grupo, uno dirigiendo la motivación y el otro actuando como observadores.

Otros tipos de grupos en la comunidad que pueden ser utilizados como herramienta terapéutica en producción más limpia son:

Los grupos de ayuda mutua (GAM): desarrollan formas horizontales de apoyo mutuo, crean espacios para el autocuidado y auto atención. El equipo se basa en una historia compartida del mismo problema. Los GAM funcionan sin especialistas, abordan diferentes situaciones vitales como el hecho de vivir con enfermedades crónicas, problemas psicosociales o problemas estructurales.

Las asociaciones de salud: Suelen estar formados por familiares, en ocasiones también personas afines y profesionales, normalmente se financia con subvenciones públicas y/o privadas. Existe el riesgo de que estas entidades se utilicen sobre la base de ganancias privadas o políticas. En el campo del trabajo social podemos hablar de: grupos de terapia social, grupos de educación social, grupos de acción social y grupos de autoayuda

Los grupos de terapia pueden abordar aspectos que no están cubiertos en las intervenciones individuales:

- Reducen los sentimientos de soledad y rareza
- Aumentan la autoestima y la seguridad a través de compromisos con la participación activa en el grupo
- Facilitan el aprendizaje de las relaciones interpersonales
- Ayudar a integrar los cambios en la experiencia
- Promover las habilidades sociales y el autoconocimiento

La necesidad exclusión suelen aislar a las personas, muchas de las ocasiones rompiendo los lazos de solidaridad y protección con los demás. El aislamiento, la soledad, la vergüenza, la

sensación de pérdida de poder y control sobre la vida o la disminución de la autoestima en general acompañan procesos de enfermedad y situaciones de vulnerabilidad. Es por ello que la intervención grupal ha sido descrita como la estrategia profesional ideal para combatir los síntomas derivados de la pérdida y otras experiencias traumáticas, para reducir la soledad y superar el aislamiento.

Los grupos promueven la expresión de sentimientos y emociones, desarrollando la capacidad de escuchar, reflexionar y analizar situaciones y conflictos. Las experiencias grupales empoderan para percibir sus propias situaciones de vida y ayudan a los participantes a comprender relaciones y experiencias positivas para usar fuera de ella, convirtiéndose así en una plataforma para enriquecer la red social.

La adquisición de competencias y habilidades se destaca también como otro de los factores que posibilita el cambio en la intervención grupal⁶⁸. Los participantes de un grupo desarrollan conocimientos y habilidades para hacer frente con más potencial a los problemas sociales, a las transiciones de desarrollo y a las crisis vitales.

La adquisición de habilidades y destrezas también fue destacada como uno de los otros factores que posibilitaron la variación en la intervención grupal. Los participantes en el grupo desarrollan el conocimiento y las habilidades para manejar mejor los problemas sociales, las transiciones de desarrollo y las crisis de la vida. También es importante señalar que, para los profesionales médicos, la experiencia de trabajar con los equipos de atención primaria es rica, ya que proporciona visibilidad de pacientes y sus necesidades en relación con otros, además de visitas de seguimiento.

4.2.1.4. Instrumento De Evaluación Del Malestar Psicológico.

4.2.1.4.1. Listado De Síntomas Breves LSB-50.

Esta herramienta de evaluación es nueva, fue creada por Luis de Rivera y Manuel R. Abuin en el año 2012, a raíz de sus experiencias con otros inventarios de medida de síntomas, este listado se utiliza con la finalidad de identificar y valorar los síntomas psicossomáticos y psicológicos, su aplicación es para personas adultas, puede desarrollarse tanto de manera individual como colectiva, y se emplea en su ejecución un tiempo aproximado de entre 5 a 10 minutos.

Este listado consta de 50 ítems los mismos que están divididos en 2 escalas de validez, tres índices generales, nueve escalas y subescalas y un índice de riesgo psicopatológico, dentro de la escala de validez se encuentran las dimensiones de minimización y magnificación, mismas que ayudan a la detección de sesgos de respuestas, por otro lado en los índices generales encontramos el índice global de severidad (GLOBAL), el número de síntomas presentes (NUM) y el índice de intensidad de síntomas presentes (INT), los cuales permiten obtener una visión universal respecto al grado de sufrimiento patológico, así también dentro de las escalas y subescalas clínicas encontramos la psicorreactividad (Pr), Hipersensibilidad (Hp), obsesión compulsiva (Ob), ansiedad (An), hostilidad (Hs), somatización (Sm), depresión (De), alteraciones de sueño (Su) y alteraciones del sueño ampliado (Su-a) que nos brindan información acerca del perfil psicopatológico del individuo, y finalmente está el índice de riesgos patológicos que es aquel que valora la presencia de síntomas referentes a la población psicopatológica clínica.

En el listado de síntomas breves LSB-50 los coeficientes de fiabilidad se comprenden entre 0,79 y 0,90 mismos valores que son satisfactorios, en cuanto a la validez, se han utilizado distintas medidas con las que se correlaciona, así como también se ha estudiado la estructura factorial del inventario como evidencia de la validez de la prueba. Rivera, L., & Abuin, M. (2013)

4.3. Capítulo III

4.3.1. Enfermedades Renales

4.3.1.1. Insuficiencia Renal Aguda.

La insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome caracterizado por una rápida disminución de la tasa de filtración glomerular (horas o días), retención de productos de desecho nitrogenados y cambios en el equilibrio hidroelectrolítico y acido-base. Este síndrome ocurre en alrededor del 5% de todos los ingresos hospitalarios y hasta en el 30% de los ingresos en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). La oliguria (diuresis <400 ml/día) es frecuente (casi 50%), pero intermitente. La insuficiencia renal aguda (IRA) generalmente no presenta síntomas y se diagnostica cuando en los exámenes bioquímicos se refleja un incremento reciente de urea y creatinina en el plasma. La insuficiencia renal aguda (IRA) puede llegar a producir complicaciones en una amplia gama de enfermedades,

La insuficiencia renal aguda (IRA), generalmente es reversible, ya que el riñón es uno de los órganos vitales que destaca sobre los otros, gracias a su capacidad de recuperación de una pérdida casi completa de la función. Sin embargo, no olvidemos que la insuficiencia renal aguda (IRA) es una patología con grandes niveles de morbilidad y mortalidad, esto debido a las diferentes enfermedades que llevan a que se produzca.

4.3.1.1.1. Tratamiento.

Las precauciones básicas y como primordial y fundamental están la prevención, puesto que no existe tratamiento específico de la insuficiencia renal aguda (IRA). Se pueden evitar muchos casos si se presta la debida atención a la función cardiovascular y el volumen intravascular en los ancianos y los pacientes con insuficiencia renal preexistente, ya que estos se encuentran en mayor riesgo de desarrollar la patología. De hecho, las venas se encogen para restaurar la energía de la impresión indiscriminada de (ARF) (acute renal failure) después de la cirugía, lesiones o quemaduras, Con respecto dosificación de fármacos se aconseja calcular la GFR (Glomerular filtration rate) a través de la fórmula de Cockcroft-Gaula, que aporta una mayor dosificación gracias a que toma en cuenta variables como la edad y peso del paciente. Parece que el ajuste de la dosis de acuerdo con el valor del circuito farmacéutico limita el daño renal en pacientes que se tratan con antibióticos aminoglucósidos, ciclosporina o tacrolimo.

La dosificación con Diuréticos, inhibidores de la ciclooxigenasa y de la ACE, (antígeno carcinoembrionario) bloqueadores del receptor de angiotensina II y otros vasodilatadores se deben administrar cautelosamente a los pacientes con una probable hipovolemia real o "efectiva" o con alguna enfermedad nefrovascular, ya que puede conllevar a un a hiperazoemia prerrenal. Por otro lado, la diuresis alcalina forzada también puede ayudar a la prevención o también atenuar la IRA (insuficiencia renal aguda) en los pacientes tratados con altas dosificaciones de metotrexato o con rabdomiólisis. En cuanto a el dimercprol, es otro agente quelante prevensor de la nefrotoxicosis a causa de metales pesados. Así también, el etanol es una medida coadyuvante para ser utilizada en la hemodiálisis en el tratamiento de la intoxicación por etilenglicol. Puesto que impide el metabolismo del etilenglicol y otros metabolitos tóxicos y supone

4.3.1.2. Insuficiencia Renal Crónica (Chronic Renal Disease, CRD).

Es un proceso fisiopatológico con un gran número de causas, su consecuencia es la pérdida inflexible de la función renal, lo que a menudo desencadena en la insuficiencia renal terminal (end-stage renal disease, ESRD), la misma que es un estado irreversible, en la que se ha perdido la función renal, alcanzando gran magnitud al punto de llegar a que el paciente dependa permanentemente del tratamiento sustitutivo renal (diálisis o trasplante) con el fin de evitar la uremia, que es aquella condición en la que la sangre se llena de productos tóxicos que no han podido ser eliminados por el fallo del riñón, condición que pone en riesgo la vida del individuo.

4.3.1.2.1. Diálisis En El Tratamiento De La Insuficiencia Renal

Con el uso de la diálisis se ha prolongado la vida de miles de pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (end stage renal disease, ESRD). Sólo en Estados Unidos, existen alrededor de 400 000 pacientes con esta enfermedad, A nivel mundial la incidencia de ESRD (end stage renal disease), es de 260 casos por millón de habitantes al año, mismo número que está aumentando en -6% anualmente. En los Estados Unidos, la principal causa de ESRD (end stage renal disease) es la diabetes mellitus, que representa más del 45% de los casos de ESRD (end stage renal disease) recién diagnosticados. La segunda causa es la presión arterial alta, la cual se refleja en el 28% de los casos de ESRD (end stage renal disease), y entre otras causas se encuentran la glomerulonefritis, la poliquistosis renal y la uropatía obstructiva.

Las tasas de mortalidad por la enfermedad son más bajas en los Estados Unidos, al contrario que en los países en desarrollo los cuales presentan tasas muy altas debido a la limitada capacidad de tratamientos de diálisis. En los Estados Unidos, la tasa de mortalidad anual de los pacientes de diálisis es del 18 %, misma que se debe principalmente a enfermedades cardiovasculares e infecciones (alrededor del 50% y 15%, respectivamente).

4.3.1.2.2. Opciones Terapéuticas Para Los Pacientes En ESRD.

Para dar paso a la terapia de diálisis, lo primordialmente a realizarse es que cumpla los siguientes criterios que son los comúnmente aceptados para iniciar el tratamiento de diálisis, estos son: la presencia de síndrome urémico; hiperpotasiemia que no cumple con las medidas conservadoras; la expansión de volumen extracelular; acidosis resistente al tratamiento médico; diátesis hemorrágica; y depuración de creatinina inferior a 10 ml/min por 1.73 m². La exploración inmediata y oportuna es muy importante para el medico renal , puesto que así podrá brindar una planificación avanzada y el acceso a la diálisis, así como también la educación sobre las opciones y compromisos terapéuticas de la ESRD (end stage renal disease) y apoyo de las complicaciones de la insuficiencia renal crónica, como por ejemplo la acidosis, la anemia y la hiperparatiroidismo, así también el diagnóstico oportuno permite la evaluación cuidadosa de los pacientes en el caso que este iniciando un cuadro de uremia. Para valorar la función renal se puede realizar midiendo la creatinina sérica y el nitrógeno ureico sanguíneo o la depuración de creatinina y de urea, o por otro lado de manera directa a través de la tasa de filtración glomerular con un radioisótopo como el yotalamato.

La depuración de creatinina a menudo sobrestima la tasa de filtración glomerular, esto debido a que una porción significativa de la excreción de creatinina en la insuficiencia renal avanzada se debe a la secreción tubular proximal. Por otro lado, la depuración de urea casi siempre reduce la GFR (Glomerular filtration rate) porque la urea se reabsorbe en las nefronas distales. Por lo tanto, en ausencia de una prueba directa de medición de la GFR (Glomerular filtration rate) se recomienda el promedio de la suma de la depuración de la creatinina o la urea, o una depuración de creatinina bloqueada con cimetidina (la cimetidina bloquea la secreción tubular proximal). Alternativamente, la GFR (Glomerular filtration rate) se puede estimar por medio de una ecuación de predicción para que se pueda generar un valor calculado.

