

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO Y
JUSTIFICACIÓN DEL
PROBLEMA

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El presente trabajo investiga la relación existente entre los diferentes aspectos afectivos emocionales y calidad de vida de un grupo de personas tratados mediante hemodiálisis, tomando específicamente a la provincia cercado de la ciudad de Tarja.

En este sentido entendemos que: al hablar de aspectos afectivos emocionales sabemos que tanto los afectos como las emociones se encuentran estrechamente relacionados, pues las emociones derivan de estados afectivos producidos por un estímulo situacional exterior y acompañados por un correlato psicofisiológico manifiesto evidente, como la cólera, la emoción, el miedo etc.

La calidad de vida hace referencia a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que le permita seguir haciendo aquellas actividades que son importantes para él y que afecten a su estado general de bienestar.

Las dimensiones esenciales para la medición de la Calidad de Vida relacionada con la salud son: el funcionamiento social y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional.

Muchas personas sufren de depresión al inicio de la diálisis o después de algunos meses de tratamiento. Se les dificulta ajustarse a los efectos de la insuficiencia renal y al tiempo gastado en la diálisis. Se caracteriza por una profunda tristeza decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

Las enfermedades crónicas son generadoras de ansiedad, la insuficiencia renal supone para la persona un aumento del impacto psicosocial propio de la enfermedad. Como factores estresores está el miedo a la muerte, síntomas físicos que no desaparecen con el tratamiento o como consecuencia del mismo, incertidumbre sobre el trasplante, limitaciones en la vida social y laboral, alteraciones de la autoimagen provocada por el acceso vascular.

Una enfermedad crónica afecta la autoestima, con la enfermedad se ve afectada la autoimagen, aspecto físico, aumenta la dependencia y se ve reducida la sensación de control y seguridad. Por lo que todo esto hace que aumente el sentimiento de incapacidad y de inseguridad.

En Estados Unidos, entre 1980 y 2001, la incidencia de la insuficiencia renal crónica terminal se cuadruplicó de 82 a 334 casos por millón de la población de personas, por otra parte en el año 2005 más de 40.000 personas en España, es decir, alrededor de 1.000 por millón estaban en tratamiento renal sustitutivo, cifra que se estima aumentará en los próximos 10 años debido al envejecimiento progresivo de la población y al aumento en la prevalencia de otros procesos crónicos como la diabetes Mellitus, hipertensión y obesidad, lo que nos indica un aumento considerable en poblaciones consideradas como desarrolladas.

De los 2.231 pacientes con insuficiencia renal en Bolivia que asisten a las sesiones de hemodiálisis, el 70% es de la tercera edad, es decir, que 1.562 personas tienen más de 60 años según el Ministerio de Salud y Deportes.

Según el programa se estima que uno de cada cinco varones y una de cada cuatro mujeres, entre 60 y 64 padecen de insuficiencia renal crónica.

En Tarija son 110 los pacientes que se dializan en los diferentes centros de hemodiálisis.

En base a todos los aspectos expuestos se plantea la siguiente problemática ***¿Cuál es la relación entre los Aspectos Afectivos Emocionales y la Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal, en la ciudad de Tarija?***

1.2. Justificación

La presente investigación adquiere gran relevancia en la medida que realiza un aporte **teórico** conceptual acerca de la relación entre los aspectos afectivos emocionales y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal, de igual manera se aportan nuevos conocimientos en el deterioro en la calidad de vida de las personas que la padecen; principalmente por depender de un centro hospitalario, personal médico y de enfermería especializados, máquinas de hemodiálisis y cicladoras, cambios higiénico-dietéticas, vida sexual, social y laboral.

La rehabilitación de los pacientes en diálisis, en el sentido de restaurar una calidad de vida optima, debe ser un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Sin embargo, buena parte de la medicina parece estar más interesada en medir y controlar adecuadamente los parámetros fisiológicos y bioquímicos y no actuar en los aspectos subjetivos psicológicos del paciente.

Las medidas fisiológicas suministran la información más importante a la parte médica, pero tiene un interés limitado para la particularidad emocional del paciente y a menudo se correlacionan pobremente con su bienestar y capacidad funcional.

Es un hecho comúnmente observado por ejemplo que dos pacientes con idénticos criterios clínicos fisiológicos a menudo presentan respuestas totalmente diferentes en lo que a capacidad funcional y bienestar emocional se refiere.

El control del paciente en la unidad de hemodiálisis nos ofrece parámetros fisiológicos y bioquímicos muy valiosos, pero lo que realmente interesa a muchos de ellos, es saber de qué manera su enfermedad y los tratamientos que reciben

afectan su capacidad funcional y su calidad de vida en general. En este contexto surge la necesidad de analizar el área psicológica e investigar en qué medida el estado emocional va disminuyendo.

La población que está sometida a diálisis esta susceptible a presentar alteraciones a nivel emocional y de estado de ánimo. Es por ello que en nuestro estudio se abordan las variables depresión, ansiedad, autoestima y calidad de vida. Con el fin de analizar la influencia que el tratamiento ejerce sobre los pacientes en dichas variables y viceversa; a fin que pueda servir como material de orientación y análisis a futuros investigadores interesados en profundizar la problemática.

Se considera que a nivel **práctico** la investigación sirve para ampliar y actualizar el conocimiento del personal de salud sobre la calidad de vida del paciente con tratamiento de hemodiálisis, así mismo se pretende con este trabajo sirva como punto de partida para próximas investigaciones o programas empleados para el cuidado y mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis, debido a que estos pacientes presentan un deterioro progresivo.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

II. DISEÑO TEÓRICO

2.1. Problema Científico

¿Cuál es la relación entre los aspectos afectivos emocionales y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal, en la ciudad de Tarija?

2.2. Objetivo General

Establecer la relación entre los aspectos afectivos emocionales y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal, en la ciudad de Tarija.

2.3. Objetivos específicos

1. Determinar la calidad de vida de las personas que viven con insuficiencia renal.
2. Identificar la relación entre el nivel de depresión con la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal.
3. Determinar la relación de la ansiedad con la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal.
4. Establecer la relación entre el nivel de autoestima y la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal.

2.4. Hipótesis

1. Las personas que viven con insuficiencia renal tienen una calidad de vida mala.
2. Existe mayor depresión cuando hay una mala calidad de vida
3. Las personas que viven con insuficiencia renal presentan un grado de ansiedad mayor frente a una calidad de vida regular.
4. Las personas que viven con insuficiencia renal, con una buena calidad de vida tienen un nivel muy bueno de autoestima.

2.5.Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES SÍNTOMAS	ESCALA TPS
Calidad de vida	Resultado del proceso de estimación que el individuo realiza de acuerdo a su propio proyecto de vida. Se refiere a cómo percibe cada individuo su estado físico, mental, ambiental y social.	Función Física	Actividad vigorosa Actividades moderadas Levantar la bolsa de compras Subir varios pisos Subir un piso Agacharse, arrodillarse Caminar algunas cuadras Caminar una cuadra Bañarse, vestirse	CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 v. 2 81-100 pts. Excelente
		Rol Físico	Disminuyó el tiempo Menos cumplimiento Algo limitado Tuvo dificultad	61-80 pts. Muy buena
		Dolor Corporal	Magnitud del dolor Interferencia del dolor	41-60 pts. Buena
		Salud General	Resultado EVGFP Se enferma fácil Tan saludable como otros Salud va a empeorar Salud excelente	21-40 pts. Regular
				0-20 pts. Mala

		Vitalidad	Animado Con energía Agotado Cansado	
		Función social	Alcance social Magnitud (tiempo) social	
		Rol Emocional	Disminuyó el tiempo Menos cumplimiento No cuidadoso	
		Salud mental (SM)	Nervioso Desanimado Tranquilo Triste Feliz	
Depresión	Estado de ánimo triste sentimientos de desesperanza, irritabilidad, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión (trastornos de la afectividad)	Síntomas psicológicos	Tristeza Pesimismo Falta de sentimiento de cambio Descontento Culpabilidad Nivel bajo de energía Indecisión Expectativa de castigo Irritabilidad Imagen del cuerpo En caso de depresión intensa Ideación suicida	CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK 0 – 10 pts. No existe depresión 11- 20 pts. Depresión ligera 21 – 30 pts. Depresión moderada
			Episodios de llanto	

		Síntomas físicos	Pérdida de peso Preocupación somática Fatiga Pérdida de apetito sexual En caso de activación neurofisiológica Excesiva: Insomnio	31 – 40 pts. Depresión muy alta Más de 41 pts. Depresión extrema
		Síntomas de conductas	Dificultad para la acción (esfuerzo)	
		Síntoma asertivo	Retiro social	
Ansiedad	Sentimiento de aprensión, incertidumbre y temor sin estímulo manifiesto y acompañado de cambios fisiológicos.	Física	Presenta palpitaciones, opresión precordial, temblores, sequedad en la boca y dificultades en la respiración.	CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE ROJAS 0 – 20pts. Banda norma 21 – 30 pts. Ansiedad ligera 31 – 40 pts. Ansiedad moderada 41 – 50 pts. Ansiedad grave 51 o más pts. Ansiedad muy
		Psíquica	Inquietud interior, desasosiego por dentro se siente amenazado sin saber el porqué, ganas de huir, temor a perder el control, temor a la muerte, temor al suicidio.	
		Conductuales	Estado de vigilancia, cambia mucho de postura, gesticula mucho, rinde menos en las actividades,	

			dificultad de concentración.	grave.
		Intelectuales	Errores en el procesamiento de la información, cree que no sirve para nada, todo le afecta negativamente, se acuerda más de lo negativo que de lo positivo.	
		Asertivo	Le cuesta decir mucho “no” a veces no sabe que decir ante ciertas personas, le produce dificultad para hablar en público, formular o responder preguntas.	
Autoestima	Sentimiento valorativo de la propia forma de ser, rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad.	Auto concepto	Creencia que tiene el sujeto de sí mismo a través de los comentarios, diálogos y amigos.	CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA 35B JOSÉ ALCÁNTAR A 61 a 75 Nivel óptimo 46 a 60 nivel excelente 31 a 45 nivel muy bueno 16 a 30 nivel bueno 0 a 15 nivel regular -1 a -15 nivel
		Auto conocimiento	Grado en el que la persona conoce sus potencialidades y debilidades.	
		Auto evaluación	Es la autocrítica que la persona hace de sí misma, estableciendo juicios	

			valorativos, acerca de los sentimientos.	bajo -16 a 30 nivel deficiente
		Auto respeto	Grado en el que la persona conoce y acepta sus propias potencialidades y debilidades	-31 a 45 nivel muy bajo -46 a 60 nivel extremo -61 a 75 nivel de autoestima nula.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

III. MARCO TEÓRICO

El presente documento reúne los principales elementos del marco conceptual sobre la relación de los Aspectos Afectivos Emocionales y la Calidad de Vida de las personas que viven con Insuficiencia Renal, con la recopilación de conceptos y enfoques que aquí se presentan.

Se describen brevemente el significado de los aspectos afectivos emocionales, siendo estos la depresión, ansiedad, y autoestima. De igual manera trataremos el significado de la insuficiencia renal crónica, aguda, sus diferencias y calidad de vida.

Se espera que este aporte contribuya con la comprensión de la relevancia que tiene los diferentes aspectos afectivos emocionales en personas que viven con insuficiencia renal y específicamente con los factores que tienen que ver con la calidad de vida.

3.1. Tipos de insuficiencia renal y factores de riesgo

3.1.1. Insuficiencia renal crónica (IRC)

Es una enfermedad que implica la pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para eliminar los productos de desecho, mantener en equilibrio la cantidad de líquidos en el organismo, controlar la presión arterial, facilitar la producción y mantenimiento de glóbulos rojos y regular los niveles de calcio y fosforo.

