



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

TÍTULO:

VIVENCIAS AFECTIVAS Y SALUD MENTAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
ERC SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL DOCENTE
DE LA POLICÍA NACIONAL GUAYAQUIL #2

AUTOR:

HUGO EDUARDO JUMBO APONTE

TUTOR:

Dr. Gilbert Jácome Bastidas MsC.

CURSO:

QUINTO AÑO

GUAYAQUIL-ECUADOR

2017-2018

DEDICATORIA

A mi esposa y mi hijo por ser el motor y pilar fundamental de mi crecimiento a nivel profesional y personal, a mis padres y suegros por su apoyo incondicional, a lo largo de la carrera y de la vida.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.



Universidad de Guayaquil

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
ESCUELA/CARRERA DE PSICOLOGÍA
Unidad de Titulación

**“VIVENCIAS AFECTIVAS Y SALUD MENTAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ERC SOMETIDOS A
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL DOCENTE DE LA POLICÍA NACIONAL GUAYAQUIL #2”**

Autor: Hugo Eduardo Jumbo Aponte

Tutor: Dr. Gilbert Jácome Bastidas MsC.

Resumen

Las practicas pre profesionales en el Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil # 2 dieron paso a efectuar la sistematización de experiencias sobre las vivencias afectivas y salud mental de pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis, con este estudio se buscó comprender la manera en la que los pacientes vivencian afectivamente la enfermedad renal crónica, y a partir de aquello el impacto que estas tienen en su salud mental. Para lograr los objetivos planteados se realizó la revisión de las historias clínicas de los pacientes, las cuales fueron facilitadas por el servicio de nefrología, a partir de esto se ejecutó un proceso de entrevistas a un total de 12 pacientes, para obtener información sobre que vivencias afectivas experimentan a partir de su enfermedad. Se pudo determinar que lo principal que afecta a la salud mental de la mayoría de pacientes con ERC es la ansiedad y depresión, repercutiendo a su vez la forma de afrontar la enfermedad y su adherencia al tratamiento.

Palabras Claves: vivencias afectivas, salud mental, enfermedad renal crónica, ansiedad, depresión.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
ESCUELA/CARRERA DE PSICOLOGÍA
Unidad de Titulación

**"AFFECTIVE LIVING AND MENTAL HEALTH OF PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF CKD
SUBMITTED TO TREATMENT OF HEMODIALYSIS IN THE TEACHING HOSPITAL OF GUAYAQUIL**

NATIONAL POLICE # 2"

Author: Hugo Eduardo Jumbo Aponte

Advisor: Dr. Gilbert Jácome Bastidas MsC.

Abstract

Pre-professional practices at the Teaching Hospital of the Guayaquil National Police # 2 led to the systematization of experiences on affective experiences and mental health of patients diagnosed with chronic kidney disease undergoing hemodialysis treatment. This study sought to understand the way in which patients experience affective chronic kidney disease, and from that the impact they have on their mental health. To achieve the proposed objectives, a review of the patient's medical records was made, which were facilitated by the nephrology service. From this, a process of interviewing a total of 12 patients was carried out to obtain information on what experiences they had. Affective people experience from their illness. It was determined that the main thing that affects the mental health of most patients with CKD is anxiety and depression, which in turn has an impact on the way of coping with the disease and its adherence to treatment.

Keywords: affective experiences, mental health, chronic kidney disease, anxiety, depression.

ÍNDICE

Contenido

DEDICATORIA	ii
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
1. CONTEXTO TEÓRICO	10
1.1 ALGUNAS DEFINICIONES CONCEPTUALES	10
1.2 Ansiedad:.....	11
1.2.1 Diagnóstico de Ansiedad según el CIE-10.....	12
1.3 Depresión:	13
1.3.1 Depresión según el CIE-10	15
1.4 Emociones positiva.....	17
1.4.1 Bienestar.....	17
1.4.2 Elevación	18
1.4.3 Fluidez	18
1.4.4 Resilencia	18
1.5 Sentimientos:.....	18
1.6 El impacto psicológico del proceso salud-enfermedad	19
1.7 Afectividad	21
1.8 Estados de ánimo:.....	21
1.9 Salud mental.....	23
1.10 Definición de enfermedad renal crónica:	24
1.11 Impacto psicológico de la enfermedad	25
2 METODOLOGÍA PARA LA SISTEMATIZACIÓN	27
2.1 Abordaje de Aspectos Contextuales del Proceso de Sistematización.....	27
2.2 Enfoque Metodológico	28
2.2.1 Objetivo de la sistematización	28
Objetivo General:	28
Objetivos Específicos:.....	28
2.3 Delimitación del objeto a sistematizar	28
2.4 DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	30
2.5 RECUPERACIÓN DEL PROCESO	32
2.5.1 Reconstrucción histórica.....	32