Las opciones de tratamiento disponibles para los pacientes con insuficiencia renal varían según el grado de esta, ya sea insuficiencia renal aguda o insuficiencia renal crónica. En la insuficiencia renal aguda los tratamientos incluyen hemodiálisis, terapias de reemplazo renal continuo y diálisis peritoneal. Por otro lado, en la insuficiencia renal crónica las opciones son hemodiálisis (en un centro o domiciliaria); diálisis peritoneal, como diálisis peritoneal continua ambulatoria o diálisis peritoneal cíclica continua o el trasplante de riñón. A pesar de que existen diferencias geográficas, la hemodiálisis sigue siendo la principal modalidad terapéutica más común en la ESRD (end stage renal disease), (>80% en Estados Unidos). Para realizar la elección entre hemodiálisis y diálisis peritoneal se considera diversos factores, como la edad del paciente, si este presenta alguna comorbilidad, se debe considerar su capacidad para llevar a cabo la técnica, así como también las ideas que tiene este acerca del tratamiento. Debido a su agudeza visual y destreza manual en los pacientes jóvenes, se suele preferir en ellos la diálisis peritoneal, además que esta brinda de cierta manera un grado de independencia y flexibilidad ya que se puede realizar en el domicilio. En contraste, para los pacientes más corpulentos (>80 kg), aquellos que carecen de función renal residual y quienes padecen obesidad troncal con o sin cirugía abdominal, el mejor tratamiento es la hemodiálisis, esto debido a que poseen gran volumen de distribución de la urea y requieren significativamente cantidades mayores de diálisis peritoneal. En ciertos pacientes, se imposibilita el acceso vascular, por lo que se aconseja realizar la diálisis peritoneal en lugar de la hemodiálisis

4.3.1.2.3. Hemodiálisis.

La hemodiálisis se sostiene en los principios de la difusión de solutos mediante una membrana semipermeable. El movimiento de los desechos metabólicos se produce a lo largo de un gradiente de concentración que va desde la circulación sanguínea hacia el líquido de diálisis. La velocidad de transferencia por difusión aumenta en respuesta a múltiples factores, como el tamaño del gradiente de concentración, el área transmembrana y el coeficiente de transferencia de masa de la membrana. Este último depende de la porosidad y el espesor de la membrana, la dimensión de la molécula de soluto y las condiciones de flujo a ambos lados de la membrana. De acuerdo a las leyes de la difusión, cuanto mayor es el tamaño de la molécula, menor será la velocidad de paso a través de la membrana. Una molécula pequeña como la urea, experimenta una depuración significativa, mientras que la eliminación de una molécula más grande como la creatinina, es menos eficiente. Además de la purificación por difusión, puede producirse una

migración de sustancias tóxicas de la circulación al líquido de diálisis como resultado de la ultrafiltración. La depuración convectiva ocurre debido a la transferencia de solventes, por lo que los solutos se mueven junto con el agua a través de la membrana de diálisis.

4.3.1.2.4. Diálisis Peritoneal.

Este procedimiento implica en infundir de 1 a 3 litros de una solución que contiene dextrosa en la cavidad peritoneal, y dejar el líquido allí, en un lapso entre 2 a 4 horas al igual que en la hemodiálisis, las sustancias tóxicas se evacúan por medio de una depuración por convección producida por ultrafiltración, y una depuración difusiva a favor de un gradiente de concentración. La evacuación de solutos y agua durante el metabolismo transperitoneal depende del equilibrio entre el movimiento de soluto y agua al interior de la cavidad peritoneal, así como la absorción desde ella. La velocidad de difusión se reduce con el tiempo y finaliza al equilibrarse el plasma y el líquido de diálisis. La captación de solutos y agua desde la cavidad peritoneal ocurre por medio de la membrana peritoneal a la circulación capilar peritoneal a través de los linfáticos peritoneales a la circulación linfática. Las tasas de trasmisión varían dependiendo del paciente y pueden variar debido a la presencia de infección (peritonitis), fármacos como los betabloqueantes (bloqueadores beta) y los antagonistas del calcio, así como también factores físicos como la actividad física y la postura.

4.3.1.3. Trasplante En El Tratamiento De La Insuficiencia Renal.

Uno de los tratamientos más adecuados para la insuficiencia renal crónica avanzada, es el trasplante de riñón. Sin embargo, éste conlleva el seguimiento de un proceso el cual debe cumplirse rigurosamente.

Este proceso inicia con la selección del receptor dónde son muy pocas las contraindicaciones para el trasplante renal ya que este es un proceso no invasor, puesto que el órgano se ubica en la fosa inguinal sin que este ingrese en la cavidad peritoneal. Los pacientes que se someten a un trasplante de riñón tiene muchas más posibilidades de vida que aquellos que se encuentran realizando tratamientos de diálisis. Una vez seleccionado el receptor se prosigue a la selección del donante, mismo que pueden ser un cadáver o pueden ser donantes voluntarios que se encuentren vivos que generalmente suelen ser la familia, siempre y cuando cuenten con alto grado de compatibilidad, así también los mismos deben contar con una exploración física normal y tener el mismo grupo sanguíneo ABO ya que al cruzarse grupos sanguíneos se

perjudica la supervivencia del injerto, sin embargo es posible trasplantar un riñón de un donante tipo A, a un receptor A,B,o AB, cabe mencionar que un criterio importante a tomar en cuenta para la selección del donante son las pruebas de compatibilidad de los antígenos, así también cuando los donantes son parientes en primer grado del receptor las tasas de supervivencia son de 5 a 7% superiores que aquellas injertos de cadáver.

Se puede producir el rechazo del trasplante renal esto debido a que pueden intervenir mecanismos celulares como humorales. Los anticuerpos dirigidos contra los antígenos del grupo sanguíneo ABO y los antígenos HLA de las clases I y II pueden producir rechazo hiperagudo en plazo de minutos a horas después del injerto y se encuentran presentes en el receptor en el momento del trasplante, sin embargo, por lo general estos trasplantes de riñón tienen grandes tasas de éxito en la actualidad.

5. METODOLOGÍA

5.1. Enfoque y Diseño De Investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo puesto que, se realizó la recolección de datos con base en la medición numérica con el respectivo análisis de carácter estadístico a través del programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), su diseño de investigación fue de carácter no experimental, debido a que se llevó a cabo sin la manipulación de ninguna de las variables establecidas. Por otro lado, la investigación se caracterizó por ser de corte transversal y de campo ya que la recolección de datos se realizó en un único momento determinado, y se llevó a cabo en la locación donde encontramos a la población de estudio, misma que brindó la oportunidad de determinar la relación entre calidad de vida y malestar psicológico.

5.1.1. Tipo De Investigación

El tipo de investigación fue de carácter descriptivo puesto que, permitió medir los diferentes niveles y características de las variables establecidas, de la misma manera fue de tipo correlacional ya que tuvo como propósito principal indagar la posible relación o grado de asociación que existe entre la calidad de vida y el malestar psicológico en los pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora.

5.2. Área De Estudio

La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, mismo que se encuentra ubicado en la Avenida Iberoamericana C.S. Juan José Samaniego en el barrio Sevilla de Oro de la parroquia Sucre, perteneciente al Cantón Loja, de la provincia de Loja. El Hospital “Isidro Ayora”, tiene como misión la prestación de servicios de salud acorde a la tecnología y va de la mano con la actualidad y el mundo moderno, así también es importante mencionar su visión la cual engloba la producción de servicios de salud de calidad. El hospital Isidro Ayora es una entidad contratante del Ministerio de Salud Pública, su intervención es de carácter repotenciador, presta atención las 24 horas del día, los 365 días del año, el número de beneficiarios es de 618870 de los cuales 506025 son beneficiarios directos y 112835 son beneficiarios indirectos MSP (2022).

5.2.1. Población

Estuvo constituida por los pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Isidro Ayora.

5.2.2. Muestra

Los participantes de la investigación estuvieron conformados por 59 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, la muestra fue de tipo probabilística, ya que todos los participantes tuvieron la oportunidad de ser elegidos para participar en la misma, puesto que abarcó a todos aquellos pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, en los cuales se tomó a consideración los criterios de inclusión y exclusión de la misma.

Así también es importante destacar el sexo, edad y años de tratamiento de los participantes, por lo que a continuación en la tabla 1, 2 y 3 se resume los porcentajes para cada uno de ellos.

Tabla 1

Sexo de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	38	55,9 %
Femenino	21	30,9 %
Total	59	100.0 %

En la tabla 1, se evidencia que el mayor número de pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora es de sexo masculino con un porcentaje del 55.9 %, en comparación al sexo femenino que refleja un porcentaje de 30,9 %. Prevalciendo así el sexo masculino.

Tabla 2

Edad de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis

Rango	Frecuencia	Porcentaje
18-45	10	16,9 %
46-65	32	54,2 %
66+	17	28,8 %
Total	59	100,0 %

La tabla 2 refleja los rangos de edad de los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis en la cual predominan las edades que oscilan entre los 46 y 65 años con un 54,2 %, seguido a este las

edades de 66 años en adelante ocupan el 28,8 %, y finalmente aquellos pacientes con edades entre los 18 y 45 años representan el 16,9 %.

Tabla 3

Años de tratamiento de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	4	6,8 %
2-5 años	26	44,1 %
6-10 años	24	40,7 %
11-15 años	5	8,5 %
Total	59	100,0 %

En la tabla 3 se evidencia los años de tratamiento de los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis, en la cual predominan aquellos que llevan de 2 a 5 años con un porcentaje de 44,1 %, a continuación, se encuentran con un 40,7 % a aquellos que llevan entre 6 y 10 años, por otro lado, con un 8,5 % se ubican a los de 11 a 15 años y para concluir se presentan con un 6,8 % aquellos pacientes con 1 año o menos en tratamiento. En los cuales la edad media es de 5.42 años.

5.2.2.1 Criterios De Inclusión

Se incluyó en la investigación:

- Los pacientes adultos que se encontraban recibiendo tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, y que asistieron a realizar sus respectivos tratamientos durante el periodo de estudio.
- Los pacientes que accedieron de manera voluntaria a participar en la investigación.

5.2.2.2 Criterios De Exclusión

En la investigación se excluyó a:

- Los pacientes que no se encontraron interesados en participar en la investigación.
- Niños/niñas y adolescentes que se encontraban recibiendo tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora.
- Los pacientes que llenaron de forma incompleta los reactivos psicológicos.
- Los pacientes que se encontraban con diagnóstico de discapacidad intelectual

5.3. Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos

5.3.1. Encuestas: El cuestionario se utilizó como método para la toma y recolección de datos. Según Ñaupas et al., (2018) el cuestionario es un método organizado a través de una serie de preguntas íntimamente relacionadas con las variables de investigación que tiene como objetivo recopilar la información necesaria para permitir, a través de otros procedimientos, el sustento e interpretación de dichas variables.

5.3.2. Cuestionario De Variables Sociodemográficas

Autor: Jhoselyn Medina

Procedencia: Loja

Fecha de creación: 2022

Tipo de instrumento: Ficha sociodemográfica

Edades de aplicación: Adultos

Duración: 2 a 5 minutos

Finalidad: Conocer las características sociodemográficas del evaluado

5.3.3. Cuestionario De Calidad De Vida Sf-36

Autores: Ware y Sherbourne

Procedencia: Estados Unidos

Fecha de creación: 1992

Tipo: de instrumento: Cuestionario

Edades de Aplicación: Personas mayores a 14 años de edad

Administración: Auto administrada, o administración a través de entrevista personal y telefónica

Duración: Entre 5 a 10 minutos

Material: Cuestionario, esfero, manual

Finalidad: Busca generar un perfil general del estado de salud, se puede aplicar tanto en pacientes como en la población global.

Consigna de Aplicación: Por favor conteste las siguientes preguntas. Seleccione solo una de las literales que cree mejor puntúa a sus vivencias. Ciertas preguntas pueden parecerle similares a otras, pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y seleccione aquella que mejor describa su respuesta.

Confiabilidad y validez: Ware y Gandek (1998) realizaron un meta-análisis en el que se revisó la consistencia interna y validez de la versión original del SF-36. Su investigación reveló que los análisis de confiabilidad superaban las normas mínimas de 0,70 en el coeficiente de Cronbach, y que en más de 15 estudios superaban el 0,80. Asimismo, demostraron que la confiabilidad de las puntuaciones de los componentes de salud física y mental tendía a superar 0,90 en la mayoría de los casos. Por otro lado, con respecto a la validez de constructo, Weir et al. (1998) querían evaluar la generalidad de los dos componentes del cuestionario factorizando a través del método varimax y rotación ortogonal simple, encontrándose así estos componentes que representaron entre el 76% y el 85% de la varianza explicada de las puntuaciones de la escala en 9 países europeos en comparación con el 82% en el análisis de Estados Unidos. Se observaron patrones similares en la asociación entre las 8 escalas y los dos componentes en todos los países y a través de todos los subgrupos desglosados por sexo y edad en cada país.