3.1.2. Insuficiencia renal aguda (IRA)

Es el deterioro rápido de la función renal, dependiendo de la causa, el daño podrá

ser reversible y dejar como secuela una mínima disminución en la función del riñón, si esto sucede debe estarse vigilando periódicamente. Esta enfermedad se puede presentar en la población en general, no respeta sexo, edad ni raza.

3.1.3. Factores de riesgo en insuficiencia renal crónica I R C

Las situaciones de riesgo aumentado en la enfermedad renal crónica son las siguientes:

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

La falta de reconocimiento precoz de enfermedades renales crónicas produce consecuencias, ya que la declinación de la función renal se asocia directamente a la acumulación de complicaciones para esto existe alternativas de tratamiento donde se sobrelleva la enfermedad crónica.

3.2. Tipos de tratamiento

3.2.1. Tipos de tratamiento substitutivos de la insuficiencia renal (IR)

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

Los tratamientos para la insuficiencia Renal son los siguientes:

3.2.2. Diálisis peritoneal

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

3.2.3. Peritoneo

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

3.2.4. Hemodiálisis

La hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina: se hace circular la sangre desde un acceso vascular del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador, en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis, la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo. Uno de los tratamientos más recomendables para los pacientes es el trasplante renal.

3.2.5. Trasplante renal

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

relacionado) o de un donador cadáver (pacientes jóvenes que presentan muerte cerebral).

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

3.3. Calidad de vida

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

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

3.3.1. Hemodiálisis (HD) y calidad de vida

Existen diversos estudios que analizan el estado de los pacientes sometidos a HD y su percepción de la Calidad de Vida. Estas investigaciones ponen de manifiesto que los pacientes de larga duración en tratamiento sustitutivo con HD, en comparación con los que llevan menos tiempo o acaban de comenzar, obtienen puntuaciones más altas en escalas de Calidad de Vida y también en otras variables como el afrontamiento de la enfermedad, el control sobre las emociones y la adherencia al tratamiento (Baldree, Murphy y Powers, 1982; Sjoden y Lindqvist, 2000). Estos datos revelan un funcionamiento global más óptimo de estos pacientes debidos, en parte, a que han superado la fase de adaptación, a diferencia de los que la inician, que se están adaptando a su nueva situación vital.

Por otra parte, Chih-Ken y colaboradores (2010) explican que el riesgo de suicidio en los pacientes en HD es alto debido, probablemente, a las propias características del tratamiento y a las consecuencias que tiene el mismo sobre la vida cotidiana y familiar del sujeto. Sin embargo, este riesgo de suicidio estaría condicionado también por las zonas geográficas y los aspectos culturales de la sociedad en la que viven esos pacientes. En otro estudio sobre Calidad de Vida en pacientes renales se concluye que los pacientes en HD muestran una Calidad de Vida percibida menos óptima, que los pacientes que realizan DP.

Concretamente, estos resultados se hallaron en las sub-escalas relacionadas con el desgaste por la enfermedad, el trabajo, la salud general y la satisfacción personal (Rodríguez, Castro, Prata y Morgado, 2011).

Una investigación del año 2007 de Sayin y colaboradores pone de manifiesto que en pacientes la percepción de Calidad de Vida tras el trasplante mejore respecto a la situación de HD.

Esto mismo se observa también en otros estudios (Sayin, Mutluay y Sindel, 2007; Alavi, Aliakbarzadeh y Sharifi, 2009).

3.4. Depresión

El presente documento tomara como referencia la teoría los postulados de Beck el cual define a la depresión como un *“síndrome en el que interactúan diversas modalidades somáticas, efectiva, conductual y cognitiva”* (Beck, 1998:25). Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, con la causa principal del desorden a partir del cual se destacan los componentes restantes.

Los trastornos emocionales existen una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. En las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o de privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los considera globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce la triada.

- **Visión negativa del yo:** El individuo deprimido manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil, atribuye sus experiencias desagradables a un defecto propio, sea físico, mental o moral. Se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos, tiende a rechazarse a sí mismo y supone que los demás también lo rechazan.

- **Visión negativa del mundo:** Las interacciones con el ambiente son interpretaciones como privaciones, derrotas. El depresivo estima que el mundo le hace enormes exigencias y le presenta obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos de vida.
- **Visión negativa del futuro:** Siempre, desde una perspectiva oscura, se da vueltas y vueltas sobre una serie de expectativas que parecen amenazantes. Supone que sus problemas y experiencias comunes continuaran indefinidamente y que a los cuales ya conocidos se agregaran otros males de mayores.

3.4.1. Causas de la depresión

El procesamiento distorsionado de la información en la depresión y en la ansiedad entiende la teoría de Beck como un factor de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos o ansiosos. Entre todas las posibles causas distales que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información.

Ciertas enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias, traumas evolutivos, la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión unipolar no endógena y en muchos trastornos de ansiedad la etiología tendría que ver en la interacción de tres factores:

- La presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad.
- Una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo.

La ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo” (Ruiz, 2005).

3.4.2. Tipos de depresión

A continuación se describen los tipos de depresión:

- **La depresión como emoción normal:** La depresión es una emoción común que en condiciones normales es una reacción provocada por procesos psicológicos como evaluaciones y estimaciones a nivel cognitivo; en el proceso de depresión intervienen factores cognitivos y sociales. Por su condición desagradable, la depresión parece tener una función: la de eliminación así mismo. Pero será así si la persona se ve obligada a reorganizar sus pensamientos y buscar nuevas ideas para reconstruir su vida.

- **La depresión como emoción anormal:** Una depresión es anormal cuando no guarda proporción con el suceso o sucesos antecedentes que lo han provocado; cuando es excesiva con respecto a la causa o factor precipitante conocida; cuando se produce en sustitución de otra emoción más adecuada.

Para explicar esa depresión tenemos factores psicológicos y constitutivos. Estos factores están conectados con la depresión durante la psicosis maniaco-depresiva. *“La depresión no reorganiza las ideas sino que piensa los procesos de pensamiento portadores del dolor mental”* (Calderón, 1998:3).

3.4.3. Clasificación de los síntomas de depresión

Según Ruiz Sánchez (2000 pg. 2) indica *“que la depresión presenta una serie de sintomatologías en lo que tanto el componente afectivo, intelectual, conductual y*

somático sufren concluyentes cambios a los que se denominaran como trastornos”.

- **Trastornos afectivos:** La afectividad seriamente perturbada en el síndrome depresivo origina síntomas diversos. El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal modo cosas que antes pudieran haber estimulado su ánimo, ahora lo abaten.

El enfermo deprimido que presenta casi siempre este síntoma en forma dominante, manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y que cuesta mucho trabajo tomar decisiones hecho que deteriora su voluntad y su actividad. El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad, da origen a sentimientos de devaluación personal que las demás de las veces se manifiestan con frases como, soy un inútil, para mí no hay nada, todo lo hago mal, etc. Otro síntoma frecuente es el miedo que a veces se presenta en forma no precisa; pero el paciente siente temor pero no puede explicar a que, pudiendo ser todo o nada en especial.

- **Trastornos intelectuales:** Es frecuente que la sensopercepción se encuentre disminuida , situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirle las preguntas dos o tres veces para obtener una respuesta .Muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria ,sin embargo , en realidad existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados ,y se manifiesta por el impedimento para representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea, lo que constituye una experiencia banal episódica del ser humano normal.

Aparte hay una disminución de la capacidad de la atención y concentración y esta

dismnesia suele presentarse para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, refiriéndose a hechos de la vida cotidiana, insuficientemente expresivos para llamar la atención del sujeto. Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico tales como: me he vuelto muy malo, soy nefasto para los demás, etc. El pensamiento obsesivo contribuye a torturar más al enfermo; ideas repetitivas lo acongojan con frecuencia trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan.

- **Trastornos conductuales:** Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas, dan lugar en el enfermo deprimido o trastornos de la conducta, la vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarlo a cabo.

Los impulsos suicidas son los aspectos más delicados y peligrosos que debe valorarse al inicio del tratamiento. Se ha observado en algunos pacientes el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidos para moderar su angustia. Por lo anterior nos damos cuenta que los síntomas psíquicos del deprimido son muy variados, ya que cada momento se entremezclan elementos afectivos, intelectuales y conductuales.

- **Trastornos somáticos:** A este cuadro se llama “depresión enmascarada” y en la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el facultativo, quien sin tenerla presente inicia una búsqueda infructuosa de patología orgánica, que puede prolongarse por años. Asimismo, el paciente inicia una preocupación somática que provoca que el paciente vaya de médico en médico, en una lucha penosa por recuperar la salud, cuando un estudio sencillo y un tratamiento adecuado podía haber resultado su problema en un tiempo relativamente breve.

Uno de estos trastornos es el insomnio, la dificultad de dormir perturba considerablemente al enfermo, pudiendo ser única pero angustiosa queja por muchos años. Otro trastorno importante es la pérdida de peso o disminución del apetito, síntoma que se presenta en casi todos los cuadros agudos.

Por otra parte, se presentan trastornos en la sexualidad con debilitamiento o desaparición del deseo sexual. Este es un trastorno fundamental, los fracasos de realización que originan en el hombre la impotencia, falta de erección o eyaculación precoz, no es otra cosa que la libido reducida, que provoca a su vez un profundo desaliento y un pensamiento obsesivo de minusvalía. En la mujer, la baja sexual es muy evidente. Aunque suele perturbarla menos que al hombre y otros síntomas somáticos que varían entre un caso y otro.

3.4.4. Depresión y enfermedad renal crónica (E.R.C.)

“Todo el proceso que recorren estos pacientes, desde las primeras molestias, hasta el diagnóstico definitivo y la puesta en marcha del tratamiento sustitutivo renal, puede llevar a los pacientes a sufrir trastornos depresivos y ansiosos” (García y Calvanese, 2007: 58). A la Ansiedad y la Depresión que sufren algunos habría que añadir, como factor potenciador de estos síntomas, la dependencia al tratamiento (diálisis), que es el que los mantiene con vida. El hecho de vivir a cuenta de una máquina para poder subsistir, unido a la dependencia del personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios de rol con los familiares, los recursos laborales o la ausencia de ellos, y el deterioro físico, entre otras muchas variables y factores, empobrecería su visión de futuro, pudiendo explicar, al menos en parte, la aparición de trastornos a nivel emocional, de estado de ánimo y afectivo en los pacientes sometidos a diálisis.

Por ello, y *“aunque la prevalencia de la Depresión en este tipo de pacientes no es totalmente conocida no hay lugar a dudas de que tanto la Depresión, la Ansiedad*

y el autoestima pueden influir en la percepción de la Calidad de Vida de los enfermos” (Smith, Hong y Robson, 2001; Levenson y Glochesky, 1991: 45).

La Depresión es una de las variables más estudiada en la población con ERC. Debido a ello, podría deducirse que es importante tenerla en cuenta en cualquier estudio con esta población. En este mismo sentido, Alavi y colaboradores (2009) explican que la *“Depresión tiene una prevalencia en pacientes sometidos a diálisis de entre el 25% y el 30%”*. Estos autores observan que, debido al tratamiento y los síntomas asociados al mismo, también se ven afectadas las actividades de la vida diaria (AVD). Para Chih-Ken y colaboradores (2010: 60), *“la Depresión sería el mayor problema psicológico que presentan los pacientes en HD, encontrando una prevalencia similar a la del estudio anterior”*.

En un estudio con muestra española, se comprobó que el 70% de la muestra de pacientes en HD presentaban Depresión. Además, esta Depresión correlacionaba de manera muy directa con la pobre percepción de su Calidad de Vida (Jofré, López, Moreno y Rodríguez, 1999). En otra investigación más reciente que la anterior y también con muestra española, Vázquez y colaboradores (2004: 50) encontraron que *“la Depresión era una de las pocas variables que podría explicar las bajas puntuaciones en un cuestionario que evalúa la percepción de la Calidad de Vida de los pacientes en HD”*.