2.6	ANÁLISIS Y REFLEXIÓN	33
2.6.1	Interpretación crítica (Lecciones aprendidas)	35
2.7	CONCLUSIONES.....	40
2.8	RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA		41
ANEXOS		43

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: PLAN OPERATIVO DE SISTEMATIZACIÓN	29
TABLA 2: DESARROLLO DE ENTREVISTAS	32
TABLA 3: APLICACIÓN DE REACTIVOS PSICOLOGICOS	32
TABLA 4: DIFICULTADES SUPERADAS.....	36
TABLA 5: SITUACIONES DE ÉXITO.....	37
TABLA 6: ERRORES PARA NO VOLVER A COMETER.....	38

RESUMEN

Las practicas pre profesionales en el Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil # 2 dieron paso a efectuar la sistematización de experiencias sobre las vivencias afectivas y salud mental de pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis, con este estudio se buscó comprender la manera en la que los pacientes vivencian afectivamente la enfermedad renal crónica, y a partir de aquello el impacto que estas tienen en su salud mental. Para lograr los objetivos planteados se realizó la revisión de las historias clínicas de los pacientes, las cuales fueron facilitadas por el servicio de nefrología, a partir de esto se ejecutó un proceso de entrevistas a un total de 12 pacientes, para obtener información sobre que vivencias afectivas experimentan a partir de su enfermedad. Se pudo determinar que lo principal que afecta a la salud mental de la mayoría de pacientes con ERC es la ansiedad y depresión, repercutiendo a su vez la forma de afrontar la enfermedad y su adherencia al tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de titulación se lo realiza a partir de una experiencia práctica la cual sistematiza las vivencias afectivas y salud mental de pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil #2.

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

Para el abordaje de esta problemática se tomó aplicaron entrevistas semi-estructuradas a los pacientes, así como también la aplicación de reactivos psicológicos para indagar sobre las vivencias afectivas que inciden en la salud mental de los pacientes con ERC.

De esta manera se pudo evidenciar principalmente la ansiedad y depresión como principales agentes que afectan la salud mental de los pacientes, lo cual a su vez está estrechamente relacionada con la sintomatología orgánica y las limitaciones impuestas por la ERC y al tratamiento. Las vivencias afectivas varían de un paciente a otro dependiendo del impacto y la valoración que los pacientes hagan de su condición así como también las características individuales que estos posean para poder adaptarse a este cambio en su estilo de vida. la presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, evidenciándose la no adherencia a la HD, e incumplimiento a las restricciones médicas.

1. CONTEXTO TEÓRICO

1.1 ALGUNAS DEFINICIONES CONCEPTUALES

Todo acto humano tiene implícito la manifestación de sus emociones y sentimientos, los mismos que están relacionados con el comportamiento y las diversas situaciones que el individuo deben afrontar a lo largo de toda su vida. Es importante precisar cuáles son las particularidades psicológicas que intervienen en las vivencias afectivas, para ello partiremos de las premisas fundamentales que hablan sobre el tema y que reconocen a las emociones, afectividad, estados de ánimo y sentimientos, componentes fundamentales para un mayor entendimiento de esas vivencias que constituyen la perspectiva psicológica de la investigación que se ha propuesto.

Sobre emoción Vindel y Tobal (2001:p18) dicen:

“Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). Además, desde un punto de vista psicológico, emociones tales como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son emociones básicas que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas, poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta.”

De esta manera las emociones son todas aquellas reacciones inmediatas que experimenta un individuo ante determinadas situaciones, las cuales pueden ser satisfactorias, así como también nocivas, lo cual predispone la forma en la que el individuo afronta dicha situación a través de una acción o reacción determinada.

Martínez *et al* (2006) señala que las emociones básicas constituyen patrones individuales de conducta expresiva, cada una asociada a un patrón específico de activación fisiológica y ligada

a una experiencia cognitiva-subjetiva o sentimiento particular y con un substrato neuroanatómico específico.