Los valores de confiabilidad obtenidos en su versión original, a través del coeficiente de Cronbach oscilaban entre 0.45 y 0.94, siendo superiores a 0.70 en la mayoría de dimensiones, a excepción de la función social.

Salazar y Bernabé (2012) analizaron las propiedades mediante un análisis factorial confirmatorio en el cual todas las dimensiones del instrumento obtuvieron coeficientes mayores a 0.80 superando el valor mínimo recomendado: contrariamente a las de salud corporal con un coeficiente de 0.70 y salud general con un coeficiente 0.74. En el caso de los componentes, los dos reflejaron coeficientes mayores al 0.90

Escalas alfa de Cronbach

1. Función física 0.88
2. Rol físico 0.89
3. Dolor 0.70
4. Salud general 0.74
5. Vitalidad 0.85
6. Funcionalidad social 0.86
7. Rol emocional 0.84
8. Componente salud física 0.92
9. Componente salud mental 0.92

Dimensiones que evalúa:

1. Funcionamiento físico (FF): es la medida en que la salud limita las actividades físicas como el cuidado personal, agacharse, caminar, soportar peso y el esfuerzo moderado a intenso.

2. Rol físico (RF): es la medida en que la salud física interfiere con el ámbito laboral y otras actividades diarias.

3. Dolor corporal (DC): es la intensidad del dolor y su consecuencia en las actividades diarias.

4. Salud general (SG): es la evaluación individual de la salud

5. Vitalidad (V): es la sensación de plenitud con energía en comparación con la sensación de cansancio y agotamiento.

6. Funcionamiento social (FS): es la medida en la que el estado de salud física o emocional influyen en la vida social habitual

7. Rol emocional (RE): es la medida en la que las complicaciones emocionales interfieren en el ámbito laboral y/o en otras actividades diarias

8. Salud mental (SM), valora la salud mental en general, incluyendo la depresión la ansiedad el control de emociones y el control de la conducta

Además, El cuestionario nos brinda la oportunidad de obtener dos índices globales

✓ **El componente de salud física (CSF)** que está integrado por las dimensiones de FF, RF, DC Y SG.

✓ **El componente de salud mental (CSM)** esté compuesto por las de V, FS, RE y SM

Calificación: Se han propuesto dos esquemas de puntuación diferentes: el primero (Rand Group) establece una calificación de las respuestas para cada ítem de 0 a 100. No todas las respuestas son iguales, su puntaje varía según número de respuestas posibles para cada pregunta. La segunda forma de puntuación (The Health Institute) asigna distintos pesos específicos a cada respuesta, basados en unos coeficientes que no siguen una distribución lineal. Independientemente del método utilizado, el significado de la puntuación es el mismo: cuanto mayor sea la puntuación, mejor será el estado de salud.

Los ítems y dimensiones del cuestionario proporcionan puntuaciones proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean las puntuaciones, mayor es el estado de salud. El rango de puntaje para cada dimensión va desde 0 hasta 100. Es útil tener valores de referencia estandarizados en la población general. Las medias y las desviaciones standard en población norteamericana son: función física 84 (SD 23), función social 83 (SD 22), limitación del rol: problemas físicos 81 (SD 34), limitaciones del rol: problemas emocionales 81 (SD 33), salud mental 75 (SD 18), vitalidad 61 (SD 21), dolor 75 (SD 23), percepción de la salud general 72 (SD 20).

Asignación de puntaje: Para la obtención del puntaje primero se realiza la introducción de los datos para posteriormente recodificarlos de acuerdo a las tablas 6.9. A la 6.11 que se encuentran en Manual Del Cuestionario SF-36. La recodificación de los ítems es el proceso de derivación de los valores de los ítems que se utilizarán para calcular la escala de puntuaciones. El proceso conlleva varios pasos: (1) cambiar los valores fuera de rango a valores faltantes a ausentes, (2) volver a codificar el valor a 10 de los elementos, y (3) reemplazar las estimaciones de especificación subjetiva para los ítems faltantes.

Siete ítems se puntúan a la inversa. La puntuación a la inversa se realiza para asegurar que una puntuación más elevada del ítem indica mayores niveles o mejor salud en todos los ítems y escalas del SF-36. Los ítems del SF-36 que necesiten puntuarse a la inversa están enunciados de manera que cuando mayor es el valor pre codificado del ítem, peor es el estado de salud. (IMIM, 2000)

5.3.4 Listado de Síntomas Breves (LSB.50)

Autores: Luis de Rivera y Manuel R. Abuin.

Procedencia: TEA Ediciones 2012, 2018.

Fecha de creación: 2012

Tipo: de instrumento: Cuestionario

Edades de Aplicación: Adultos

Administración: Individual y colectiva

Duración: Entre 12 a 15 minutos

Material: Cuestionario, esfero, manual

Finalidad: Identificar y valorar los síntomas psicológicos y psicosomáticos.

Consigna de Aplicación: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones sobre malestar o problemas que pueden afectar en mayor o menor medida a todas las personas. Contesta cada una de ellas teniendo en cuenta aquello que haya sentido o experimentado durante las últimas semanas, incluido el día de hoy. Para lo cual debe seleccionar la que mejor se adecue a su percepción personal.

Confiabilidad Los coeficientes de fiabilidad están comprendidos entre 0,79 y 0,90, valores que son satisfactorios, El coeficiente de fiabilidad para el total de la prueba o mejor conocido como índice global es de 0,96.

Baremación: Baremos en perceptibles de muestra de población general (distintos países), muestra odontológica y muestra Clínica Psicopatológica

Dimensiones que evalúa:

Escalas de Validez

Minimización (Min): Indica si el evaluado puede estar reduciendo la frecuencia o gravedad de sus síntomas. Puede reflejar un intento voluntario o involuntario de dar una imagen de sí mismo falsa tendiendo a favorecerse.

Magnificación (Mag): Muestra la posibilidad que el evaluado puede estar agrandando su sintomatología, puntuando de manera intensa su sintomatología de poco frecuentes

Índices Generales

Índice Global de severidad (GLOBAL): Refleja la medida de afectación global psicopatológica del evaluado. Es el grado global de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático. Es el marcador numérico más sensible del sufrimiento psicológico general de un paciente, puesto que asocia el número de síntomas con su intensidad

Numero de síntomas presentes (NUM): Indica el número de síntomas presentados por el evaluado (independientemente de su intensidad), y es una medida de la prevalencia de las manifestaciones psicopatológicas.

Índice de intensidad de síntomas presentes (INT): Es un índice de la gravedad o severidad de los síntomas que el sujeto afirma tener. Esta es una medida más “pura” de la gravedad del sufrimiento porque se refiere específicamente a la intensidad que el evaluado afirma tener, respecto a sus síntomas, mas no del conjunto de síntomas evaluados

Escalas clínicas e índices de Riesgos psicopatológicos

Psicorreactividad (Pr): Valoración del grado de sensibilidad en la autopercepción en relación con los demás y en relación con la autoimagen, así como la forma de actuar y pensar con una autoobservación excesiva

Hipersensibilidad (Hp): explora tanto las sensibilidades interpersonales como las intrapersonal, es decir, el enfoque excesivo en los detalles de las relaciones interpersonales como en la valoración de uno mismo

Obsesión-compulsión (Ob): evalúa la presencia de obsesiones y dudas persistentes que invaden la mente, así como la presencia de rituales o compulsiones

Ansiedad (An): explora las manifestaciones del trastorno de ansiedad generalizada la ansiedad, el pánico y el miedo (ansiedad fóbica). También incluye síntomas relacionados con el miedo o temor irracional.

Hostilidad (Hs): valora la presencia de reacciones incontrolables respecto a las emociones, es decir, la pérdida de control emocional, con manifestaciones repentinas o persistentes de agresión, ira, enfado o resentimiento

Somatización (Sm): explora la presencia de síntomas físicos o de malestar físico, debido a procesos de somatización psicológica, aunque también pueden ser indicadores de una patología médica. Es útil para la detección de los trastornos somatomorfos y de la ansiedad física.

Depresión (De): evaluación de la presencia de los síntomas característicos del cuadro de depresión como la tristeza. La desesperanza, la anergia, la impotencia, la anhedonia o la ideación autodestructiva en la que se incluye los sentimientos de culpa.

Alteraciones de sueño (Su): explora la presencia específica de trastornos del sueño relacionados con la salud y el bienestar

Alteraciones del sueño ampliado (Su-a): evalúa la presencia específica de alteraciones del sueño, así como indicadores de Ansiedad y Depresión que clínicamente están vinculadas a problemas de sueño. El contraste entre los grados de Alteraciones del sueño y Alteraciones del sueño-ampliada permiten una distinción entre alteraciones del sueño primarias o médicas y los estados ansiosos- depresivos o secundarias o inherentes.

5.4. Consideraciones Éticas

En el desarrollo de la investigación, se respetó rigurosamente la confidencialidad entre el paciente y el evaluador, se presentó el consentimiento informado, mismo que fue planteado como una invitación directa y en el que consta la participación libre y voluntaria de los individuos que conformaron la investigación, así como también se tuvo como valor primordial el respeto a su autonomía, dignidad, integridad e intimidad con respecto a la información aportada.

5.5. Consentimiento Informado

Se utilizó para informar a los participantes, la finalidad de la investigación, este es un documento en la cual se refleja la participación libre y voluntaria de determinados sujetos, el mismo tiene como principal objetivo el respeto al principio de autonomía del individuo, así también en él se plasma la utilización que se dará a la información que el individuo proporcione, y servirá de constancia para ambas partes.

5.6. Procedimiento Por Objetivos

La investigación inició con la búsqueda de información bibliográfica acerca de los posibles temas de interés para llevarse a cabo, una vez elegida la temática de interés se determinó el título de la investigación, la población y el lugar en la cual se desarrolló, posteriormente se entabló el acercamiento con las autoridades representantes del Hospital General Isidro Ayora con la finalidad de sondear la posibilidad de apertura para realizar la investigación, se presentó la documentación requerida en la cual constó el tema de investigación, sus objetivos y metas a alcanzar. Una vez autorizado el acceso a la población (Anexo 1), se llevó a cabo el proyecto de investigación en las siguientes fases:

Fase 1: Se realizó la visita a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora con la finalidad de recolectar datos de los pacientes que se encontraban recibiendo tratamiento en dicha unidad, así también se realizó la planificación de un horario, en el cual constan las fechas, días y horas en las cuales se llevó a cabo la aplicación de los reactivos psicológicos.

Fase 2: Se llevó a cabo la aplicación de los dos reactivos psicológicos durante los meses de mayo y junio del presente año, en la cual se asistió de manera diaria llevando un registro de asistencia (Anexo 2), de los reactivos psicológicos aplicados, uno valoró la Calidad de vida mediante el cuestionario SF-36 y el otro evaluó el malestar psicológico a través del test LSB50, en el cual se utilizaron los baremos de población general tanto para hombres como para mujeres, cabe mencionar que en tres de los casos se utilizó los baremos de población clínica debido a que superaban el percentil 97 para la calificación de los instrumentos aplicados; posteriormente se dio paso a la recolección de datos mediante los reactivos psicológicos, se procedió a la tabulación de la información y análisis de datos, como primer paso se ingresó los datos recolectados en una matriz en el programa Excel y posteriormente los mismos se procesaron a través del programa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). Se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov debido a que la muestra de estudio supera los 50 casos, dicha prueba se realiza con la finalidad de probar si los datos siguen o no una distribución normal, al obtenerse datos con una distribución normal se utilizará una prueba paramétrica de lo contrario se empleará una no paramétrica.

Se planteó dos hipótesis:

- Ho: Los datos siguen una distribución normal.

- H1: Los datos no siguen una distribución normal.

De esta manera la prueba de Kolmogórov-Smirnov, reflejó un valor p de 0,00, siendo este menor ($<$) a 0,05 se rechaza la H_0 y aceptamos la H_1 , (ver tabla 12), misma que refiere que los datos no siguen una distribución normal, por ende, la investigación se llevó a cabo a través de un método estadístico denominado Rho de Spearman.