En general, todos ellos observan un alto porcentaje de pacientes en HD que sufren Depresión, y cómo esta característica se encuentra en la base de otros problemas relacionados con la situación especial de esta población clínica. En este sentido, Cukor y colaboradores (2007) encuentran que el 42% de los sujetos diagnosticados de Depresión al inicio del tratamiento de HD seguían padeciéndola 16 meses después, es decir, esta sintomatología se arrastraría a lo largo de todo el tratamiento. Por todo ello, como dicen Chih-Ken y colaboradores (2010), podría considerarse uno de los mayores problemas de estos.

3.4.5. Niveles de evaluación de la depresión

- ❖ **No existe depresión:** se refiere a un estado estable de emoción y ánimo, influyendo de forma positiva en su personalidad y de la misma manera en su diario vivir en su trabajo como en su ambiente social, dejando de lado estímulos externos negativos como el cansancio provocado por el trabajo prefiriendo por utilizar mecanismos de muralla que impidan que afecte sus emociones y no se vean involucrados en conflictos sociales, personales que provienen del exterior.
- ❖ **Depresión leve o ligera:** la depresión leve se caracteriza porque los síntomas que presenta son la tristeza, falta de autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión, pero de una forma suave que no afecta a nuestra vida cotidiana o nuestras actividades diarias. Las personas con depresión leve pueden seguir haciendo las mismas cosas a nivel social, familiar y laboral, aunque la constante sea la tristeza y el desgano.
- ❖ **Depresión moderada:** del enorme listado de síntomas de depresión la depresión moderada solo conoce unos pocos pero su intensidad va ganando fuerza respecto a la depresión leve de forma que ya se empieza a paralizar un tanto la vida diaria de la persona enferma. Esta depresión va destruyendo la fortaleza, la seguridad, restando fuerza e ilusiones hasta afectar a las actividades sociales familiares como laborales. Síntomas como dolores musculares, dificultad para concentrarse, que pueden hacer el trabajo diario un auténtico infierno y la baja autoestima que se traduce en la reducción de la vida social, son claras muestras de como la depresión moderada va destruyendo la vida de la persona enferma y de aquello que le rodea.
- ❖ **Depresión grave:** la depresión grave se trata de una depresión donde la cantidad de síntomas es mayor y que sus consecuencias negativas se hacen

más que evidente. Se caracteriza por una pérdida total de interés por la vida, por sentimientos frecuentes de suicidio y por la desesperación de las fuerzas físicas. En contra de lo que puede aparecer y siempre teniendo en cuenta cada caso particular, la depresión severa no es de las más difíciles de superar ya que la evidencia de sus síntomas de sus consecuencias y de sus efectos negativos sobre la vida diaria puede llevar a la persona que lo sufre a buscar un tratamiento con mayor rapidez.

3.5. Ansiedad

“La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto e indefinido, es decir es un temor impreciso carente de objeto exterior este temor indefinido se experimenta como anticipación de lo peor” (Rojas, 2014: 27). El impacto de la sociedad puede provocar una distorsión del sujeto, cuando esta dura mucho, se produce manifestaciones físicas funcionales importantes de la psicología psicosomática.

En la actualidad, esto se analiza de un modo más amplio es decir como un modelo de enfermedad que se presentan con síntomas vivenciales, síntomas físicos, síntomas de conducta, síntomas cognoscitivos y síntomas asertivos. Son cinco vertientes las que se van a manifestar cuando se tiene ansiedad.

Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro, estas respuestas ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana, significa esto que ejerce una función protectora de los seres humanos, pero cuando estos sobrepasan los límites se vuelven patológicas. Enrique Rojas (2014: 25).

3.5.1. Factores predisponentes de ansiedad

Existe un inventario de elementos que de modo sumativo van ir colocando al sujeto en situaciones ansiosas en las que arremolinan además otros sentimientos diversos como las frustración, agresividad, trabajo impersonal y anónimo (no gratificantes), etc. Al persistir estos hechos negativos el miedo se mete en otros planos de la vida personal la invade y la envuelve.

Factores desencadenantes como los contenidos psíquicos llegan e irrumpen sobre un edificio ya resquebrajado actúan como detonantes serios, que pueden llegar una amenaza contra sí mismo.

Lo social hoy en día ha tomado una gran importancia, los aspectos llamativos hay que verlos a través del aislamiento, la soledad, la incomunicación, tipos de vida excesivamente monótonos, el paro laboral o una actividad laboral intermitente, las condiciones de cómo se trabaja y las relaciones que se dan en el entorno laboral tanto como los pacientes, los familiares de los mismos y los superiores marcan de forma determinante a padecer este trastorno.

3.5.2. Clasificación de los síntomas de la ansiedad

La ansiedad no es un fenómeno unitario, se manifiesta de varias formas. Su sintomatología en cada sujeto puede aparecer relativamente distinta. Rojas reúne a esta sintomatología en cinco grupos: físicos, psicológicos, de conducta, intelectuales y por último los síntomas asertivos.

- **Síntomas físicos:** se produce por una serie de estructuras cerebrales intermedias. *“Donde se orientan las bases neurofisiológicos de las emociones, las bases apuntan en nivel anatómico, la ansiedad se produce o está condicionada por descargas de adrenalina”* (Ibidem 73). Los efectos

causados por esta van hacer parecidos a una estimulación directa del sistema nervioso simpático, donde brotan los síntomas físicos. Los síntomas que aparecen más a menudo son; palpitaciones, sudores muy profusos, se queda en la boca, sensación de falta de aire, pellizco gástrico, nudo en la garganta, temblores y ruborizarse.

- **Síntomas psicológicos:** estos son muy importantes hay una vivencia temerosa del porvenir, reacción asténica de sobresalto de excitación de huida, mezcla de agitación, preocupación, tendencia a escaparse, impresión subjetiva de no estar quieto.

Hay síntomas como sensación de falta de aire, dificultad para respirar, el tiempo interior va más acelerado, al mismo tiempo hay una clara anticipación de lo peor, pensamiento repleto que algo malo va a suceder.

Los síntomas psicológicos se captan a través del lenguaje verbal. Mediante el discurso vemos la calidad y matices de la vivencia, por ello es el vertiente subjetiva. Por eso los modos y estilos de lenguaje cobran aquí un valor especial.

- **Síntomas de conducta:** se denominan así a todos aquellos síntomas que pueden observarse desde afuera, sin necesidad del que sujeto cuente lo que le pasa. No es necesario que la persona cuente lo que se le pasa, sino que simplemente se registra al ver su comportamiento; tanto en el aspecto general como en el plano comunicativo.
- **Síntomas intelectuales:** también llamadas manifestaciones cognitivas, que comprenden la sensación, la percepción, la memoria, el pensamiento, las ideas, los juicios, el aprendizaje, etc. (Ibidem). A nivel intelectual la ansiedad se experimenta esencialmente en la manera de elaborar ideas y los recuerdos.

Los errores y deficiencias más frecuentes son: adelantar conclusiones negativas, tener un pensamiento radical, generalizaciones negativas continuas, centrarse en detalles selectivos nocivos, los síntomas intelectuales de ansiedad se producen por fallas en la valoración de los hechos.

- **Síntomas asertivos:** se define como el trastorno de las habilidades sociales. Dificultad para un comportamiento personal y social adecuado a cada situación.

3.5.3. Nivel de ansiedad

El estrés, además de producir ansiedad, puede producir enfado o ira, irritabilidad, tristeza-depresión, y otras reacciones emocionales, que también podemos reconocer. Pero además de estas reacciones emocionales podemos identificar claramente otros síntomas producidos por el estrés, como son el agotamiento físico, la falta de rendimiento, etc. Finalmente, si el estrés es muy intenso y se prolonga en el tiempo, puede llegar a producir enfermedades físicas y desórdenes mentales, en definitiva problemas de salud.

Muchas veces ansiedad y estrés se usan como sinónimos, entendiendo en ambos casos un mismo tipo de reacción emocional, caracterizada por alta activación fisiológica. Sin embargo, existen tradiciones diferentes a la hora de estudiar ambos fenómenos. El estrés es un proceso más amplio de adaptación al medio. La ansiedad tratándolos de forma brusca o aplicándoles un verdadero castigo físico, provocan a veces un dolor o un pánico tan demoledor en el hijo, que, debemos suponer, en ellos se encuentra implícito algo más que el dolor físico.

3.5.4. Ansiedad y enfermedad renal crónica (E.R.C.)

Otra variable que ha sido muy estudiada y que debemos tener en cuenta al trabajar

con población que padece ERC es la Ansiedad. En función de todos los factores que han sido comentados con anterioridad sobre la población con ERC (recorrido de la enfermedad, dependencia sanitaria, dependencia de la máquina,...), es interesante tener en cuenta esta variable como una de las más importantes a estudiar, por la influencia que pueden ejercer los diferentes factores relacionados con el tratamiento sobre ella y viceversa. Chih-Ken expone en un artículo de 2010 que la prevalencia de la Ansiedad en esta población de enfermos se situaría entre el 27% y el 46%.

Al parecer, ésta podría llegar a perdurar durante los 16 meses siguientes al inicio del tratamiento, con una incidencia del 33% en este periodo del mismo (Cukor et al., 2008). La Ansiedad en esta población de enfermos se ha asociado a una pobre Calidad de Vida, en referencia a los roles físicos, la percepción de la salud en general, el rol emocional y la función social, sobre todo en los sujetos que realizan HD (Vázquez, 2005). Martin y Thompson (2001) realizaron una investigación con 72 pacientes, encontrando que el 39% de la muestra tenía puntuaciones considerables de Ansiedad que podrían explicar la baja puntuación en la variable Calidad de Vida.

En referencia a la Ansiedad, también hay algunos estudios al respecto con muestra española, aunque todos ellos, básicamente, concluyen lo mismo que las investigaciones citadas con anterioridad. Así, Vázquez, y colaboradores (2004) midieron la variable Ansiedad-Rasgo y extrajeron, a modo de conclusión, que era una de las dos variables, junto con la Depresión, que podría explicar las bajas puntuaciones en la Calidad de Vida, de tal manera que alrededor de un 60% de la muestra presentaba puntuaciones elevadas en este rasgo.

Es en la población que realiza el tratamiento de HD donde más estudios hay sobre Ansiedad. En este sentido, Bossola y colaboradores (2009) hablan de ansiedad en

estos pacientes, observando que entre un 30% y un 60% de los mismos presenta sintomatología ansiosa.

Otras investigaciones asocian directamente la Ansiedad y la Depresión de los sujetos sometidos a HD con las puntuaciones obtenidas en las escalas, tanto generales como específicas, de Calidad de Vida (Vázquez et al., 2005). Incluso en algún estudio, como el realizado por Chih-Ken y colaboradores (2010), encuentran una clara asociación entre Ansiedad, Depresión y mortandad en la población de pacientes sometidos a HD.

Con todo esto, la población de ERC sería susceptible a presentar alteraciones a nivel emocional y de estado de ánimo. Es por ello por lo que en nuestro estudio se abordan las variables de Depresión, Ansiedad y Autoestima, con el fin de analizar a influencia que el tratamiento podría ejercer sobre los pacientes en dichas variables y viceversa.

3.5.5. Niveles de evaluación de ansiedad

- ❖ **Ansiedad normal:** a veces se pone nervioso, se mantiene alerta por lo que pueda pasar, pero consigue descansar en el sueño y por la mañana se levanta con toda la energía para afrontar el día. Y es que un poco de ansiedad mantiene a la persona activa y dispuesta.
- ❖ **Ansiedad ligera:** hay días peores, hay momentos en que la persona ya no puede más, se siente nerviosa agobiada pero también sin muchas ganas de seguir adelante. El pesimismo ha hecho acto de presencia por lo que se preocupa por todo, además empieza a notar que el ritmo de su corazón es irregular, sobre todo en los momentos de más preocupación.
- ❖ **Ansiedad moderada:** la preocupación a dado paso a la angustia, tiene miedo, angustia y de lo único que está seguro es que no va a poder, así que

se paraliza ante cualquier iniciativa, cualquier decisión, no puede concentrarse en nada, porque los pensamientos están inmersos en un baile de desastre. Los síntomas físicos se hacen evidentes en forma de tensión muscular, dolor de cabeza nerviosismo, agitación, taquicardia o molestias estomacales.

- ❖ **Ansiedad grave:** se acabó, la vida le supera al sujeto hasta tal punto que su cabeza quiere estallar, pierde el control de sus pensamientos como también de su cuerpo, las piernas y los brazos se le duermen y se encuentra en una situación de irrealidad, teme volver loco o peor aún morir, porque piensa que su organismo no va poder soportar esa tensión.
- ❖ **Ansiedad muy grave:** la ansiedad toma el control de la vida del sujeto de una manera tal que impide que salga de casa, trabaje e incluso duerma.

3.6. Estados afectivo-emocionales

Estado afectivo; reacción subjetiva del ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen orgánico, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refiere a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. La palabra emoción significa literalmente estado de excitación o estremecimiento. Suelen distinguirse tres componentes en cada emoción: un sentimiento característico o experiencia subjetiva, un esquema de expresión abierta. El componente subjetivo es comunicado en las etiquetas que se le pone a las emociones, como temor, ira, gozo, o tristeza. Las emociones cumplen un papel central, en la gestión de procesos de autoprotección y autorregulación del organismo frente a situaciones extremas. Estas situaciones se pueden diferenciar de la siguiente forma:

- 1) **Preparación para la acción:** las emociones actúan como un nexo entre los estímulos recibidos del medio y las respuestas del organismo; las respuestas

emocionales son automáticas y por tanto no requieren ningún tipo de raciocinio o de control consciente.

- 2) **Delimitación del comportamiento futuro:** Las emociones influyen en la asimilación de información que servirá para dar respuestas en el futuro a hechos similares. Dichas respuestas podrán ser de rechazo o de búsqueda de repetición del estímulo.
- 3) **Regulación de la interacción social:** Las emociones son un espejo de los sentimientos y su expresión permite a los observadores hacerse una idea del estado de ánimo de la persona.
- 4) **Emociones primarias:** dentro de las emociones primarias se considera: la ira, el miedo, la alegría, el amor, la sorpresa, el disgusto, el teres y la tristeza.
- 5) **Emociones secundarias:** las emociones primarias son automáticas y cumplen una función adaptativa y saludable dentro del organismo al ayudarnos a reaccionar inmediatamente frente a un estímulo. Cuando estas emociones no son procesadas adecuadamente sufren una “mutación” y no son superadas, quedando convertidas en emociones secundarias. Es así como cada emoción primaria se asocia a una emoción secundaria: Ira-rencor, violencia y odios patológicos; miedo-ansiedad, fobia y pánico; amor-dependencia: alegría-manía; tristeza-depresión. Dichas mutaciones en las emociones generan otras dimensiones en su comprensión: en las ondas externas se encuentran los estados de ánimo, son más apagados y duran más tiempo que la emoción primaria. *“Más allá de los estados de ánimo se encuentra el temperamento que se entiende como la prontitud para evocar una emoción o estado de ánimo determinado que hace que la gente sea melancólica, tímida o alegre”* (Consuegra, 2004: 92).

3.6.1. Inseguridad

Rasgo de personalidad que se caracteriza por la falta de consistencia en las opiniones, actitudes, valores, conductas, etc. Las personas inseguras se caracterizan por la influenciabilidad y facilidad para ceder ante las presiones de otros individuos. Otra característica común a este rasgo de personalidad es la escasa capacidad para tomar decisiones. La inseguridad se suele dar asociada a una baja autoestima y se suele manifestar en conductas de dependencia. El término opuesto es seguridad. Sentimiento de desvalimiento frente a la ansiedad que surge por la incertidumbre de los propios fines, capacidades y relaciones personales.

3.6.2. Estado de tensión

Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo de depresión, alegría, cólera y ansiedad. Tipos de estado de ánimo:

- **Disforico:** es desagradable (tristeza, ansiedad o irritabilidad).
- **Elevado:** sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría.
- **Eutimico:** estado de ánimo ubicado dentro de la gama <<normal>>, que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado.
- **Expansivo:** ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobre valoración del significado o importancia propios.
- **Irritable:** fácilmente enojado y susceptible a la cólera (Consuegra, 2004).

3.6.3. Dificultades de Contacto Social

Los problemas son asuntos que implican algún tipo de inconveniente o trastorno y que exigen una solución. Cuando aparece un problema, este supone una dificultad para alcanzar un objetivo. Social, por su parte, es un adjetivo que refiere a lo que está vinculando a la sociedad.

Una sociedad es una comunidad formada por personas que interactúan entre si y que tienen una cultura en común.

Los problemas sociales, por lo tanto, son situaciones que impiden el desarrollo o el progreso de una comunidad o de uno de sus sectores. Por tratarse de cuestiones públicas, el Estado tiene la responsabilidad y la obligación de solucionar dichos problemas a través de las acciones de gobierno.

Puede decirse que un problema social surge cuando muchas personas no logran satisfacer sus necesidades básicas. Que un sector de la población no logre acceder a los servicios de salud, la educación, la alimentación o a la vivienda, supone un problema social.

3.7. Autoestima

Alcántara (1993) define autoestima “*como una actitud hacia uno mismo, la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo, es el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias refiriéndolas a nuestro yo personal*”

La autoestima es la percepción que tenemos de nosotros mismos. Abarca todos los aspectos de la vida, desde el físico hasta el interior, pasando por la valía o la competencia. Se trata de la valoración que hacemos de nosotros mismos que no

siempre se ajusta a la realidad y esa valoración se forma a lo largo de toda la vida y bajo la influencia de los demás, lo que los demás ven en nosotros o, más bien lo que nosotros pensamos que los demás ven, es crucial para determinar nuestro grado de autoestima.

Entramos en el terreno de la seguridad y la confianza en una misma, minado por las influencias del exterior. Pero si hay algo que determina el estado de salud de nuestra autoestima es la infancia. El refuerzo positivo o negativo con el que nos hayamos contado desde los primeros pasos de nuestra vida va a ser fundamental para nuestra seguridad emocional en el futuro.

3.7.1. Características de la autoestima

Las personas tienen una cierta conciencia de sus características, tanto positivas como negativas; que en función de las mismas establecen juicios de valor, por lo tanto, llegan a apreciar o a despreciar, como también a valorizar a desvalorizar efectivamente.

Para un análisis exhaustivo sobre este aspecto, indicaremos que existen dos tipos de autoestima que son: Autoestima Positiva y Autoestima Negativa

3.7.1.1. Características de la autoestima positiva

- Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aun cuando encuentre fuerte oposición colectiva; se siente lo suficientemente seguro como para modificar esos valores y principios si nuevas experiencias indican que estaba equivocado.
- Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio y sin sentirse culpable cuando a otros le parece mal lo que haya hecho.

- No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado, ni lo que pueda ocurrir en el futuro.
- Tiene confianza en su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.
- Se considera y realmente se siente igual, como persona, a cualquier otra persona aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.
- No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesto a colaborar si le parece apropiado y conveniente.
- Reconoce y acepta en sí misma una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesta a revelarlas a otra persona si parece que vale la pena.
- Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, holgazanear, caminar, estar con amigos.
- Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas, reconoce sinceramente que no tiene derecho a medrar o divertirse a costa de los demás. (<http://www.monografias>)

3.7.1.2. Características de la autoestima negativa

La persona que se desestima suele caracterizarse por los siguientes aspectos:

- Sus valores giran en la autocrítica rigorista y desmesurada, que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma.
- Su nivel de sensibilidad es alto, no es responsable de sus fracasos, dirigiendo su culpa a los demás o a la situación; son personas resentidas por su fracaso.
- La indecisión, es una característica de estas personas, no por falta información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- No están acostumbradas a decir **NO**, por miedo a desagradar y a perder la benevolencia o buena opinión de los demás.
- Sus actividades son realizadas con mucha cautela, cuidado de no ser censurados por los demás.
- El estado de culpabilidad es una característica en estos sujetos, por lo que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas. Exagera la magnitud de sus errores.
- Fácilmente se irritan por sus acciones.
- Cuando el autoestima se mantiene en un nivel bajo, comienzan hacer juicios de valor; fácilmente se deprimen.

3.7.2. Tipos de autoestima

3.7.2.1. Autoestima alta

También llamada autoestima positiva, es el nivel deseable para que una persona

logre sentirse satisfecha en la vida, sea consciente de su valía y de sus capacidades y pueda enfrentarse a los inconvenientes de forma resolutiva.

3.7.2.2. Autoestima media

Esta autoestima media o relativa supone cierta inestabilidad en la percepción de una misma. Si bien en algunos momentos la persona con autoestima media se siente capaz y valiosa, esa percepción puede cambiar al lado opuesto, a sentirse totalmente inútil debido a factores variados, pero especialmente a la opinión de los demás.

3.7.2.3. Autoestima baja

Ineptitud, incapacidad, inseguridad y fracaso son los términos que acompañan a una persona con autoestima baja. Se trata de un estado de autoestima que debemos evitar en nuestro camino hacia la felicidad.

3.7.3. Autoestima y enfermedad renal crónica

Esta es una de las variables fundamentales del desarrollo personal y social de los individuos. En este sentido investigaciones concernientes a la autoestima y el estado psicológico del paciente en hemodiálisis, indican que como resultado de una imprevista pérdida de su salud, los cambios en el estilo de vida y las alteraciones corporales estos pueden llevarlo a un estado de crisis, frustración o deterioro psicológico.

Los pacientes que reciben tratamiento hemodialítico tienen una estrecha relación con el personal de enfermería y le consideran como alguien en quien confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias y sus crisis de desaliento. De ahí la importancia de la participación de la enfermera, porque es el único nexo entre el

paciente y los demás integrantes del equipo de salud, lo que permite ayudar al paciente a adaptarse a su nueva forma de vida favoreciendo su autoestima y rehabilitación integral.

El hospital donde se abordaron a los pacientes de estudio no cuenta con un sistema para conocer el nivel de satisfacción de sus pacientes, no se han hecho estudios en relación a la autoestima, ni en relación al nivel de percepción de la atención de salud en las dimensiones de empatía y comunicación, trato y tiempo de dedicación.

3.7.4. Niveles de evaluación de autoestima

- ❖ **Autoestima óptima:** la autoestima óptima refleja sentimientos de autovalía que son incondicionales, realistas, estables y congruentes (entre el nivel explícito e implícito), y que surge de forma natural como resultado de actuar en forma habitual afrontando eficazmente y manejando con éxito los retos vitales, según los auténticos sentimientos y metas personales, la autenticidad ayuda a desarrollar o mantener una autoestima óptima, mediante los mecanismos como los siguientes: la autoconciencia facilita el procesamiento no sesgado de la información relacionada con uno mismo, que es una de las bases de la autoestima óptima. Por tanto, Kernis y Goldman (2006) proponen que para conseguir una autoestima óptima hay que esforzarse en desarrollar la autenticidad, mejorando la autoconciencia, la objetividad en la percepción de uno mismo y la congruencia entre el auténtico yo y las propias acciones y relaciones también defienden que, cuando los procesos relacionados con la autoestima y con la autenticidad funcionan de manera óptima, la persona puede desarrollar sus potencialidades y ser coherente con su verdadero yo básico, llegando a un funcionamiento pleno y saludable.