Fase 3: Una vez tabulada la información y en base a los resultados obtenidos de la presente investigación, y a pesar de no haberse evidenciado la presencia de malestar psicológico en los pacientes de la unidad de hemodiálisis, esta población se considera de riesgo por los diferentes cambios que surgen a nivel físico y mental al someterse a un tratamiento de Hemodiálisis por tal razón se hace el presente plan de intervención psicológica de carácter preventivo.

6. RESULTADOS

6.1. Calidad De Vida

Objetivo Especifico 1.

Valorar la calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora mediante el Cuestionario SF-36.

Para la valoración de la primera variable Calidad de Vida, cuyas dimensiones son ocho; funcionamiento físico, rol físico dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional, salud mental, se ha creído conveniente citar las 4 dimensiones en las cuales se reflejan menores niveles de calidad de vida, por lo que a continuación se presenta la tabla 4, 5, 6 y 7 que corresponden a las dimensiones de rol físico, salud general, vitalidad y rol emocional respectivamente.

Tabla 4

Dimensión rol físico de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	44	74,6 %
Regular	6	10,2 %
Buena	3	5,1 %
Excelente	6	10,2 %
Total	59	100,0 %

La tabla 4 muestra la dimensión de rol físico, misma que refleja una mala calidad de vida ya que esta destaca con un 74,6 %, seguido a esta se encuentra el nivel regular y excelente que presentan un mismo porcentaje de 10,2 % y por otro lado con un nivel de buena calidad de vida al 5.1 % de la población, destacando en esta dimensión una mala calidad de vida.

Tabla 5

Dimensión salud general de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	9	15,3 %
Regular	39	66,1 %
Buena	11	18,6 %
Total	59	100,0%

En la tabla 5 se evidencia el nivel regular de calidad de vida con un 66.1 %, seguido del nivel buena calidad de vida con un 18,6 % y concluyendo con un 15,3 % dentro del nivel de mala calidad de vida, predominado de esta manera un nivel regular de calidad de vida.

Tabla 6

Dimensión vitalidad de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	6	10,2 %
Regular	27	45,8 %
Buena	20	33,9 %
Muy Buena	6	10,2 %
Total	59	100,0 %

La tabla 6 refleja los distintos niveles de calidad de vida, con un 45,8 % se encuentra el nivel regular, por otro lado, con un 33,9 % el nivel de buena calidad de vida y con un 10,2 % están el nivel regular y el excelente, concluyendo de esta manera que en la dimensión de vitalidad sobresale el nivel regular de calidad de vida.

Tabla 7

Dimensión rol emocional de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	28	47,5 %
Regular	9	15,3 %
Buena	4	6,8 %
Excelente	18	30,5 %
Total	59	100,0 %

La tabla 7 expone las cifras de los diferentes niveles de calidad, como principal se ubica el nivel malo de calidad de vida con un 47,5 %, el nivel excelente le sigue con un 30,5 %, el nivel regular con un 15,3 % y finalmente con un 6,8 % se presenta el nivel de calidad de vida bueno, destacando de esta manera el nivel malo de calidad de vida en los pacientes que reciben tratamiento en la unidad de hemodiálisis.

Tabla 8*Calidad de vida de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis*

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	3	5,1 %
Regular	30	50,8 %
Buena	19	32,2 %
Muy Buena	6	10,2 %
Excelente	1	1,7 %
Total	59	100,0 %

La tabla 8 muestra la calidad de vida de los pacientes de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora en donde se refleja que el 5,1% representa mala calidad de vida, el 50,8 % regular calidad de vida, 32,2 % con buena calidad de vida, el 10,2 % con muy buena calidad de vida y el 1,7 % con una excelente calidad de vida. Prevalciendo en esta el nivel de calidad de vida regular con un 50,8% lo que representa a 30 de los 59 pacientes.

6.2. Malestar Psicológico

Objetivo Especifico 2.

Evaluar el malestar psicológico en pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora a través del Listado de síntomas Breves (LSB-50).

Tabla 9*Niveles de psicopatología de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis*

	Frecuencia	Porcentaje
No Psicopatología	42	71,2 %
Psicopatología	17	28,8 %
Total	59	100,0 %

La tabla 9, refleja el nivel psicopatológico de malestar psicológico presente en los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora exponiendo así que el 71,2 % cuenta con niveles no psicopatológicos y el 28,8 % si, evidenciando de esta manera la diferencia marcada entre los pacientes que muestran un malestar psicopatológico y aquellos que no. Evidenciándose que el mayor número de pacientes no presenta niveles altos de psicopatología y por ende de malestar psicológico.

Se ha creído conveniente presentar las dimensiones de magnificación y minimización de síntomas por lo que a continuación se muestran en las tablas 10 y 11.

Tabla 10

Niveles de psicopatología de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis

	Frecuencia	Porcentaje
Baja Psicopatología	37	62,7 %
Media Psicopatología	20	33,9 %
Alta Psicopatología	2	3,4 %
Total	59	100,0 %

La tabla 10 evidencia una baja psicopatología con un 62,7 %, a continuación, se presenta una media psicopatología con un 33,9 % y con un 3,4 % se ubica la alta psicopatología, demostrando de esta manera que no existe un alto nivel de magnificación de los síntomas.

Tabla 11

Dimensión de minimización de los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis

	Frecuencia	Porcentaje
Baja Psicopatología	5	8,5 %
Media Psicopatología	29	49,2 %
Alta Psicopatología	25	42,4 %
Total	59	100,0 %

La tabla 11 expone una media psicopatología con un 49,2 %, seguido de una alta psicopatología con un 42,4 % y finalmente una baja psicopatología con un 8,5 %, denotando de esta manera y gracias a los puntajes presentados que existe un nivel medio como predominante en la dimensión de minimización de síntomas, mismo que refleja que los pacientes de la unidad de hemodiálisis del hospital Isidro Ayora podrían estar intentando conciente o inconscientemente dar una buena imagen y negar la presencia de una patología, minimizando la intensidad y frecuencia de su sintomatología (Rivera, 2013).

6.3. Relación Entre Calidad De Vida Y Malestar Psicológico

Objetivo. General.

Determinar la relación entre la calidad de vida, y el malestar psicológico en pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, periodo 2022

Tabla 12
Tabla de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Calidad De Vida	0,299	59	0,000
Malestar Psicológico	0,448	59	0,000

En la tabla 12 se refleja el grado de normalidad de las variables de calidad de vida y malestar psicológico, debido a que 0,00 es menor a 0,05 se rechaza la Ho y aceptamos la H1 que refiere que los datos no siguen una distribución normal, por ende, se medirá la correlación utilizando el método estadístico Rho de Spearman que es uno de los métodos estadísticos no paramétricos.

Tabla 13
Calidad de vida y malestar psicológico en pacientes de hemodiálisis.

			Calidad de Vida	Malestar Psicológico
Rho de Spearman	Calidad De Vida	Coefficiente de correlación	1,000	-0,225
		Sig. (bilateral)		0,087
		N	59	59
	Malestar Psicológico	Coefficiente de correlación	-0,225	1,000
		Sig. (bilateral)	0,087	
		N	59	59

La tabla 12, presenta el nivel de correlación entre las variables Calidad de Vida y Malestar Psicológico, tras el análisis se ha determinado el valor de Rho de Spearman de -0,225, y un p valor mayor a 0,05. Se concluye que no existe correlación entre las variables planteadas.

6.4. Diseño de un programa de prevención de atención primaria para pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora

Dando cumplimiento al tercer objetivo de la presente investigación se diseñó un programa de prevención de atención primaria para pacientes en tratamiento de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, para lo cual se formuló la siguiente propuesta:

6.4.1. Título del programa de prevención

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA

6.4.2. Presentación

Al presentarse un quebranto en la salud física en el individuo este pierde su homeostasis, el hecho de ser diagnosticado con una enfermedad crónica repercute en gran medida en la vida del individuo, tanto en su salud física como en la salud mental.

Los cambios psicosociales y biológicos relacionados con el tratamiento en la unidad de hemodiálisis aumentan el riesgo de desarrollar alteraciones emocionales y son posibles desencadenantes del malestar psicológico, influyendo de manera positiva o negativa en la condición del paciente.

El tiempo empleado en su enfermedad y en el mantenimiento de su salud, los gastos monetarios, el deterioro físico y psicológico produce un estado de ánimo con tendencias depresivas y con bajo autoestima, el cumplimiento estricto del tratamiento de hemodiálisis obliga al paciente a no tener libertad para disponer de su planificación para sus actividades cotidianas, y de cierta manera les impide realizarlas como las realizaban antes al diagnóstico.

Tras haber obtenido los resultados a través de la aplicación de los reactivos psicológicos en la cual se evidenció que no existe malestar psicológico en la población de estudio, y por otro lado no existe una correlación marcada entre calidad de vida y malestar psicológico; sin embargo al considerarse población de riesgo por sus múltiples factores psicológicos y de salud en general, se plantea la presente propuesta de prevención primaria misma que tendrá como base el enfoque Cognitivo Conductual, el cual está orientado a prevenir el malestar psicológico en los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, mediante técnicas psicológicas que pretenden concientizar, sensibilizar y brindar estrategias de afrontamiento, con la finalidad de prevenir el desencadenamiento de un malestar psicológico, el mismo que implica niveles elevados de estrés, desmoralización, disconfort y desasosiego, además que nos permite obtener información sobre la autopercepción de pensamientos, sentimientos y actitudes que podrían ser desencadenantes de un problema de salud mental.

Por lo cual es necesario la formulación de objetivos, estructuración de talleres y el establecimiento de estrategias y técnicas en las cuales se apoyará el proceso preventivo.

6.4.3. Objetivo general:

Brindar el conocimiento acerca del malestar psicológico, con la finalidad de aumentar los saberes acerca de este y de esta manera otorgar técnicas y estrategias psicológicas a los pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, mismos que permitan mejorar y prevenir la aparición del malestar psicológico a través de la impartición de talleres psicoeducativos.

6.4.4. Objetivos Específicos

Psicoeducar a los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora acerca de aquellos posibles cambios biopsicosociales que pueden ocurrir ante el tratamiento, concientizar acerca de la enfermedad.

Brindar estrategias psicológicas a los pacientes que les permitan enfrentar y prevenir la aparición del malestar psicológico.

Sensibilizar a los familiares de los pacientes acerca de la importancia del acompañamiento a través de la técnica de escucha activa y el vínculo asistencial, con la finalidad de potenciar las redes de apoyo.

6.4.5. Metodología

El presente plan de prevención psicológica se efectuará en 6 sesiones distribuidos de la siguiente manera: 3 talleres, con 2 sesiones por cada taller, mismos que se llevarán a cabo de manera grupal, cabe mencionar que 2 de los talleres se realizarán con los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora y el tercer taller se efectuará con las familiares de estos, con la finalidad de dar cumplimiento a cada uno de los objetivos específicos, su duración será de aproximadamente 60 a 90 minutos, cada taller debe contar con un número mínimo de 12 participantes y un máximo de 25 participantes, dichos talleres tendrán un enfoque psicoeducativo.

Taller 1. La Vida No Se Dializa

Objetivo.

Psicoeducar a los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora acerca de aquellos posibles cambios biopsicosociales que pueden ocurrir ante el tratamiento, concientizar acerca de la enfermedad.

Sesión 1.

Duración: 60-90 minutos cada sesión.

Participantes: 12 a 25 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora.

Estrategias y materiales a utilizar:

- Psicoeducación.
- Computadora.
- Esferos.
- Hojas.
- Proyector.

Procedimiento:

La sesión se llevará a cabo en 4 fases, en las cuales se priorizará la participación activa tanto del ponente, como de los asistentes al mismo. La presente sesión está enfocada en que el paciente conozca la sintomatología psicológica que se puede presentar, y su conceptualización.

Fase 1.

El Ponente iniciará presentándose ante los participantes y realizará una dinámica denominada “Mi nombre, una cualidad”, la misma que consiste en verbalizar su nombre y decir una cualidad con la primera letra de este, y así todos los participantes deben realizarlo, la dinámica tiene como finalidad principal establecer rapport con los participantes e iniciar el taller dinámicamente.

Fase 2:

Se realizará la presentación del taller, exponiendo la duración, contenidos, y reglas de convivencia (*Anexo 7*). Se compartirá la siguiente frase: “La verdadera clave para el equilibrio emocional, como tantas otras cosas en la vida, es la conciencia. Ser capaz de identificar las emociones que sentimos y por qué, es lo que determina el equilibrio emocional. Es una cuestión de autoconciencia, a menudo porque tenemos sentimientos que no podemos explicar. Comprender nuestros sentimientos es la única manera de mantenerlos bajo control y sentirnos equilibrados” (Goleman, 1947).