- ❖ **Autoestima excelente:** la autoestima fuerte o elevada consiste en poseer una imagen o concepto de sí y el vigor para que los errores o tropiezos de la vida no la disminuyan. Esto bajo el temor al error. Generalmente las personas con alta autoestima demuestran optimismo, humildad, alegría y no presumen con soberbia sus logros alcanzados previamente propuestos. Estas personas se animan a dar lo mejor de sí para cumplir sus objetivos trazados sin importar que no resulten como deseaban, pues no daña su autoestima al ver el error o tropiezo como una oportunidad de mejorar lo que hacen. Son capaces de reconocer sus propios errores porque su auto concepto es fuerte y reconocer el error no los hace sentir menos. Por los motivos anteriores, son personas que viven felices y el bienestar consigo mismo está presente en el ánimo de las personas cuya estima propia es alta.
- ❖ La fortaleza de una autoestima se reconoce en algunos gestos como sumir aun anti hazaña pesada y no esconderla, enfrentar el riesgo de cometer ciertas anti hazañas como un error, despreciar una hazaña importante por los propios valores e ideales, dar un brazo a torcer y pedir perdón, reírse de sí mismo, quien tiene la autoestima fuerte puede pedir perdón de forma sincera.
- ❖ **Autoestima buena:** se siente seguro de sí mismo, de igual manera no tiene necesidad de estarlo demostrado y no necesita que los demás se lo reconozcan. No cuestionan su valor personal y se establece en función del valor de los demás, no se compara ni busca la comparación y administración de otras personas.

Está basada en la convicción de ser capaces de enfrentarnos a los problemas de la vida y el reconocimiento de nuestro valor como personas como seres que buscan el desarrollo y crecimiento propio y de los demás.

- ❖ **Autoestima normal:** la persona con autoestima normal, se ama se acepta y se valora tal cual es.
- ❖ **Autoestima vulnerable o regular:** el individuo se quiere a sí mismo y tiene una buena imagen de sí. Pero su autoestima es demasiado frágil a la posible de llegada de anti hazañas (derrotas, vergüenzas, motivos de desprestigios) y por eso siempre está nervioso y utiliza mecanismo de defensa.

Un típico mecanismo de protección de quienes tienen autoestima vulnerable consiste en evitar tomar decisiones: en el fondo se tiene demasiado miedo a tomar la decisión equivocada (anti hazaña) ya que esto podría poner en peligro su autoestima vulnerable. Mucho denominados fanfarrones tendrán autoestima sostenida, que consiste en su tipo de autoestima vulnerable por el cual la persona sostiene su autoestima de alguna hazaña en particular, como puede ser éxito o riquezas, poder o belleza de una imagen de superioridad que cuesta mantener. Aunque se muestra muy seguro de sí mismo, puede ser justamente lo contrario: la aparente seguridad solamente demuestra el miedo a la anti hazaña (fracasos, derrotas, vergüenzas) y la fragilidad de la autoestima; trata de echar culpas para proteger su imagen de si de situaciones que la pondrán en riesgo, emplea mecanismo de defensa tales como tratar de perder para demostrar que no le importa una derrota (protege a su orgullo de una derrota, es envidioso aunque no puede asumir su envidia) (Silvia Russek).

- ❖ **Autoestima baja o derrumbada:** la autoestima derrumbada o baja es aquella en que la persona no se aprecia a sí misma y pocas veces esta está bien consigo misma y está marcada a si misma con la ante hazaña l la vive como tal, es decir se define con esa ante hazaña.

Por lo general lo malo o bueno que dicen las personas sobre el sujeto repercute demasiado en su autoestima y lo bueno o malo que digan de la persona es lo que definirá si lesionara gravemente o no, o si no lesionara o aumentara su nivel de autoestima en ese momento. Otra característica de ese nivel de autoestima radica en que ese individuo se tiene lastima, pena, vergüenza por sí mismo, se auto defiende o humilla, se lamenta, en ocasiones hasta el individuo puede quedar sumido en ese nivel de autoestima siempre. Algunas veces es tan deteriorado el nivel de autoestima y sumándole a esto el comportamiento como bulliying y un gran rechazo y burla por parte d los demás, además de demasiados problemas en la vida, la acción tomada por la persona puede ser irreversible.

Una autoestima poco adecuada se puede revelar en: *“una mala elección de pareja, un matrimonio que presenta frustraciones, en una profesión que no te lleva a ninguna parte, en una mala organización de su trabajo, en la capacidad para disfrutar del éxito, en el comer y vivir destructivamente, en metas sueños que nunca se cumplen, en la ansiedad o depresión crónica, baja resistencia a las enfermedades, bajo rendimiento en el trabajo, en un hambre insaciable de amor y de obtener la aprobación de los demás”*. (Branden, 1995).

- ❖ **Autoestima deficiente:** personas con este de autoestima se alejan de las personas porque piensan que nadie quiere estar con ellos puesto que se consideran aburridos, tontos, inquietos, unos buenos para nada.
- ❖ **Autoestima muy baja:** las personas con autoestima muy baja suelen sentir insatisfacción emocional con la vida que llevan de igual manera

demuestran una mayor alta dependencia emocional de opinión que otros tengan de sí mismos.

- ❖ **Autoestima extrema:** las personas con autoestima extrema se caracteriza por preguntar grandes deficiencias en la que dos componentes que la forman (competencias y merecimientos). Las personal tienden a hacerse víctimas ante sí mismas y ante los demás.
- ❖ **Autoestima nula:** las personas con este tipo de autoestima llegan a su estado emocional crónico, pueden derivar en conductas pesimistas, derrotistas y eventualmente de depresión o con trastornos de conducta.

“Cuando las necesidades de los sujetos tanto físicos como emocionales no han sido satisfechas adecuadamente. Es decir en cuanto a sus dimensiones del desarrollo físicas, afectivo-emocional-social, intelectual o cognitivas han quedado insatisfechas, ni las características intrínsecas ni las extrínsecas han estimulado una adecuado valor como persona y no ha aprendido a valorarse; el sujeto por lo tanto se sentirá inadecuado, inadaptado. Incapaz, inseguro, indefenso y sin valor”. (Piaget 1985:13).

La conducta vinculada a la autoestima sana son aquellas que favorecen la supervivencia, la salud física y mental, la aproximación a las auténticas metas personales, la realización de potencialidades, el bienestar psicológico teniendo en cuenta el corto y largo plazo de nuestra dimensión individual y social.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

IV. METODOLOGÍA

Este capítulo, muestra la descripción metodológica, técnicas e instrumentos empleados en la investigación.

4.1. TIPIFICACIÓN

El presente tema de investigación se ubica dentro del **área clínica**, porque es el campo que se dirige al estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos y se dedica al bienestar humano enfatizando en la búsqueda del conocimiento.

La investigación se tipifica como un estudio **correlacional**, siendo este tipo de estudio que persigue medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables. **Descriptivo**, puesto que busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Pretende describir aspectos, características, criterios del tema o del concepto en estudio.

Por ello esta investigación se enfoca precisamente en describir características y criterios que demuestran que la calidad de vida está vinculada a una serie de factores relacionados con los aspectos afectivos emocionales de las personas que viven con insuficiencia renal en el contexto Regional, motivo que ratifica la importancia de abordarlos.

Dentro de esta investigación y para el tratamiento y análisis de los datos se toman en cuenta los enfoques: cualitativo porque se trata de conocer los hechos, procesos, estructuras y percepciones de la variable calidad de vida, aspectos afectivos emocionales de la enfermedad, etc., de las personas que viven con insuficiencia renal. Investigación cuantitativa, porque hace referencia a la

medición y tratamiento estadístico de las variables mencionada como la depresión, ansiedad, autoestima y la relación con la calidad de vida.

4.2. POBLACIÓN

La población del estudio estuvo constituida por personas mayores de 15 años que tienen un diagnóstico de insuficiencia renal y que reciben tratamiento de hemodiálisis. Para cumplir con el objetivo se trabajó con personas con tratamiento de hemodiálisis que asisten al Centro de Hemodiálisis Municipal de San Andrés.

En este caso no se realizó una selección muestral puesto que se trabajó con el total de la población, 50 pacientes y, como se mencionó anteriormente, este es un estudio descriptivo, donde se analiza a los sujetos desde la perspectiva misma de la insuficiencia renal y su tratamiento de hemodiálisis.

A continuación se presenta un cuadro sobre las características de la población con la que se trabajó.

CUADRO N°1
Población y Muestra

TIEMPO de enfermedad	SEXO		TOTAL
	Femenino	Masculino	
1 mes a 1 año	3	2	5
2 a 3 años	6	7	13
4 a 5 años	8	9	17
6 a 7 años	6	9	15
TOTAL	23	27	50

4.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.3.1. Métodos

Los métodos empleados en la presente investigación fueron:

❖ Método teórico

Este método permite la interpretación conceptual de datos obtenidos empíricamente mediante análisis y síntesis. Se utilizó en la construcción y desarrollo de la teoría científica y el enfoque general para abordar los problemas de la ciencia, estando presentes en los diferentes momentos del proceso de investigación. Este método aporta los instrumentos necesarios para identificar las características del estudio mediante del análisis de la información obtenida sobre la temática.

❖ Método empírico

Este método se utilizó en la recopilación de los datos, los cuales permitieron la intervención, registro, medición, análisis e interpretación y transformación de la realidad en el proceso de investigación, apoyando la práctica de la investigación. Explican y revelan las relaciones del objeto de investigación, cuyo contenido procede de la experiencia, utiliza técnicas como test, para la obtención de información necesaria para la investigación.

❖ Métodos estadísticos

La información recogida mediante las escalas numéricas fue procesada y tabulada, en base a la cual se calcularon los datos, frecuencias absolutas y

relativas de las variables, estableciéndose cuadros en base a escalas nominales como también la presentación grafica de los mismos.

4.3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las técnicas empleadas en el presente trabajo de investigación fueron las siguientes:

OBJETIVO	MÉTODOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Identificar la calidad de vida	Cuestionario escrito	Semiestructurado	Cuestionario de Salud SF-36 v. 2
Nivel de depresión	Test psicológicos	Inventario	Depresión de Beck
Nivel de ansiedad	Test psicológicos	Inventario	Ansiedad de Rojas
Nivel de autoestima	Test psicológicos	Inventario	Cuestionario de Autoestima 35 B

4.3.3. Instrumentos

Los instrumentos implementados en la recopilación de datos, fueron los siguientes:

❖ Cuestionario de Salud SF-36 v. 2

- a) Fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992. El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito en detalles por McHorney, Ware y Raczek en detalles por McHorney, Ware y Raczek en 1993 y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994.
- b) En 1991, se inició el proyecto conocido como “Evaluación Internacional de la Calidad de Vida” (Proyecto IQOLA) para traducir, adaptar y validar la

aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey). Construido para medir de manera general y resumida el estado de salud de un sujeto o una población y así proporcionar una base de comparación entre ensayos clínicos multinacionales y otros estudios internacionales de salud (Aaronson 1992, Ware 1994).

- c) El objetivo de la encuesta SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (> de 14 años.)

Para el estudio se utilizó la versión estándar de SF-36 v.2 autorizada por licencia de QualityMetric Incorporated para la superintendencia de ISAPRES. Se usó como base para la adecuación cultural del instrumento la versión española de SF – 36 la cual, fue adaptada sintáctica y semánticamente a la idiosincrasia chilena. Este proceso de adaptación fue complementado con 2 traducciones del cuestionario SF – 36 v2 en inglés por 2 traductores independiente. El español de Chile fue el idioma nativo de ambos traductores.

- d) Modelo de medida y validez de contenido; El análisis factorial de componentes principales sobre la muestra de 9.151 individuos de la población general cumplió las hipótesis previas de 2 factores, físicas y mentales. Tal y como se esperaba, las escalas de Función física, Rol físico y Dolor corporal tuvieron correlaciones más elevadas con la componente física ($r \geq 0,74$), y las escalas Salud mental, Rol emocional y Función social se correlacionaron más con la componente mental ($r \geq 0,62$). Las escalas Salud general y Vitalidad mostraron correlaciones significativas con ambas componentes principales.

- e) Resumen de los materiales que se emplea. El cuestionario se aplica de manera individual. Consta de 36 preguntas o ítems los cuales miden los atributos de 8 conceptos o dimensiones o escalas de salud.

Descripción de las escalas de salud medidas por el SF – 36:

- Función física (FF): Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantarse pesos y los esfuerzos moderados e intensos. (10 preguntas).
- Rol físico (RF): Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física. (4 preguntas).
- Dolor corporal (DC): Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa. (2 preguntas).
- Salud general (SG): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. (5 preguntas).
- Vitalidad (VT): Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento (4 preguntas).
- Función Social (FS): Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales (2 preguntas).
- Rol Emocional (RM): Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencias de problemas emocionales (3 preguntas).
- Salud Mental (SM): Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta bienestar general (5 preguntas).

f) Resumen del procedimiento de la aplicación y corrección de test. El cuestionario SF-36 es el más usado en estudios de estado de salud a nivel mundial. Esta encuesta contiene 36 preguntas o ítems, los cuales miden los atributos de 8 conceptos o dimensiones o escalas de salud. Usando los 8 grupos de preguntas múltiples del SF-36 v. 2, que contienen entre 2 a 10 preguntas cada una, se calcula las 8 escalas.

Luego, estas escalas son tabuladas usando el método de escalamiento de Likert. En este método, el resultado por cada pregunta es derivado de un

conjunto estandarizado de respuestas. Para cada escala, las respuestas de cada pregunta se codifican y recodifican y los resultados se trasladan a una escala de 0 – 100 puntos. En esta escala de 0 -100 del SF-36, cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud. Así, 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud medido.

❖ **Escala de depresión de Beck (BDI)**

- a) Autor: Beck
- b) Objetivo del Test. Es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes.
- c) A qué objetivo específico contribuye en la investigación. Contribuye al objetivo 2. Identificar la relación entre el nivel de depresión con la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal.
- d) Año de creación del test y de la versión que se está utilizando. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como prueba auto administrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultado en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación.
- e) Donde fue creado y estandarizado el test. Ha sido valido para población de habla hispana por Conde (1976) y por Bonicatto (1998) en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios. También fue válido en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes en psiquiátricos ambulatorios. Morán y Lambert (1983) compararon el contenido de una versión del DSM-III y encontraron que solo cumplía con 6 de los 9 criterios. Esto llevo a una nueva revisión que resulto en el BDI-II. Cuatro ítems

(pérdida de peso, dificultad para trabajar, cambio en la imagen corporal y preocupaciones somáticas), fueron eliminados y se incluyeron fijación, baja autoestima, dificultad para concentrarse y pérdida de energía. Se cambiaron dos ítems para mostrar tanto aumento como disminución en apetito y sueño. Fue desarrollada para ajustarse a los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de depresión listados en el DSM-IV. En esta versión los ítems no fueron seleccionados para reflejar ninguna teoría en particular de depresión es más, ninguna definición de depresión se incluye en el manual dl BDI-II.

- f) Resumen de los materiales que se emplean. El test consta de un cuadernillo de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

- g) Resumen de procedimientos de aplicación y corrección del test. La forma actual es el BDI-II: un instrumento auto administrado, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítems se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suma dando un total que puede estar entre 0 y 63. Consta de 21 preguntas que se califican tomando en cuenta las veces que se repitan las respuestas, lo que indica que mientras más respuestas negativas aparezca, más complejo es el cuadro depresivo.

- h) La escala de puntuación es: no existe de 0 a 10, ligera de 11 a 21, moderada de 22 a 30; grave de 31 a 40; muy grave más, de 41 puntos.
Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5° a 6° grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificad moderada (92%)

para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.

❖ **Cuestionario de ansiedad**

- a) Autor. Rojas Enrique.
- b) Objetivo del cuestionario. Identificar el grado de ansiedad.
- c) A qué objetivo específico contribuye en la investigación que se está diseñando. Responde al objetivo tres: Las personas con insuficiencia renal presentan un grado de ansiedad mayor frente a la calidad de vida.
- d) Este instrumento nos ayuda a determinar el nivel de ansiedad de las personas que viven con Insuficiencia Renal, tomando en cuenta los síntomas físicos, psicológicos, de conducta, intelectuales y asertivos.
- e) Consta de 100 preguntas que se califican mediante una escala de puntuación que puede ser: 0-20 Banda Normal, 20-30 Ansiedad Ligera, 30-40 Ansiedad Moderada, 40-50 Ansiedad Grave o más Ansiedad Muy Grave. Rojas, Enrique 1994:30. La Ansiedad Argentina. La categorización de este instrumento (nivel de ansiedad) es la siguiente:
 - 1. Banda Normal, un nivel de ansiedad esperable en una persona.
 - 2. Ansiedad Ligera, un nivel de ansiedad levemente por encima de lo esperable en una persona promedio.
 - 3. Ansiedad Moderada, un nivel de ansiedad considerable, manifiestamente superior al término medio.
 - 4. Ansiedad Grave, un nivel de ansiedad notorio, capaz de provocar desajustes en la actividad del individuo.

5. Ansiedad Muy Grave, un nivel de ansiedad elevado de repercusión negativa en las actividades del sujeto.

❖ **Cuestionario de autoestima**

- a) Autor. José Alcántara.
- b) Objetivo del test. Identificar el grado de autoestima.
- c) A qué objetivo específico contribuye en la investigación que se está investigando. Al objetivo número cuatro: Las personas que viven con insuficiencia renal con una buena calidad de vida tienen un nivel muy bueno de autoestima.
- d) Año de creación del test y de la versión que se está utilizando. El test fue creado en 1995; hasta el momento ha habido 7 revisiones, las que emplearemos en esta investigación es precisamente la 7ª versión, publicada en 2009.
- e) Donde fue creado y estandarizado el test. Este test fue creado en España en la Academia de Ciencias Económicas y Laborales de la Región de Cataluña. Fue estandarizado en 1995, a través de un estudio de 725 personas, de 14 distritos de la Región de Cataluña, con un predominio del 72% de origen hispano.
- f) Resumen de los materiales que se emplean. Este test emplea un cuadernillo de 45 preguntas, divididas en 4 áreas, cada una de ellas corresponde con una dimensión de satisfacción personal asociadas al trabajo.
- g) Resumen del procedimiento de aplicación y corrección del test. El test se aplica de manera individual. La corrección se realiza en base a una hoja de

correcciones donde se califican las respuestas en cuatro niveles, que va desde las respuestas de mayor pertinencia y satisfacción laboral, a las de menor grado. Esta prueba consta de 50 ítems, de los cuales tendrá la opción de elegir entre 0,1,2,3 y la escala de valoración es: 60-75 nivel óptimo, 46-60 excelente, 31-45 muy bueno, 16-30 bueno, 0-15 regular, -1-15 bajo -16-30deficiente, -31-45 muy bajo, 46-60 extremo, -61-75 nulo.

4.4. PROCEDIMIENTO

De acuerdo con el trabajo se presenta un detalle del proceso de investigación tomando en cuenta las siguientes fases.

Primera fase: Revisión bibliográfica

Se realizó la selección de libros para información, tomando en cuenta primeramente todo lo referente a la temática; insuficiencia renal, los cambios físicos, psicológicos y sociales que conllevan el vivir con insuficiencia renal. Así también todo lo referente a la calidad de vida de las personas que viven con esta patología. También se tomaron referencias de diccionarios, enciclopedias y el internet el cual brindó bastante información para realizar el Marco Teórico.

Segunda fase: Contacto con la institución

Se procedió a establecer el contacto con las autoridades del centro de salud de hemodiálisis de San Andrés para tener acceso a la población y de este modo proceder a la aplicación de los instrumentos.

Tercera fase: Prueba piloto

La prueba piloto empezó el 24 de febrero por la mañana en el Hospital San Juan

de Dios, en el Centro de Hemodiálisis. Se aplicaron los cuestionarios a tres pacientes, es decir, de los tres turnos: 1 paciente de mañana, 1 de la tarde y 1 de la noche. El orden en el cual fueron aplicados los instrumentos fue el siguiente:

1. Cuestionario de Salud SF-36
2. Depresión de Beck
3. Ansiedad de Rojas
4. Cuestionario de Autoestima 35 B

Los pacientes asisten día por medio al centro para su respectivo tratamiento, menos el día domingo. Se aplicó un cuestionario por día a cada uno de ellos, antes de ingresar a la máquina de hemodiálisis por lo que se aplicó en la mañana a las 7:30 am, por la tarde a las 12:45pm y por la noche 5:45. La prueba piloto concluyó el viernes 3 de marzo en el turno de la noche.

Cuarta fase: Consentimiento de los pacientes

Se procedió a conseguir el consentimiento de los pacientes informando a estos el objetivo de la investigación y su colaboración, de esta manera se realizó la aplicación de los instrumentos.

Quinta fase: Aplicación de los instrumentos

Se realizó la aplicación de los instrumentos a cada uno de los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis en el Centro de Salud de Hemodiálisis San Andrés. Primeramente se aplicó el cuestionario de Salud SF-36 v. 2, después el cuestionario de depresión de Beck, seguidamente el cuestionario de ansiedad de Rojas y por último el cuestionario de Autoestima 35 B. Las pruebas fueron aplicadas individualmente una por sesión programada por los pacientes.

Sexta fase: Sistematización y procesamiento de los datos

En esta etapa se procedió a ordenar y sistematizar la información recabada de los sujetos, tomando en cuenta la tabulación de los datos obtenidos en programas estadísticos (SPSS), configurando las frecuencias y porcentaje de las respuestas que se obtuvieron en cada una de las pruebas aplicadas de manera general y por las variables establecidas con anterioridad. Se elaboraron cuadros y gráficos que plasmen los resultados.

Séptima fase: Análisis e interpretación de datos

Se realizó el análisis e interpretación de los datos, la presentación de diferentes cuadros como gráficos, en función a las variables de estudio, tomando en cuenta los objetivos de la investigación en base a la teoría que sustenta el presente trabajo para posteriormente llegar a la redacción de las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Octava fase: Redacción final

En esta fase se elaboró el documento final el cual se puso consideración para su posterior aprobación y defensa.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

V. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se presenta el análisis e interpretación de los resultados a los que se ha llegado a través de la aplicación, corrección e interpretación de las pruebas utilizadas en la elaboración de esta investigación.

Se pudo realizar una sistematización de los datos donde se empleó el enfoque cualitativo presentado a través de los cuadros que contienen valores numéricos y expresados de igual manera a través de porcentajes para una mayor comprensión.

El orden de la presentación de los cuadros y análisis, se fue estructurando de acuerdo al orden de los objetivos específicos que han sido planteados en el inicio de la investigación.

Por lo tanto, se comenzó examinando la primera variable que permitió identificar el nivel de calidad de vida de las personas que viven con insuficiencia renal crónica, seguidamente se determinaron los aspectos afectivos emocionales, siendo en este caso el nivel de depresión y su relación con la calidad de vida, en tercer lugar se determinó la relación de la ansiedad con la calidad de vida y finalmente se estableció la relación entre el nivel de autoestima y la calidad de vida.

A continuación se presentan los datos generales a través de cuadros.

5.1. Primer objetivo: Determinar la calidad de vida de las personas que viven con insuficiencia renal.

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico, social. Incluyendo

como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad de las personas y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

La variable descrita permitió identificar los niveles en función al Cuestionario de Salud SF-36 v.2, el cual tiene los siguientes parámetros: bueno, regular y malo.

Cuadro N°2
Cuestionario de Salud SF-36 v. 2
(Autor: Ware y Sherbourne)

Nivel de calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje %
Buena	21	42%
Regular	28	56%
Mala	1	2%
Total	50	100%

Como se observa en el presente cuadro, los resultados más significativos alcanzados por los pacientes en función al cuestionario de calidad de vida se encuentran dentro del nivel regular con el 56%, en el nivel bueno con el 42% y un 2% restante de una calidad de vida mala.