Fase 3:

El ponente a través de la psicoeducación informará a los presentes de manera superficial lo que es el tema médico acerca del tratamiento de Hemodiálisis, se centrará y abarcará los cambios emocionales que esta puede acarrear, como angustia, cansancio, estrés, depresión, ansiedad, falta de interés, ira y sentimientos de culpa, conceptualizará cada uno de estos.

Fase 4:

Se llevará a cabo el cierre de la sesión con la dinámica denominada “Descubrir el concepto” para lo cual el ponente formará equipos de tres o cuatro personas de acuerdo al número de asistentes, una vez formados los grupos en cada uno de estos plantearan la definición o concepto de alguna de los cambios emocionales abarcados en la sesión, para posteriormente compartirlo con los demás grupos y que estos identifiquen a cuál emoción se está refiriendo el grupo. Esta dinámica tiene como finalidad repasar los conceptos o definiciones abarcados en la sesión, además de reforzar y de ser necesario corregir los conceptos elaborados mediante el juego y la retroalimentación (Alianza Internacional Contra el VIH/SIDA, 2002).

Sesión 2.

Duración: 60-90 minutos cada sesión.

Participantes: 12 a 25 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora.

Estrategias y materiales a utilizar:

- Psicoeducación.
- Computadora.

- Esferos.
- Hojas.
- Proyector.
- Trabaja extra sesión.

Procedimiento:

La sesión se llevará a cabo en 4 fases, en las cuales se priorizará la participación activa tanto del ponente, como de los asistentes al mismo. La presente sesión se enfocará en concientizar y enseñar al paciente a reconocer su sintomatología ¿Qué es lo que estoy sintiendo?

Fase 1

El ponente saludara a los asistentes entablando rapport y con una dinámica llamada “¿Quién es el líder?” Los asistentes formarán un círculo. Se pedirá la participación voluntaria de una persona, misma que deberá salir del salón. Mientras este, esté fuera el resto del grupo escoge un ‘líder’. El líder debe hacer una serie de acciones, como aplaudir, tocarse la cara, saltar, bostezar, etc., que luego serán replicadas por todo el grupo. El voluntario vuelve a ingresar al salón, se ubica en el centro del círculo y tratará de adivinar quién es el líder. El grupo no mirará al líder para no exponerlo. El líder deberá cambiar sus movimientos sin que se dé cuenta el voluntario. Cuando el voluntario encuentra al líder, se une al círculo y el líder saldrá del salón para que el grupo escoja un nuevo líder (Alianza Internacional Contra el VIH/SIDA, 2002).

Fase 2.

Al ser la segunda sesión en función de cumplir el primer objetivo planteado y previamente abarcado sobre la conceptualización de los cambios emocionales posibles a producirse en el tratamiento de hemodiálisis, en la presente sesión se psicoeducará a los asistentes para que aprendan a identificar las emociones, síntomas y alteraciones con la finalidad que logren diferenciar el malestar psicológico que puede presentarse y por consiguiente trabajarlo. ¿Qué siento cuando tengo estrés? ¿Cómo saber si me está dando un cuadro de ansiedad? ¿Estoy ante un cuadro de estrés?

Fase 3.

Una vez tratado los posibles síntomas de malestar psicológico que puede acarrear el tratamiento de Hemodiálisis y al haber psicoeducado acerca de cómo identificarlos y diferenciarlos el ponente pedirá a los asistentes que compartan con él si sienten haber tenido alguno de estos síntomas o afecciones a nivel psicológico, y les pedirá que identifiquen cual ha sido el malestar psicológico que han experimentado, con la finalidad de corroborar que la teoría impartida ha sido entendida con claridad.

Fase 4:

Luego de la participación de los presentes el ponente realizará una retroalimentación y empatizará con ellos, explicando finalmente los posibles efectos y factores de riesgo de presentar esta sintomatología y la importancia de prestarle la debida atención, ya que el aspecto mental es tan importante como el físico.

Fase 5:

Se llevará a cabo el cierre del taller, para lo cual se hará un breve recuento de todo lo tratado y de la misma manera se abrirá el espacio para despejar dudas si existiesen, finalmente se hará la despedida con la dinámica “Intercambio de Sensaciones” la cual tiene como objetivo facilitar y dar la posibilidad de que cada integrante se despida del espacio expresando sus sentimientos y emociones.

En turnos de a una persona a la vez y sin orden alguno, los y las participantes con voz alta podrán compartir con los presentes lo escrito. El facilitador o la facilitadora debe asegurarse de que todas las personas participen activamente y puedan dar a conocer algo de su sentir en ese momento.

Mediante el transcurso del intercambio de sensaciones se sugiere que no haya interrupciones ni preguntas hacia la persona que se encuentra participando (Alianza Internacional Contra el VIH/SIDA, 2002).

Trabajo extra sesión: Durante esta fase se enviará una tarea a la casa en la cual se les pedirá a los asistentes que para la próxima sesión traigan anotado en una hoja cuales creen que son las emociones que han atravesado al estar en tratamiento de Hemodiálisis y como las han manejado.

Taller 2. Conozco, manejo y libero mis emociones

Objetivo.

Brindar estrategias psicológicas a los pacientes que les permitan enfrentar y prevenir la aparición del malestar psicológico.

Sesión 3.

Duración: 60-90 minutos cada sesión.

Participantes: 12 a 25 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora.

Estrategias y materiales a utilizar:

- Psicoeducación
- Computadora
- Esferos
- hojas
- Proyector

Procedimiento:

El taller se llevará a cabo en 4 fases, en las cuales se dará participación activa tanto del ponente, como de los asistentes al mismo.

Fase 1

Se iniciará con un saludo entre todos los presentes y se realizará la Dinámica “El círculo del conocimiento”, la cual consiste en pedir a todos los presentes que se coloquen en círculo y que cada uno, pase al centro y exprese una característica o cualidad que considere su representativo. Lo que ocurre a continuación es que todo aquel que considere que también posee esa característica, se levantará de su sitio y se colocará en el lugar de otro que también se haya movido. Esta dinámica facilita a los participantes del taller descubrir aspectos que desconocen de sus compañeros. Además puede producir un pequeño debate entre los asistentes, y este ayudar a

la persona. Por ejemplo, no se mueve un paciente y el resto opinan que debería, lo cual sería genial, ya que permitiría descubrir un talento oculto (Alianza Internacional Contra el VIH/SIDA, 2002).

Fase 2

Siendo la presente sesión concurrente al anterior taller y al haberse enviado tarea a casa, se les pedirá a los participantes que compartan sus apuntes, sobre cómo han manejado sus emociones, esto con la finalidad de que manifiesten aquellas emociones sentidas que a lo mejor en el momento que se presentaron, no fueron manejadas como tal, y puedan exteriorizarlas.

Fase 3.

El facilitador y los asistentes escucharán con mucha atención cada una de las intervenciones para posterior a esto, el facilitador, retroalimentará y brindará estrategias adecuadas que permitan manejar y superar el cuadro sintomático, en caso de presentarse, o por otro lado estrategias y técnicas que les brinden la posibilidad de evitar la aparición de un malestar psicológico, entre las estrategias a compartir están:

- Técnicas de relajación (Respiración Diafrágica).
- Actividades guiadas. (Mindfulness).
- Afrontamiento positivo.
- Poner nombre a nuestras emociones.
- Adaptar los hábitos.
- Frenar el miedo.
- Compartir los sentimientos.

Fase 4

Una vez dadas a conocer las técnicas para manejar y evitar la aparición del malestar psicológico el facilitador realizará la demostración de una de ellas con uno de los asistentes que desee participar, la técnica a demostrar es la “Respiración diafrágica”, la cual activa nuestro sistema de relajación y nos permite rebajar el nivel de estrés.

El facilitador emitirá las siguientes instrucciones:

1. Siéntese en la silla.
2. Coloque una o ambas manos sobre el abdomen.
3. Respire lenta y profundamente por la nariz, durante 4 tiempos (segundos)
4. Exhale lentamente por la boca con los labios fruncidos (como cuando sopla velas), también por 4 tiempos.
5. Repita la acción por 5 ocasiones o las veces que considere necesario.

Fase 5

Se llevará a cabo el cierre de la sesión, con la despedida y emitiendo la siguiente frase: “Para conservar el equilibrio debemos mantener unido lo interior y lo exterior, lo visible y lo invisible, lo conocido y lo desconocido, lo temporal y lo eterno, lo antiguo y lo nuevo” John O’nodohau.

Sesión 4.

Duración: 60-90 minutos cada sesión.

Participantes: 12 a 25 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora.

Estrategias y materiales a utilizar:

- Psicoeducación.
- Computadora.
- Radio grabadora o parlante.
- Música relajante.
- Cartulina A4.
- Lápiz de colores.
- Cuestionario de satisfacción.

Procedimiento:

El taller se llevará a cabo en 5 fases, en las cuales se dará participación activa tanto del ponente, como de los asistentes al mismo.

Fase 1

Se iniciará con el saludo entre todos los participantes del taller, se dará paso a la dinámica “Quien soy” la misma que tiene como objetivo ayudar a concientizar y verbalizar el autoconcepto de cada persona, para llevarla a cabo se pedirá a los asistentes que se agrupen en parejas, una vez establecidas las parejas uno de los dos integrantes le preguntara al otro ¿Quién eres? ¿Qué haces de la vida? Y ¿Qué esperas de la vida? Estas preguntas se harán insistentemente hasta que el participante ya no quiera responderla, luego se pasa a la siguiente pregunta, una vez que acabe quien hacia las preguntas sera quien conteste, finalmente de forma voluntaria compartirán sus respuestas.

Fase 2

Se llevará a cabo la técnica de descarga emocional: “Emociones expresadas, emociones superadas”, en esta fase se les pedirá a los asistentes, cerrar sus ojos y concentrarse, además de ser completamente sinceros respecto a lo que buscan y sobre todo con lo que siente dentro de sí. Es vital enfatizar en el hecho reconocer el conflicto interno, ya que en muchas ocasiones solemos pensar que adolecemos de un aspecto, cuando en realidad, es otro que no vemos el que nos causa malestar.

Fase 3

El facilitador será quien dirija el proceso, realizará preguntas que ayuden a los pacientes a reconocer sus emociones, debe de ser extremadamente audaz para dirigir todo el proceso. Es importante entender la delicadeza de una descarga emocional puesto que los participantes experimentaran síntomas tanto físicos como psicológicos relacionados con lo que está sacando de su interior, no es fácil reconocerse y dar rienda suelta a tantas emociones largamente reprimidas. El facilitador será el guía y quien aportará las afirmaciones más idóneas para la reformulación de pensamientos, llevando a los participantes a una reconducción de su razonamiento para optimizar su mente. A lo largo de la aplicación de la técnica se utilizará música relajante.

Fase 4

Se realizará un análisis sobre lo que se ha sentido. A través de una introspección se deliberará si se ha captado la o las emociones ocultas y si se han logrado superar. Se comentarán los síntomas físicos sufridos mientras se descargaba. Se hará una visión más amplia acerca de cómo se han vivido los acontecimientos significativos, apreciando los errores que se han podido cometer, y se plantearán nuevas y mejores vías de acción para evitar su reaparición.

Fase 5

Se llevará a cabo el cierre de la sesión con la dinámica “El cuadro Final”, para la cual el facilitador otorgará a cada participante una cartulina blanca tamaño A4 y pinturas con los que deberá de manera creativa, realizar un dibujo sobre sí mismo. Se brindará como instrucción que el dibujo, englobe la experiencia vivida durante todo el ciclo de sesiones llevadas a cabo. Si desean podrán agregarle palabras o símbolos. Cuando todos hayan finalizado se les invitará de manera voluntaria a compartir con el grupo el por qué y el significado de su dibujo. Para terminar la sesión se presentará un cuadro grande de cartón sobre el que se pegará cada dibujo realizado por los asistentes, para así formar un gran cuadro final.

Al ser la última sesión establecida con los pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora se aplicará la encuesta de satisfacción (Anexo 8), para conocer la efectividad o no de plan de prevención de malestar psicológico.

Taller 3: Mi familia mi apoyo

Objetivo.

Sensibilizar a los familiares de los pacientes acerca de la importancia del acompañamiento a través de la técnica de escucha activa y el vínculo asistencial, con la finalidad de potenciar las redes de apoyo.

Sesión 5.

Duración: 60-90 minutos.