En relación con la percepción de la calidad de vida, la mayoría de las pacientes con un porcentaje del 56% la considera regular, es decir, que sólo algunas veces la enfermedad los limita a aspectos tales como la alimentación, la actividad física y social.

Con un 42% los pacientes perciben su calidad de vida como buena. Dentro de los factores que influyen positivamente en este resultado, es sin duda la red de apoyo, es decir, contar con sus familiares y/o amigos en este proceso.

Esto confirmaría que en la familia los pacientes se sienten protegidos y acompañados, con lo cual sus miedos se disipan y su angustia disminuiría en función de la respuesta positiva del apoyo social de su familia. Si esto no fuese así, el paciente además de sufrir la enfermedad que físicamente la disminuye, podría ir perdiendo sus facultades esenciales (de pertenencia, apoyo, energía, vitalidad, etc.) y cada vez alejándose más de su personalidad anterior.

Para Psicología esto se considera un pilar fundamental de apoyo al paciente con enfermedad crónica, tanto para mantener conductas de autocuidado, como un buen estado de ánimo, sentirse acompañado y a la vez mantener una adhesión al tratamiento.

Por último, los pacientes en hemodiálisis con un 2% perciben su calidad de vida mala esto significa que se encuentran con un elevado deterioro de la función física, mental, emocional, laboral y espiritual.

5.2. Segundo objetivo: Identificar el nivel de depresión en las personas que viven con insuficiencia renal y su relación con la calidad de vida

La depresión es un trastorno de la afectividad caracterizados por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, cansancio y abatimiento en general, que puede acompañarse de ansiedad.

Los niveles de diagnóstico fueron obtenidos mediante el inventario de Beck, categoriza la depresión en distintos niveles, como ser: no existe depresión, depresión ligera, moderada y muy alta depresión.

Cuadro N°3
Cuestionario de depresión de Beck
(Autor: Beck)

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje %
No existe depresión	1	2%
Ligera	24	48%
Moderada	19	38%
Muy Alta	6	12%
Total	50	100%

Como se observa en el cuadro numero 3 el promedio más relevante de los pacientes valorados con el inventario de Beck comprende la depresión ligera con un porcentaje del 48%, depresión moderada con un 38%, muy alta con un 12% y por último con un 2% no existe depresión.

En las alteraciones del estado de ánimo se agrupan la tristeza, el desánimo o la depresión. En muchos trabajos se recoge la depresión como el problema psicológico más frecuente en los pacientes en diálisis. Cuando se habla de depresión, no siempre se hace referencia a una depresión clínicamente entendida. De hecho, la mayoría de los problemas de desánimo que se ven en las unidades de diálisis son formas suaves o leves de depresión o la presencia de algunos de sus síntomas. Uno de los problemas para el diagnóstico de la depresión es el solapamiento que se puede dar entre algunos síntomas propios de la enfermedad y los síntomas físicos característicos de la depresión.

La depresión con frecuencia va acompañada de ansiedad. Un alto porcentaje de pacientes con síntomas depresivos presentan también síntomas de ansiedad y a la inversa.

El 48% del total de la población presenta depresión ligera lo cual se refiere que los síntomas que presentan los pacientes son la tristeza, cierta apatía, falta de autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión, pero de una forma suave que no afecta a la vida cotidiana o a las actividades diarias. La persona con depresión leve puede seguir haciendo las mismas cosas a nivel social, familiar y laboral, aunque la constante sea la tristeza y el desgano.

Sin embargo esta depresión leve, a la que algunos llaman distimia, no debe tomarse como normal ya que en muchos casos conduce a la depresión crónica. Es esa creencia de que es normal estar tristes, angustiados y sin ilusión, cuando las cosas no nos van bien, lo que hace que muchas veces la depresión ligera se quede sin tratamiento, se trata de un grave error ya que la insatisfacción vital permanente no solo acarrea trastornos emocionales sino un sinnúmero de enfermedades.

Un 38% presentan depresión moderada, lo cual se refiere a que los pacientes que se encuentran en tratamiento en hemodiálisis, tienden a interpretar sus experiencias como pérdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles. Esto conduce a la existencia de un sesgo sistemático en el procesamiento de la información y en consecuencia a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

Por último con un 12% presentan depresión muy alta, donde la cantidad de síntomas es mayor y sus consecuencias negativas se hacen más evidentes. Se caracteriza por una pérdida total de interés por la vida, por pensamientos frecuentes de suicidio y por la desaparición de las fuerzas físicas.

Cuadro N°4

Nivel de depresión y su relación con la calidad de vida

Nivel de calidad de vida	Nivel de depresión								Total	
	No existe depresión		Ligera		Moderada		Muy alta			
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
Buena	0	0%	9	33%	10	53%	2	38%	21	42%
Regular	1	100%	15	67%	8	42%	4	62%	28	56%
Mala	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%
Total	1	100%	24	100%	19	100%	6	100%	50	100%

Como se puede observar en este cuadro, el 67% de los pacientes que presentan una calidad de vida regular tienen un nivel de depresión ligera, lo que permite afirmar que la mayoría de ellos está pudiendo lidiar con la insuficiencia renal sin llegar a niveles de tristeza agobio o alteraciones cognitivas que supongan un menoscabo significativo en su vida diaria.

El mantener una vida activa ayuda a relativizar la enfermedad. La satisfacción y el bienestar están íntimamente ligados a la actividad y a las sensaciones de competencia y utilidad.

Los pacientes con depresión muy alta, con un 62%, presentan una calidad de vida regular, esto se puede entender que, a pesar que tienden a interpretar sus experiencias como pérdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles cuentan con una red de apoyo, es decir, contar con sus familiares y/o amigos en este proceso.

Esto se considera un pilar fundamental de apoyo al paciente con enfermedad crónica, tanto para mantener conductas de autocuidado, un buen estado de ánimo, sentirse acompañado y a la vez mantener una adhesión al tratamiento.

5.3. Tercer objetivo: Determinar la relación de la ansiedad con la calidad de vida que llevan las personas con insuficiencia renal

La ansiedad es un estado emocional particularizado en el individuo de temor ante algo difuso, vago inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Con síntomas de inquietud interior, aprehensión, preocupación, expresiones que crean una sensación de impotencia que afecta la marcha cotidiana de la vida, es un estado impreciso carente de objeto exterior.

Cuadro N°5
Cuestionario de ansiedad de Rojas
(Autor: Rojas)

Nivel de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje %
Normal	37	74%
Ligera	12	24%
Moderada	1	2%
Total	50	100%

Los resultados obtenidos del cuestionario de ansiedad de Rojas revelan que el 37% del total de la población que se halla en tratamiento obtuvieron un nivel de ansiedad normal, así mismo el 24% cuenta con ansiedad ligera, finalmente el 2% restante presenta una ansiedad moderada.

Siguiendo con el análisis como se ve en el cuadro N°5 se puede evidenciar que las personas que viven con insuficiencia renal presentan un nivel de ansiedad normal, con un porcentaje del 74% considerando que existe ansiedad por el hecho de que las enfermedades crónicas son generadoras de esta patología por ser incurables, la perpetuidad del tratamiento y la percepción de muerte que suponen.

Con un 24% los pacientes tienen ansiedad ligera esto refiere a que a veces se ponen nerviosos, acaban el día con un montón de cosas por resolver, se mantienen alerta por lo que pueda pasar, pero consiguen descansar en el sueño y por la mañana se levantan con toda la energía para afrontar el día. Y es que un poco de ansiedad mantiene a los pacientes activos y dispuestos.

Centrándonos en la insuficiencia renal terminal, ésta es una enfermedad crónica que además, por las características del tratamiento, supone para la persona un aumento del impacto psicosocial propio de la enfermedad crónica. Como factores estresores destacan el miedo a la muerte, miedo a la “maquina”, síntomas físicos que no desaparecen con el tratamiento o como consecuencia del mismo (mareos, hipotensiones cansancio fácil, disminución de la libido e impotencia), incertidumbre sobre el trasplante, limitaciones en la vida social, laboral, dieta restrictiva y alteración de la autoimagen provocada por el acceso vascular.

Los estudios señalan la ansiedad como uno de los principales trastornos psicosociales que sufren estos pacientes como consecuencia de estar sometidos a los factores arriba descritos.

Cuadro N°6**Nivel de ansiedad y su relación con la calidad de vida**

Nivel de calidad de vida	Nivel de ansiedad						Total	
	Normal		Ligera		Moderada			
	F	P	F	P	F	P	F	P
Buena	15	39%	5	44%	1	100%	21	42%
Regular	21	58%	7	56%	0	0%	28	56%
Mala	1	3%	0	0%	0	0%	1	2%
total	37	100%	12	100%	1	100%	50	100%

Como se observa en el cuadro N°6 con un 58% los pacientes que tienen una calidad de vida regular tienen un nivel normal de ansiedad.

Cuando se siente un peligro o amenaza para la integridad física o psíquica, el organismo se adapta rápidamente a la situación mediante una reacción de alerta, el 58% de las pacientes con IRC en tratamiento en diálisis reflejan una ansiedad normal en relación con la calidad de vida regular.

La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupaciones, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente, es por ello que para las personas que viven con severos problemas de salud como es el caso de la investigación les permite adaptarse más fácilmente a todo lo que su enfermedad implica.

El 56% de las personas que están en hemodiálisis tiene un nivel de ansiedad ligera

en correlación a una calidad de vida regular podemos entender que a medida que el tratamiento avanza y se incrementa el deterioro físico, se origina una disminución en las actividades cotidianas, sociales y laborales, lo que afecta la visión que tiene el paciente sobre sí mismo; pero percibe su calidad de vida como regular, dentro de los factores que influyen positivamente en este resultado, es sin duda la red de apoyo, es decir, contar con sus familiares y/o amigos en este proceso, por lo que los pacientes se sienten protegidos, acompañados con lo cual sus miedos se disipan y su angustia disminuiría en función de la respuesta positiva del apoyo social de su familia.

Es precisamente el miedo que actúa como mecanismo fisiológico de adaptación, tiene un gran valor para la supervivencia debido a que prepara al cuerpo para la lucha o la huida, mejorando su rendimiento en situaciones complejas

Cuarto objetivo: Establecer la relación entre el nivel de autoestima y la calidad de vida en personas con insuficiencia renal

Para cumplir con dicho objetivo es importante señalar que la autoestima es la fuerza vital que permite a los seres humanos desarrollar la capacidad de apreciarse, de valorarse y respetarse a sí mismo, para ejercer y defender sus derechos, a partir de la aceptación plena de su cuerpo (Segales, Silvia, 2014).

Es un sentimiento de valoración y aceptación de la propia manera de ser que se desarrolla desde la infancia, a partir de las experiencias de la persona y de su interacción con los demás. La autoestima se ha convertido en un concepto que juega un papel importante a lo largo de nuestra vida.

Por lo anteriormente mencionado, se hace el análisis de los siguientes cuadros.

Cuadro N°7
Nivel de autoestima
(Autor: Henry Dower)

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Óptimo	-	-
Excelente	-	-
Muy buena	-	-
Buena	1	2%
Regular	24	48%
Bajo	25	50%
Deficiente	-	-
Muy baja	-	-
Extrema	-	-
Nula	-	-
Total	50	100%

Como se observa en el presente cuadro, los resultados más significativos alcanzados por los pacientes en función al inventario de autoestima 35B se encuentran dentro del nivel bajo con un 50%, en el nivel regular con el 48% y por último con un 2% una autoestima buena.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento en hemodiálisis presentan dentro de los niveles más elevados, con un porcentaje del 50% una autoestima baja, es decir, se caracterizan por ser personas con una tendencia a la autocrítica, así como una imagen deficiente de sí mismos ante los demás, presentan

dificultades para tomar decisiones y en consecuencia sus relaciones interpersonales se ven afectadas.