Participantes: 12 a 25 familiares de los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora.

Estrategias y materiales a utilizar:

- Psicoeducación.
- Computadora.
- Cartulina (8cm x 10cm).
- Marcador.
- Proyector.

Procedimiento:

El taller se llevará a cabo en 4 fases, en las cuales se dará participación activa tanto del ponente, como de los asistentes al mismo.

Fase 1. El facilitador se presentará ante los asistentes y aportará un marcador y una cartulina pequeña para que los presentes escriban su nombre y lo ubiquen donde se pueda leer, esto con la finalidad de tener una mejor comunicación, posterior a esto iniciará con la dinámica “El sol brilla en...” De pie o sentados, los participantes formaran un círculo pequeño con una persona en el centro. La persona que se encuentre en el centro grita “el sol brilla en...” y pronunciará un color o una prenda de vestir que alguien en el grupo tenga. Por ejemplo, “el sol brilla en los que tienen zapatos negros” o “el sol brilla en todos los llevan anillos” o “el sol brilla en todos los que tienen camiseta roja”. Todos aquellos participantes que tienen estos atributos deberán cambiar lugares entre sí, mientras que la persona en el centro tratará de tomar el lugar de los que se han movido, siendo así que otra persona se quedará sin lugar y será quien pase al centro. La nueva persona en la mitad grita “el sol brilla en...” y dice nombres de diferentes colores o tipos de ropa (Alianza Internacional Contra el VIH/SIDA, 2002).

Fase 2.

A través del uso de una presentación con diapositivas, se conceptualizará el malestar psicológico dando a conocer causas, síntomas y efectos del mismo.

Fase 3.

Se psicoeducará a los asistentes acerca de lo que conlleva el estar en tratamiento de Hemodiálisis y como el hecho de estar ante una enfermedad crónica puede repercutir en la salud tanto física y mental no solo del paciente, sino también de todos los miembros de la familia, se abarcará la enfermedad como influencia en sus relaciones, como posible generador de tensión y conflictos, recalcando la necesidad de adaptación de la familia a nuevas exigencias, como la distribución de nuevos roles y funciones, de los posibles cambios de rutinas y horarios que pueden ocurrir y los efectos que estos tienen.

Fase 4.

Se cerrará la sesión con la dinámica “El círculo del aprendizaje” El facilitador invita a todos los participantes a formar círculo, les pedirá que se tomen la mano de la mano, una vez tomados de la mano, explicará: La mano derecha simboliza nuestra capacidad de ayudar y está extendida hacia la mano izquierda de un compañero/a. La mano izquierda recibiendo a la mano derecha representa la aceptación de ayuda. Ambas manos simbolizan la necesidad y la posibilidad de intercambio. Y al mismo tiempo en que recibimos ayuda podemos brindar ayuda, esta dinámica tiene como finalidad destacar la importancia del apoyo y de contar con alguien, finalmente el facilitador pedirá a que voluntariamente los participantes compartan uno de los aprendizajes que se llevan de la sesión. Al concluir, deben autoregalarse unos aplausos (Alianza Internacional Contra el VIH/SIDA, 2002).

Sesión 6.

Duración: 60-90 minutos.

Participantes: 12 a 25 familiares de los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora.

Estrategias y materiales a utilizar:

- Psicoeducación.
- Computadora.
- Cartulina (8cm x 10cm).
- Marcador.

- Proyector.
- Pelota pequeña.

Procedimiento:

El taller se llevará a cabo en 4 fases, en las cuales se dará participación activa tanto del ponente, como de los asistentes al mismo

Fase 1.

Se realizará el saludo principalmente de parte del ponente hacia los asistentes, quienes retroalimentaran este, a continuación, se realizará la dinámica denominada “Me voy de viaje” la cual consiste en que, todos los participantes se deben sentar ponerse de pie en un círculo. El anfitrión iniciará diciendo: “Me voy de viaje y me llevo una sonrisa” y le debe sonreír a la persona a su derecha. Luego esa persona tiene que decir “Me voy de viaje y me llevo una sonrisa y un abrazo” y le da a la persona a su derecha un abrazo y una sonrisa, y así sucesivamente. Cada persona debe repetir lo que se ha dicho y seguidamente añadir una nueva acción a la lista. Se continuará la modalidad hasta que todos los asistentes hayan participado. La dinámica se realiza con la finalidad de empezar la sesión con ánimo y buena motivación. (Alianza Internacional Contra el VIH/SIDA, 2002).

Fase 2.

El potente hará un breve recuento de lo que conlleva el malestar psicológico y ampliará los conocimientos acerca de cómo la familia es clave y una de las bases principales que aporta contención al paciente para no permitir la aparición de malestar psicológico y en el caso que aparezca, como la familia ayuda a reducirlo aliviando la condición del paciente. Se destacará la importancia de una buena red de apoyo.

Fase 3.

Se ofrecerá técnicas a los familiares de los pacientes que ayudarán a conocer un poco más como se está sintiendo el paciente, con la finalidad de que sienta el apoyo de los mismos. Las técnicas a enseñar son las de:

- Escucha activa

- Vínculo asistencial

Se explicará las ventajas de estas y efectos positivos de las mismas.

Fase 4.

Se llevará a efecto el cierre de la sesión con una dinámica titulada “Reflexión final”, la cual iniciará con el facilitador quien arrojará una pequeña pelota a uno de los participantes, aquel que la agarre debe dar una opinión acerca de la sesión y que mensaje le ha dejado esta, una vez participado pasará la pelota a otra asistente y se repetirá la temática. Esta dinámica es de gran ayuda para que los participantes puedan reflexionar sobre la temática de la sesión.

Seguimiento.

Es importante realizar un seguimiento tanto en los pacientes como en sus familiares, un mes después de haber culminado las sesiones se citará a los participantes, a un nuevo encuentro esto con la finalidad de valorar, y evaluar si los objetivos del presente taller se han cumplido.

En caso de haberse presentado o aumentado el riesgo malestar psicológico, se tomará en cuenta la posibilidad de una evaluación a nivel individual y en el caso de diagnosticarse la presencia de un malestar psicológico se derivará a una intervención individual con un profesional de la salud mental, por otra parte de no presentarse un malestar significativo se presentará la opción de llevarse a cabo un taller cada 6 meses en el cual se recalque la importancia de tener y mantener un buen estado de salud mental.

7. DISCUSIÓN

La insuficiencia renal crónica conlleva una amplia gama de síntomas a nivel físico, que interfieren con la vida diaria del individuo, y, a pesar de la existencia de diferentes protocolos y opciones de tratamientos, estos corrigen de manera parcial su sintomatología, sin embargo, se producen cambios en el estilo de vida del paciente, provocando que éste tenga que lidiar con una variedad de estresores que requieren un proceso de adaptación a la enfermedad, en su transcurso es posible que, surjan diversos problemas psicológicos y sociales. La depresión, la ansiedad, el escaso apoyo social y la mala calidad de vida se han destacado en la literatura como las demostraciones más asociadas al malestar psicológico y con mayor repercusión en los resultados clínicos y pronóstico de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Dando respuesta a la pregunta de investigación ¿Cuál es la relación entre calidad de vida y el malestar psicológico de los pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, periodo 2022?, el presente estudio refleja que en las 59 personas que formaron parte del estudio, existe un predominio del sexo masculino, siendo el nivel de calidad de vida malo en un 5.1 % el que tiene una mayor prevalencia, seguido del nivel regular en un 50,8 %, el nivel bueno el 32,2 %, nivel muy bueno el 10,2 % y finalmente en el nivel excelente el 1,7 % de los participantes.

En un estudio denominado calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México, se obtuvo como resultado que el 23,88 % de los pacientes reflejó una calidad baja o mala, el 76,12 % un nivel medio o regular y no existieron porcentajes incluidos en el nivel alto o buena calidad de vida, contrario a un estudio realizado por Gualotuña y Guevara (2020), los cuales obtuvieron como resultado que de su población total el 59,68 %, puntuó un nivel de calidad de vida malo en comparación con el 40,3 %, que se enmarcan dentro del nivel bueno de calidad de vida.

Según Celia y Tulskey (1990) la calidad de vida está referida a aquella percepción que el paciente le brinda a su vida, conjuntamente con el grado de la satisfacción respecto a su nivel actual de actividad en relación con lo que considera factible o ideal.

En cuanto al malestar psicológico la presente investigación reflejó que el 71,2% no presentó una psicopatología. Tras la revisión de literatura no se han encontrado estudios a nivel nacional que abarquen la variable, sin embargo, en un estudio realizado en Santa Clara Cuba, a

través de la aplicación del test de Zung, se determinó alta prevalencia de depresión en 109 de los 117 pacientes representando el 93,97%, predominaron la depresión leve y moderada, mismas que se establecieron como reacción ante la crisis y afrontamiento de la enfermedad, resultados que concuerdan con los encontrados por Romero., et al 2018 en su estudio denominado “El Estado Emocional En Pacientes Con Tratamiento De Hemodiálisis”, en el cual el nivel de ansiedad manifestó una asociación positiva con el grado de depresión, ansiedad en un 72%, (leve y severa), y la depresión un 76%, (leve y severa), detectando situaciones susceptibles de intervención en determinados pacientes.

Las personas en tratamiento de diálisis pasan por un sin número de cambios a nivel de rutinas, horarios y actividades que pueden ser generadores de que se produzca un malestar psicológico. El malestar psicológico muchas de las veces están dirigidas por cómo percibimos y, sobre todo, cómo afrontamos aquellos problemas cotidianos y experiencias que se presentan en la vida del individuo, el malestar psicológico no solo viene de condiciones externas, sino que abarca lo subjetivo también y se relaciona con nuestra manera de actuar frente a él (Díaz, 2021).

Acuñaando a lo antes mencionado cabe destacar que, la percepción del individuo es importante al momento de apreciar su condición de salud y de alguna forma se verá plasmado en la presencia o ausencia de malestar psicológico significativo, en ese sentido en un estudio realizado en Trujillo-Perú, se comprobó que a medida que el individuo va adaptándose a su condición este construye la denominada resiliencia, misma que es conceptualizada por Rutter (2006) como aquella habilidad para seguir adelante a pesar de las adversidades vividas. Es por ello que en un estudio denominado “Patient quality of life on quotidian hemodialysis” se reflejó que los pacientes que se benefician de los recursos de apoyo social presentan menos malestar psicológico y síntomas depresivos.

Por otro lado, en un estudio realizado en Lima-Perú se concluyó que en su mayoría, los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, utilizan distintos mecanismos de adaptación a su proceso, los cuales están íntimamente relacionados con el entorno en el que se desarrollan, además del apoyo familiar que se les otorgan, el estudio dio como resultado un predominio de los mecanismos afectivos, con un 71.4% en la adaptación comprometida y un 61.9% en los mecanismos sociales de la adaptación compensatoria.

Una vez interpretados los resultados y al haberse determinado que no existe una relación significativa entre las dos variables de estudio, cabe mencionar que el análisis se llevó a cabo determinando el valor de Rho de Spearman de -0,225 y un p valor mayor a 0,05 indicativo de que no existe una relación significativa.

Al no encontrarse estudios que abarquen en un mismo estudio las dos variables establecidas y tomando como referencia los estudios existentes se puede deducir que los pacientes del presente estudio han desarrollado habilidades y características que les han permitido hacer frente a su condición y no han permitido que se genere un malestar psicológico significativo, sin embargo, mayores esfuerzos han de realizarse para despejar las dudas existentes, debido a que los resultados no ofrecen un panorama amplio, por ende, resulta de gran importancia invitar a profundizar en el rol que juegan las emociones en el tratamiento de hemodiálisis.

8. CONCLUSIONES

Después de haberse llevado a cabo el presente estudio de investigación se obtuvo los siguientes resultados:

- Se determinó que no existe una relación entre la calidad de vida, y el malestar psicológico en pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, periodo 2022.
- Se evidenció a través del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 que, la mayoría de los participantes reflejaron un nivel de calidad de vida regular.
- En esta trabajo de integración curricular se reflejó que en su mayoría no existe un nivel psicopatológico de malestar psicológico significativo, sin embargo, los resultados muestran niveles altos dentro de la dimensión de minimización, mismo que reflejan un intento consciente o inconsciente de dar una imagen positiva y tendencia a la negación de una patología presente, puesto que se expone una minimizando en la intensidad y frecuencia de su sintomatología.
- Al medir la relación entre las variables de calidad de vida y malestar psicológico no se encontró una correlación significativa entre estas, sin embargo, resulta de vital importancia desarrollar un plan de intervención psicológica de carácter preventivo que permita evitar o disminuir la presencia de malestar psicológico, además de brindar estrategias para frenar el mismo.