Al tratarse de una enfermedad con estas características, es comprensible que los pacientes manifiesten bajos niveles de autoestima, pues al encontrarse en un periodo de tratamiento atraviesan etapas de tensión emocional dada la necesidad de asumir restricciones físicas, emocionales y sociales.

También, presentan rasgos de inhibición, así como sentimientos de inferioridad debido a que los embates de la enfermedad, generan en ellos ciertos episodios de inutilidad al no poder realizar actividades que antes concretaban sin mayor dificultad; así mismo muestran desconfianza hacia los demás y disconformidad con ciertos rasgos, carencias o limitaciones que creen poseer.

Con un 48% los pacientes tienen una autoestima regular, es decir, que son personas expresivas, dependen de la aceptación social, igualmente tiene alto número de afirmaciones positivas, siendo más moderadas en sus expectativas y competencias.

Por lo general, estos pacientes no asisten a eventos sociales lo cual entorpece su relación con su familia y amigos; es así que su integridad frente a si mismo cohibe su proceso de adaptación al medio circundante.

Cuadro N°8**Relación entre el nivel de autoestima y calidad de vida**

Nivel de calidad de vida	Nivel de autoestima						Total	
	Bajo		Regular		Buena			
	F	P	F	P	F	P	F	P
Buena	15	60%	5	21%	1	100%	21	42%
Regular	10	40%	18	75%	0	0%	28	56%
Mala	0	0%	1	4%	0	0%	1	2%
Total	100	100%	24	100%	1	100%	50	100%

Como se muestra en el cuadro N°8, se llega a la conclusión, de que existe un porcentaje significativo del 75% de los pacientes que tiene un nivel de autoestima regular en correlación con una calidad de vida regular, esto indica que los pacientes con insuficiencia renal tienden a frustrarse fácilmente, puesto que se sienten impotentes por lo que puede pasar en entorno, en su familia, su trabajo, sobre todo con su estado de salud; tienden a actuar a la defensiva y culpan a los demás por sus debilidades, lo que conlleva al paciente a tener una calidad de vida regular y repercute negativamente en el proceso de recuperación, adaptación y estilo de vida.

Con un 60% los pacientes crónicos tienen una autoestima baja en relación a una calidad de vida buena, En esta cuestión se incluye la actividad laboral. La mayor parte de los estudios de calidad de vida señalan que mantener el trabajo después de entrar en diálisis está asociado a mejor calidad de vida. Sin embargo, no podemos ignorar que no es fácil mantener un trabajo y acudir a diálisis.

Además del estado físico, hay que considerar el tiempo disponible, los traslados al centro, las complicaciones e incluso las posibles y, a veces frecuentes, pruebas médicas.

Una de las principales dificultades enfrentadas por quien se enferma es la amenaza a su integridad; es decir, la enfermedad precipita la pérdida del control interno y del medio ambiente. En la sesión de hemodiálisis, el enfermo pasa de una actitud activa a una más pasiva, haciéndose casi totalmente dependiente de la persona que lo atiende, además, por supuesto de la máquina.

La cuestión de la dependencia es uno de los mayores problemas del enfermo renal en hemodiálisis y, mientras más se siente esa pasividad, aunque, inconscientemente, el paciente empieza a percibir que su control ahora está en las manos de extraños, las personas que asumieron su tratamiento, y que pasan a formar parte activa de su vida, mientras él tiene que aceptar esta nueva forma de vida, más pasiva.

5.4. Análisis de la hipótesis

Tomando en cuenta las hipótesis planteadas en esta investigación se tiene: los siguientes resultados:

Hipótesis N° 1

“Las personas que viven con insuficiencia renal tienen una calidad de vida mala”

De acuerdo a los resultados obtenidos sobre la calidad de vida de las personas que viven con insuficiencia renal se tiene una calidad de vida regular, como lo refleja

el cuadro N°2 con un 56% de los pacientes encuestados, por lo tanto se RECHAZA la hipótesis planteada al inicio de la investigación.

Hipótesis N° 2

“Existe mayor depresión cuando hay una mala calidad de vida”

En lo relacionado con la depresión en relación con la calidad de vida, los datos del cuadro N°4 hacen referencia a que el 67% de los pacientes que viven con insuficiencia renal tienen una calidad de vida regular con una depresión ligera, por lo que la hipótesis se RECHAZA.

Hipótesis N° 3

“Las personas que viven con insuficiencia renal presentan un grado de ansiedad mayor frente a una calidad de vida regular”

En el cuadro N°6 los datos reflejan que un 58% de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis presentan una calidad de vida regular con una ansiedad normal, por lo que la hipótesis planteada al inicio se RECHAZA.

Hipótesis N° 4

“Las personas que viven con insuficiencia renal, con una buena calidad de vida tienen un nivel muy bueno de autoestima”

Los resultados respecto a la calidad de vida, en relación con la autoestima, manifiestan que el 75% de los pacientes con insuficiencia renal crónicos tiene una

calidad de vida regular con una autoestima regular. En función a los resultados expuestos se tiene que la hipótesis planteada se RECHAZA.

6.1. CONCLUSIONES

La calidad de vida de las personas que padecen insuficiencia renal crónica se ve afectada debido a que están sujetos a cambios en su estilo de vida que van de la mano con el tratamiento sustitutivo renal y sus complicaciones, secundario a esto presentan un deterioro de la función física, mental, emocional, laboral y espiritual. A raíz de ello, surgió la inquietud por estudiar la temática.

Una vez concluida la investigación, fue posible arribar a las conclusiones siguientes:

Con respecto al primer objetivo, identificar el nivel de calidad de vida:

- ❖ Los pacientes en hemodiálisis, en general presentan una calidad de vida regular, esto significa que solo algunas veces la enfermedad los limita a aspectos tales como la alimentación, la actividad física y social.
- ❖ La enfermedad renal se caracteriza por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, se asocia a varios factores de riesgo, principalmente hipertensión y diabetes. El impacto de vivirla o padecerla y estar en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, genera para los pacientes un difícil proceso de afrontamiento y adaptación a un nuevo estilo de vida, en especial para aquéllos de edad avanzada, puesto que deben experimentar varios cambios en sus diferentes dimensiones.
- ❖ A nivel físico se ven afectados por el dolor, los cambios de apetito, sueño, náuseas, mareos, limitaciones motoras y afectaciones en la función sexual, a nivel psicológico se enfrentan con el estrés del tratamiento, sentimientos de

depresión, ansiedad, angustia y percepciones negativas de su vida; a nivel social sus relaciones personales, familiares y laborales se ven interferidas dado que en muchas ocasiones los pacientes optan por aislarse por sentimientos de vergüenza o miedo al rechazo, a nivel espiritual buscan refugio y consuelo en un ser superior que fortalezca su proceso de lucha para vivir con la enfermedad.

- ❖ Estas modificaciones afectan de manera significativa sus actividades cotidianas, y en ocasiones pasan a ser dependientes de sus cuidadores para suplir varias de sus necesidades básicas, lo que poco a poco provoca un importante deterioro en su calidad de vida.

En cuanto al segundo objetivo específico, nivel de depresión en relación con la calidad de vida:

- ❖ Los pacientes en hemodiálisis presentan una depresión ligera lo cual refiere que los síntomas que presentan los pacientes son la tristeza, cierta apatía, falta de autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión, pero de una forma suave que no afecta a la vida cotidiana o a las actividades diarias. La persona con depresión leve puede seguir haciendo las mismas cosas a nivel social, familiar y laboral, aunque la constante sea la tristeza y el desgano.
- ❖ En cuanto a la calidad de vida y su relación con la depresión los pacientes tienen una calidad de vida regular con un nivel de depresión ligera, lo que permite afirmar que la mayoría de ellos está pudiendo lidiar con la insuficiencia renal sin llegar a niveles de tristeza, agobio o alteraciones cognitivas que supongan un menoscabo significativo en su vida diaria.
- ❖ Los pacientes que no desempeñaban ningún tipo de actividad laboral, presentan mayores grados de depresión en comparación con los pacientes con actividad laboral. Esto sugiere que en este tipo de pacientes, la falta de trabajo

predispone a un estado de ánimo depresivo. Muchos de los pacientes, debido al constante malestar físico y a la gran cantidad de horas semanales destinadas a la HD, no desempeñan una actividad laboral económicamente productiva. Algunos dependen de su familia, otros son beneficiarios de una pensión o jubilación por incapacidad cuya retribución es escasa, alcanzando sólo a cubrir los gastos médicos ocasionados por la IRC y provocando, en muchos casos, problemas económicos y emocionales.

En cuanto al tercer objetivo específico, nivel de ansiedad en relación con la calidad de vida:

- ❖ En cuanto al nivel de ansiedad los pacientes presentan una ansiedad normal, considerando que existe ansiedad por el hecho de que las enfermedades crónicas son generadoras de ansiedad por ser incurables, la perpetuidad del tratamiento y la percepción de muerte que suponen.
- ❖ En relación con la calidad de vida, los pacientes tienen una calidad de vida regular y un nivel ansiedad normal; La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupaciones, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente, es por ello que para las personas que viven con severos problemas de salud como es el caso de la investigación les permite adaptarse más fácilmente a todo lo que su enfermedad implica.

En cuanto al cuarto objetivo específico, nivel de autoestima en relación con la calidad de vida:

- ❖ Los pacientes en hemodiálisis tienen una autoestima baja, es decir se

caracterizan por ser personas con una tendencia a la autocrítica, así como una imagen deficiente de sí mismos ante los demás, presentan dificultades para tomar decisiones, y en consecuencia sus relaciones interpersonales se ven afectadas.

- ❖ Al tratarse de una enfermedad con estas características, es comprensible que los pacientes manifiesten bajos niveles de autoestima, pues al encontrarse en un periodo de tratamiento atraviesan etapas de tensión emocional dada la necesidad de asumir restricciones físicas, emocionales y sociales.
- ❖ En cuanto a la relación con la calidad de vida; los pacientes tiene una calidad de vida regular y una autoestima regular, esto nos indica que los pacientes con insuficiencia renal tienden a frustrarse fácilmente, puesto que se sienten impotentes por lo que puede pasar entorno a su familia, su trabajo, su entorno, sobre todo con su estado de salud, tiende a actuar a la defensiva y culpa a los demás por sus debilidades lo cual conlleva al paciente a tener una calidad de vida regular, lo que repercute negativamente en el proceso de recuperación, adaptación y estilo de vida.

6.2. RECOMENDACIONES

Las personas que padecen ERC y se someten a un tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, ven afectada su calidad de vida desde todas sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual, debido a los diversos cambios en sus estilos de vida, derivados de la patología, es por ello que en función a lo expuesto se recomienda lo siguiente:

- ❖ Al Centro de Hemodiálisis de San Andrés se recomienda contribuyan a la importancia que requiere el apoyo psicológico para los pacientes con enfermedad terminal, debido a que los mismos necesitan ser preparados

emocionalmente para enfrentar la enfermedad. Se considera que la preparación psicológica hace menos traumático el tratamiento.

- ❖ Al personal del área, hacer notar la importancia de contar con un profesional especialista en psicología, mismo que deberá trabajar multidisciplinariamente en relación con los demás profesionales a fin de brindar al paciente la posibilidad de una mejor calidad de vida tanto a nivel físico como emocional.
- ❖ Al entorno familiar del paciente se recomienda, proporcionarle un ambiente de comunicación, apoyo moral y afectividad constante, debido a que necesita sentirse constantemente apoyado. Tanto la familia como el paciente, deben recibir apoyo psicológico, puesto que muchas veces la noticia de la enfermedad puede ser traumatizante para los miembros que la conforman de manera que ambas partes puedan apoyarse mutuamente siendo la prioridad el enfermo.
- ❖ Se recomienda realizar actividades sociales con estos pacientes, dada la importancia de mejorar los niveles de comunicación e interacción, podrían participar en grupo de amigos, reuniones familiares, terapias de grupo e individuales, podrían resultar beneficiosas para el paciente.