9. RECOMENDACIONES

Antes de dar por finalizada la presente investigación se recomienda:

- Continuar elaborando investigaciones que permitan determinar la percepción de calidad de vida en pacientes con enfermedades renales crónicas (ERC), así como también dentro de su análisis implementar el estudio de estrategias de afrontamiento y resiliencia que permitirá identificar sus factores protectores.
- Realizar estudios que abarquen mayor número de participantes, incluyendo otras instituciones con pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis
- Elaborar estudios que engloben las variables de calidad de vida y malestar psicológico, que apoyen futuras investigaciones, puesto que actualmente son escasas.
- Realizar acompañamiento y seguimiento psicológico permanente a los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, debido a que en la actualidad no existe un profesional de la salud mental que labore de manera permanente en dicha dependencia.
- Llevar a cabo acompañamiento psicológico con los familiares y cuidadores principales de los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis, así como implementar sesiones psicoeducativas con los mismos.
- Incorporar dentro del plan de tratamiento médico de los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis, programas psicoeducativos que permitan conocer y ampliar sus conocimientos acerca de la importancia de la salud mental.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Alianza Internacional Contra el VIH/Sida. (2002). 100 juegos para animar grupos: juegos para realizar en talleres, reuniones y la comunidad. <https://www.orientacionandujar.es/wp-content/uploads/2016/09/INICIO-DE-CURSO-100-Formas-de-Animar-Grupos.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Blanco, A. y Chacón F. (1985). *La evaluación de la calidad de vida*. España: DDB, 1985.
- Bolaños F., y De Keijzer, B. (2020). Determinación social del malestar psicológico y el estrés en hombres que ejercen violencia familiar en la Ciudad de México. *Salud Colectiva*, 16, (1). <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2249/es/>
- Buela G., Caballo, V., y Sierra, J (1996) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo XXI de España
- Cabrera, E., Guizado, J., & Peralta, R. (2018). Adaptación de pacientes adultos al tratamiento de hemodiálisis en un hospital público, enero – abril 2018. [Tesis de licenciatura]. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://190.116.48.43/handle/20.500.12866/3507>
- Castello, M., Fernández de Sanmamed, M., García, J., Mazo, M., Mendive, J., Rico, M., Rovira, A., Serrano, E., y Zapater. (2016). *Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de salud*. Barcelona: Forum Catala d'Atención Primària, 2016. <https://consaludmental.org/publicaciones/Atencion-personas-malestar-emocional.pdf>
- Celia, D y Tulsy, D. (1990). *Midiendo la calidad de vida hoy: aspectos metodológicos*.
- Cuevas, M., Saucedo, P., Romero, G., García, A., y Hernández, A. (2017). Relación entre las complicaciones y la calidad de vida del paciente en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(2), 112–119. <https://doi.org/10.4321/s2254-288420170000200003>
- Díaz, J. (2021). *Estrés laboral y malestar psicológico en los empleados del Cuerpo de Bomberos del cantón Balsas, periodo 2021-2022*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Loja.

- Enrique, R. (2018). El estado emocional en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. *Revista Inclusiones* 5(4). 99-117. <http://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/2304>
- Gualotuña, L., y Guevara, N. (2020). *Evaluación de calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica hemodializados en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, Loja 2020*. Ucuena.edu.ec.
<https://doi.org/http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/36015> 63
- Harris, D. (1990). *La justificación del estado de bienestar*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales
- Hauser, K., Longo, B., y Jacomes, F (2015). *Harrison. Principios de Medicina Interna. Edición 16*. México: Mc-Graw-Hill Interamericana
- Heidenheim, A., Muirhead, N., Moist, L., Lindsay, R.M. (2003). Patient quality of life on quotidian hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 42 (1), 36-41.
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0038003151&doi=10.1016%2fs0272-6386%2803%2900536-5&partnerIDDOI>
- Instituto Municipal de Investigación Médica (2000). *Cuestionario de Salud SF-36*. Barcelona
- Mederos, E., Trujillo, R., Treto, Y., Fariñas, R., Martínez, Y., & Mederos, I. (2021). Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis. *Medicentro Electrónica*, 25(3), 399–422.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000300399#B16
- Ministerio de Salud Pública. (2022). Hospital General Isidro Ayora. Salud.gob.ec.
<https://www.salud.gob.ec/hospital-general-isidro-ayora>
- Molinero, L. (2019). Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la lucha contra Hipertensión Arterial. *Cuestionarios de Salud (1)*1.
<https://web.archive.org/web/20080818033924/http://www.seh-lelha.org:80/cucadevi.htm>
- National Kidney Koundation (2017). Guías de Diálisis Peritoneal: Lo que necesita saber.
https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/peritonealdialysis_span.pdf

- Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental. (1996). *WHOQOL-BREF: introducción, administración, puntuación y versión genérica de la evaluación*. . Organización Mundial de la Salud
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Las 10 principales causas de defunción*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Organización Mundial de la Salud (10 de junio de 2021). *Servicios comunitarios de Salud Mental fundamentados en los derechos*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/community-based-mental-health-services-using-a-rights-based-approach>
- Piédrola, G. (1991). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson Salvat
- Renz, et al. (2020) Calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis y factores relacionados. *Revista Latino-Americana Enfermogen* (28).
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/9JDNyTBwTMqt4br7svXJT4v/abstract/?lang=es>
- Rivera, L., y Abuín, M. (2013). *LSB-50: Listado de síntomas Breves*. Madrid: TEA Ediciones, S.A, 2012 64
- Rodríguez, A (2019). Resiliencia y flujo en pacientes adultos en proceso de hemodiálisis en una clínica de Trujillo. [Tesis de licenciatura]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. <http://hdl.handle.net/11537/23180>
- Rodríguez, C., y Ferradás, M. (2016). *Calidad de vida y bienestar en la vejez*. Madrid: Ediciones Pirámide (Group Anaya, S.A.), 2016
- Romero, H., Echeverría, k., Suárez, G., & Guamán, R. (2018). El estado emocional en pacientes con tratamientos de hemodiálisis. *Revista inclusiones*, 5 (4), 99-117.
<https://revistainclusiones.org/pdf57/7%20VOL%205%20NUM%204%202018RAMIROANDREA%20OCTUBREDICIEMBRER%20INCLU.pdf>
- Samus, D. (2018). *Bienestar espiritual-religioso y malestar psicológico. La influencia de las prácticas espirituales y el bienestar religioso en la disminución del malestar psíquico*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Abierta Interamericana.

- Sánchez, C., Rivadeneyra, L., & Pierre, C. (2017). Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 262–270. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300006
- San Martín, (2008). *Tratado General en las sociedades humanas. Salud y Enfermedad*. México: La prensa Médica
- Szalai, A. (1980). *The meaning of comparative research on the quality of life*. London: Sage.
- Vázquez, M. (2020). Aspectos Psicosociales del Paciente en Diálisis. *Nefrología al día*. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. Galicia. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-aspectos-psicosociales-del-paciente-dialisis-276>
- Vázquez P., & Rojas, w. (2018). Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Revista Enfermería Herediana*, 10 (2), 82-88. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3362#:~:text=Conclusi%C3%B3n%3A%20la%20calidad%20de%20vida,mejorar%20su%20calidad%20de%20vida.>
- Verdugo, M. & Schalock, R. (2013). *Discapacidad e inclusión Manual para la Docencia*. España: Amarú
- Ware, J., Brook, R., Davies, A., & Lohr, K. (1981). *Elección de medidas para el estado de salud de individuos en poblaciones generales*. Santa Mónica: Rand Corporation.

11. ANEXOS

Anexo 1. Apertura A La Institución De Estudio



Ministerio de Salud Pública
Hospital General Isidro Avora
Proceso de Docencia e Investigación

Oficio Nro. MSP-CZ7-HIAL-PDI-2022-20-M

Loja, 18 de Abril del 2022

Srta. Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación.
ESTUDIANTE DE CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado "CALIDAD DE VIDA Y MALESTAR PSICOLOGICO EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2022", lo encuentro PERTINENTE Y FACTIBLE de realizar, por lo que autorizo el desarrollo del mismo en esta Casa de Salud, para lo cual se comunicará al Responsable del Servicio de Hemodiálisis para que se le preste las facilidades del caso para su realización.

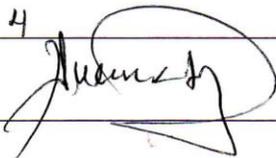
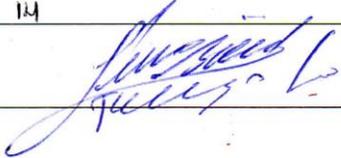
Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente:

Dr. Marco Medina Sarmiento.
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL

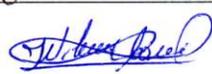


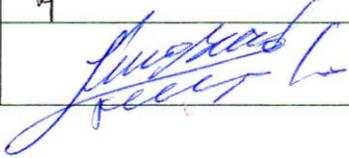
Anexo 2. Registro De Asistencia

DATOS DE REGISTRO	
Nombre De Encargado De La Unidad	Angel Medina
Fecha:	Martes 31 de Mayo del 2022
Hora De Inicio:	08:30 am
Hora De Finalización:	09:30 am
N° De Pacientes Encuestados:	2
N° De Reactivos Aplicados:	4
Firma De Encargado:	 Dr. Angel Medina Ayala NEFROLOGO Reg. MSP. 1103461958
DATOS DE REGISTRO	
Nombre De Encargado De La Unidad	Dr. Marco Abad
Fecha:	Miércoles 01 de Junio del 2022
Hora De Inicio:	09:00 am
Hora De Finalización:	11:50 am
N° De Pacientes Encuestados:	7
N° De Reactivos Aplicados:	14
Firma De Encargado:	 Dr. Marco Abad Tamayo Especialista en Medicina Familiar y Nefrología MSP. Reg. 2000058301 Reg. SENESCYT CU-14-6664
DATOS DE REGISTRO	
Nombre De Encargado De La Unidad	Dra. Dolores Quezada
Fecha:	Miércoles 01 de Junio del 2022
Hora De Inicio:	16:15 pm
Hora De Finalización:	9
N° De Pacientes Encuestados:	18
N° De Reactivos Aplicados:	
Firma De Encargado:	 Dra. Dolores Quezada V. MEDICO CIRUJANA L 11 F 233 No 692 INUMT No 12.00.00000000

DATOS DE REGISTRO	
Nombre De Encargado De La Unidad	Diana León
Fecha:	Jueves 02-Junio del 2022
Hora De Inicio:	09:00 am
Hora De Finalización:	12:30 pm
N° De Pacientes Encuestados:	8
N° De Reactivos Aplicados:	16
Firma De Encargado:	

DATOS DE REGISTRO	
Nombre De Encargado De La Unidad	Lic. Mgs. Wilma Garrón
Fecha:	Jueves 02 de Junio del 2022
Hora De Inicio:	17:00 pm
Hora De Finalización:	18:30 pm
N° De Pacientes Encuestados:	6
N° De Reactivos Aplicados:	12
Firma De Encargado:	 HOSPITAL GENERAL "ISIDRO AYORA" Lic. Mgs. Wilma A. Carrion A. ENFERMERIA Libro: 002 Folio: 058 N°. 060

DATOS DE REGISTRO	
Nombre De Encargado De La Unidad	Lic. Mgs. Wilma Garrón
Fecha:	Viernes 03 de Junio del 2022
Hora De Inicio:	16:15 pm
Hora De Finalización:	17:20 pm
N° De Pacientes Encuestados:	3
N° De Reactivos Aplicados:	6
Firma De Encargado:	 HOSPITAL GENERAL "ISIDRO AYORA" Lic. Mgs. Wilma A. Carrion A. ENFERMERIA Libro: 002 Folio: 058 N°. 060

DATOS DE REGISTRO	
Nombre De Encargado De La Unidad	Dr. Marco Abad
Fecha:	Lunes 06 de Junio del 2022
Hora De Inicio:	11:25 am
Hora De Finalización:	12:30 pm
N° De Pacientes Encuestados:	2
N° De Reactivos Aplicados:	4
Firma De Encargado:	 Dr. Marco Abad Tamayo Especialista en Medicina Familiar y Nefrología MSP. Reg. 2000058301 Reg. SENESCYT-CU-14-6664

DATOS DE REGISTRO	
Nombre De Encargado De La Unidad	Dra. Ximena Granda
Fecha:	Miércoles 08 de Junio del 2022
Hora De Inicio:	09:00 am
Hora De Finalización:	10:15 pm
N° De Pacientes Encuestados:	4
N° De Reactivos Aplicados:	8
Firma De Encargado:	 Ximena J. Granda V. MEDICA GENERAL SENESCYT.1008-2017-1902680

DATOS DE REGISTRO	
Nombre De Encargado De La Unidad	Dra. Ximena Granda
Fecha:	Martes 14 de Junio del 2022
Hora De Inicio:	09:15 am
Hora De Finalización:	12:15 pm
N° De Pacientes Encuestados:	7
N° De Reactivos Aplicados:	14
Firma De Encargado:	 Ximena J. Granda V. MEDICA GENERAL SENESCYT.1008-2017-1902680

Anexo 3. Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Nombre:

Edad:

De 18-45 años ()

De 46 años en adelante ()

Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

Tratamiento médico que recibe:

Duración del tratamiento:

Diagnostico:

Anexo 4. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Actividad Académica)

Yo, _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en la investigación titulada “**CALIDAD DE VIDA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2022**”, a cargo de Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación en calidad de tesista y Psic. Cl. Vannesa Romina Pineda, en calidad de director de trabajo de integración curricular, de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, durante el periodo Abril – septiembre 2022.

Mi participación en el estudio no acredita retribución de ningún tipo y consiste en dar respuesta a la ficha demográfica, al test de calidad de vida SF-36 y al Listado de Síntomas Breves LSB-50. Estoy en pleno conocimiento que toda la información registrada será confidencial, no se revelarán datos personales, y que los resultados se usarán para fines estrictamente académicos y de divulgación científica.

En base a lo expuesto, declaro que acepto participar voluntariamente en este estudio, pudiendo retirarme del mismo en cualquier fase, sin perjuicio personal o legal; y que he recibido una copia del presente documento.

Firma participante:

Fecha:

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con:
Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación, Cel.: 0984241108

Anexo 5. Cuestionario De Calidad De Vida SF-36

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36

Nombre _____ Fecha de aplicación _____

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras, pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y seleccione aquella que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

Marque una sola respuesta

1. En general, ud diría que su salud es:

Excelente

Muy Buena

Buena

Regular

Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

**Mucho mejor
ahora que
hace un año**

**Algo mejor
ahora que
hace un año**

**Más o menos
igual que hace
un año**

**Algo peor
ahora que
hace un año**

**Mucho peor
ahora que
hace un año**

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual, Le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Subir <u>varios pisos</u> por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Subir <u>un solo piso</u> por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Agacharse o arrodillarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con que frecuencia ha tenido alguna de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física

	Sí	No
a. ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. hizo menos de lo que hubiera querido hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante las últimas 4 semanas,

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por <u>algún problema emocional?</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer a causa de <u>algún problema emocional?</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional?</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- | Nada | Un Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- | No, ninguno | Si, Muy Poco | Sí, Un Poco | Si, Moderado | Sí, Mucho | Sí, Muchísimo |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (¿incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- | Nada | Un Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia...

	Siempre	Casi Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Solo Alguna Vez	Nunca
a. ¿Se sintió lleno de vitalidad	<input type="checkbox"/>					
b. ¿Estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/>					
c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/>					
d. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
e. ¿Tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>					
f. ¿Se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/>					
g. ¿Se sintió agotado?	<input type="checkbox"/>					
h. ¿Se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>					
i. ¿Se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>					

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué recurrencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Solo Alguna Vez	Nunca
<input type="checkbox"/>				

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente Cierta	Bastante Cierta	No lo sé	Bastante Falsa	Totalmente Falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/>				
b. Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/>				
c. Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/>				
d. Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/>				

Anexo 6. Listado De Síntomas Breves Lsb-50

LISTADO DE SINTOMAS BREVES (LSB-50)

INSTRUCCIONES

Al dorso de esta página encontrará una serie de afirmaciones sobre malestar o problemas que pueden afectar en mayor o menor medida a todas las personas. Contesta cada una de ellas teniendo en cuenta aquello que haya sentido o experimentado durante las últimas semanas, incluido el día de hoy. Para ello marque junto a cada afirmación una de las siguientes opciones

0 Nada	1 Poco	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Mucho
Si no ha tenido esta molestia en absoluto	Si ha tenido esta molestia un poco presente	Si ha tenido esta molestia moderadamente	Si has tenido esta molestia bastante	Si ha tenido esta molestia mucho extremadamente

Valore el grado en que ha tenido cada uno de los siguientes síntomas en las últimas semanas:

1	Mi corazón palpita con alta frecuencia	0	1	2	3	4
2	Me siento triste	0	1	2	3	4
3	Tengo ganas de romper o destruir algo	0	1	2	3	4
4	Siento nerviosismo o agitación interna	0	1	2	3	4
5	Tengo mareos o sensaciones de desmayo	0	1	2	3	4
6	Me preocupa la dejadez y el descuido	0	1	2	3	4
7	Tengo que comprobar una y otra vez todo lo que hago	0	1	2	3	4
8	Me cuesta tomar decisiones	0	1	2	3	4
9	Me irritó o enfado por cualquier cosa	0	1	2	3	4
10	Siento miedo en la calle en espacios abiertos	0	1	2	3	4
11	Tengo Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
12	Me siento decaído o falta de fuerzas	0	1	2	3	4

13	Me despierto a la madrugada	0	1	2	3	4
14	Duermo inquieto o me despierto mucho por la noche	0	1	2	3	4
15	Doy vueltas a palabras o ideas que no consigo quitarme de la cabeza	0	1	2	3	4
16	Me siento incómodo o avergonzado cuando estoy en reuniones o con gente	0	1	2	3	4
17	Me vienen ideas de acabar con mi vida	0	1	2	3	4
18	Tengo miedo sin motivo	0	1	2	3	4
19	Tengo molestias digestivas o náuseas	0	1	2	3	4
20	Siento hormigueo o se me duerme alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
21	Veó mi futuro sin esperanza	0	1	2	3	4
22	Me da miedo estar solo	0	1	2	3	4
23	Tengo ataques de ira que no puedo confrontar	0	1	2	3	4
24	Me siento incomprendido	0	1	2	3	4
25	Me da miedo salir de casa solo	0	1	2	3	4
26	Me parece que otras personas me observan o hablan de mí	0	1	2	3	4
27	Me cuesta dormir	0	1	2	3	4
28	Tengo sentimientos de culpa	0	1	2	3	4
29	Me siento incómoda comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
30	Me siento herido con facilidad	0	1	2	3	4
31	Me siento incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
32	No siento interés por nada	0	1	2	3	4
33	Tengo manías como repetir cosas innecesariamente (tocar algo, lavarme, comprar algo, etc.)	0	1	2	3	4
34	Me vienen ideas o imágenes que me dan miedo	0	1	2	3	4
35	Me siento temeroso	0	1	2	3	4
36	Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las haga bien	0	1	2	3	4
37	Me siento solo	0	1	2	3	4
38	Me siento inferior a los demás	0	1	2	3	4
39	Lloró con facilidad	0	1	2	3	4
40	Me siento sola, aunque tenga compañía	0	1	2	3	4
41	Me da por gritar o tirar las cosas	0	1	2	3	4

42	Me siento inútil o poco valioso	0	1	2	3	4
43	Me duelen los músculos	0	1	2	3	4
44	Discuto con frecuencia	0	1	2	3	4
45	Tengo dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
46	Me dan ahogos o me cuesta respirar	0	1	2	3	4
47	Tengo que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque me dan miedo	0	1	2	3	4
48	Me dan ganas de golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
49	Siento que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
50	Tengo presentimiento de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4

Anexo 7. Normas De Convivencia

NORMAS DE CONVIVENCIA

Entre algunas de las normas de convivencia más importantes para generar un ambiente de respeto, confianza y aprendizaje podemos señalar:

1. Ser amable con compañeros y expositor.
2. Practicar las normas del buen hablante y del buen oyente.
3. Respetar los aportes de los compañeros
4. Usar un vocabulario respetuoso, decente y apropiado.
5. Asistir regularmente y con puntualidad.
6. Llevar al taller todos los materiales necesarios.
7. Ayudar a mantener el orden y disciplina.
8. Mantener el área de trabajo ordenada.
9. Participar activamente en las actividades.
10. No agredir verbal o físicamente a ningún compañero (cero bullying).

Anexo 8. Cuestionario De Satisfacción

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN				
<p>Este cuestionario pretende evaluar la satisfacción alcanzada por los pacientes que se encuentran en tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Isidro Ayora, luego de haber culminado el plan de prevención psicológica que pretende eliminar o disminuir la posible sintomatología del malestar psicológico, este cuestionario es diseñado con el fin de detectar cuan favorable fue el plan aplicado y en caso de existir deficiencias efectuar las correcciones adecuadas para futuras aplicaciones.</p>				
INFORMACION GENERAL				
Nombre y Apellido:			Edad:	
Fecha:				
INSTRUCCIONES				
<p>Complete el presente cuestionario, (X) utilizando una escala del 0 al 3, donde 0 equivale a Nada satisfecho, 1 equivale a Poco Satisfecho, 2 a Satisfecho y 3 a Muy Satisfecho.</p>				
PREMISA	0	1	2	3
¿Se sintió cómodo con su participación a las diferentes sesiones del taller presentado?				
¿Le pareció importante la información que se impartió en el taller?				
¿Es comprensible para Ud, la información impartida?				
¿El contenido del taller resulto valiosa para Ud?				
¿Considera que las temáticas abordadas en cada taller fueron las adecuadas?				
¿Las técnicas aportadas han cumplido su finalidad?				
¿Estima ud que el taller se llevó de manera dinámica?				
¿Considera que el tiempo de las sesiones fue el adecuado?				
¿Considera Ud, que se logró el objetivo propuesto al inicio del taller?				
TOTAL				

0 = NADA SATISFACTORIO

1-9= POCO SATISFACTORIO

10-18= SATISFACTORIO

19-27 = MUY SATISFACTORIO

Anexo 9. Certificado De Abstract



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis: **“CALIDAD DE VIDA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2022.”**, autoría de **Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación** con número de cédula **1150602611**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 09 de septiembre del 2022



Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072578899
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec

Anexo 10. Informe De Estructura Y Coherencia Del Proyecto



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 3 de junio del 2022

Dra. Ana Puertas Asanza Mgs.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA – UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Quien suscribe la presente, Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas Mgs. Docente de la Carrera de Psicología Clínica y en atención Oficio. No. 248- C.PS.CL- FSH-UNL con fecha Loja, 18 de mayo de 2022, suscrito por la Directora de la Carrera de Psicología Clínica; me permito dirigir a usted, para hacerle llegar, el informe denominado **"CALIDAD DE VIDA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2022."**, autoría de la estudiante **Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación**, informe que lo concreto en los siguientes términos:

1. La postulante ha corregido todas las observaciones que se le hicieron en las diferentes lecturas del proyecto en mención.
2. Se ha procedido a la constatación de los elementos que exige el reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, en lo que a la estructura y normas de redacción científica se refiere, por lo que se determina, con absoluta objetividad, que el documento está estructurado de acuerdo a la normatividad vigente.

Por lo puntualizado, el proyecto en tratamiento **ESTÁ BIEN ESTRUCTURADO Y EN COHERENCIA CON LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN PROPUESTAS POR LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.** En razón de lo cual, sugiero que la interesada debe seguir con su proceso de graduación, salvando vuestro más ilustrado criterio.

Es lo que puedo informar respecto de lo solicitado por su autoridad. Con sentimientos de consideración y estima personales.

Atentamente,



**VANESSA
ROMINA PINEDA
ROJAS**

Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas. Mgs. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Anexo 11. Designación De Director De Trabajo De Integración Curricular.



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No.357- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 28 de junio del 2022

Psicóloga Clínica
Vanessa Romina Pineda Rojas Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, y acogiendo lo establecido en el Art. 228 del Reglamento de Régimen Académico 2021 de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el informe favorable de pertinencia del Proyecto de Tesis titulado: **"CALIDAD DE VIDA Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2022."**, de autoría de la Srta. Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación del VIII ciclo, me permito designarle **DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR** y autorizo su ejecución.

Art. 228 en su parte pertinente dice: El director del trabajo de integración curricular o de titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes y agradecerle su atención.

Atentamente,



ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Jhoselyn Gabriela Medina Encarnación.
Expediente estudiantil
Archivo