(...)”El miedo, la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa y el asco son las emociones básicas para las que existe un mayor consenso respecto a su definición conceptual, características definitorias, etc. Desde Darwin hasta autores más contemporáneos, entre ellos Tomkins, Izard y Ekman, se ha resaltado la importancia de las emociones en cuanto a su función adaptativa para la supervivencia del individuo y de la especie. Todos estos autores asumen la existencia de emociones básicas que son producto de la evolución filogenética y ontogenética y que están relacionadas con estados biológicamente significativos como la procreación, la cría y la amenaza a la integridad de los individuos y de la especie”(...) (J. Piqueras, *et. al* 2008)

las emociones influyen sobre la salud-enfermedad a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso “salud-enfermedad”, en especial cuando se convierten en trastornos clínicos, así como por medio de sus propiedades motivacionales para modificar las conductas “saludables” (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y “no saludables” (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo)¹

Otras manifestaciones emocionales indicadas como importantes para el tema de la vida emocional y afectiva de los individuos, tiene que ver con las manifestaciones de la ansiedad y de la tensión psicológica que se desprende de esta emoción primaria.

1.2 Ansiedad:

Todos sentimos ansiedad y estrés de vez en cuando. Hay situaciones que suelen despertar sentimientos de ansiedad como, por ejemplo, cumplir plazos de entrega ajustados, obligaciones sociales importantes o conducir con mucho tránsito. Esta ansiedad leve puede ayudar a mantenerlo alerta y concentrado para enfrentarse a situaciones amenazadoras o difíciles.

Pero las personas que sienten temor extremo y preocupaciones que perduran pueden estar lidiando con trastornos de ansiedad. La frecuencia e intensidad de este tipo de ansiedad es a menudo debilitante e interfiere con actividades diarias. Sin embargo, con un tratamiento adecuado y eficaz, las personas que tienen trastornos de ansiedad pueden llevar vidas normales (American Psychiatric Association, 2010).

¹Op. Cit Vindel y Tobal

1.2.1 Diagnóstico de Ansiedad según el CIE-10

1.2.1.1 Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o Un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a)** Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b)** Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c)** Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes. La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

Incluye:

Estado de ansiedad.

Neurosis de ansiedad.

Reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia (F48.0).

1.2.1.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2)

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).

1.3 Depresión:

La depresión es un trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo. El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes de los seres humanos (C. Vázquez, 1990). En la depresión el estado de ánimo estaría asociado al polo desagradable, la tendencia a la negatividad.

La depresión, por consecuencia, puede comprenderse como una patología del estado anímico que se expresa mediante sintomatología característica, como el humor deprimido, aunque este no es el único criterio para un diagnóstico patológico.

Se han hipotetizado diversas vías para explicar las interrelaciones de los factores emocionales en el proceso de salud-enfermedad (Vindel y Tobal, 2001):

1. Las reacciones desadaptativas de ansiedad, de tristeza-depresión y de ira que alcanzan niveles demasiado intensos o frecuentes, cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se incrementa la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud (como las adicciones) y de que olvide los hábitos saludables (ejercicio físico, etc.).

Por ejemplo, existe una relación positiva entre ansiedad y consumo de tabaco, así como entre tabaquismo y cáncer. En definitiva, estos estados y necesidades emocionales concretos pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud, como por ejemplo, el malestar emocional no ayuda a que la gente se implique en la realización de hábitos que favorezcan su salud tales como el no fumar, hacer ejercicio, desayunar, etc. (Leventhal, Prochaska&Hirschman, 1985).

2. Estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos que podrían deteriorar nuestra salud si se cronifican. Las disfunciones fisiológicas consecuentes serían arritmias, aumento crónico de la presión arterial, dispepsias, dermatitis, dolor muscular, etc. Así, los pacientes con arritmias, hipertensión esencial, cefaleas crónicas, o diversos tipos de dermatitis, presentan niveles más altos de ansiedad, ira y activación fisiológica que la población general.

3. Esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico, o bien la supresión o control de estas emociones puede acarrear altos niveles de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión.

Ya hemos descrito brevemente características de las emociones dentro del proceso de salud-enfermedad, por lo que se hace necesario, precisar sobre las definiciones conceptuales de las vivencias afectivas que inciden sobre la salud mental de pacientes con ERC.

1.3.1 Depresión según el CIE-10

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este **síndrome somático** habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

1.3.1.1 Episodio depresivo leve, pautas para el diagnóstico (F32.0)

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

1.3.1.2 Episodio depresivo moderado, pautas para el diagnóstico (F32.1)

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

1.3.1.3 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición

psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada. Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

1.4 Emociones positiva

Debido a que no todos los seres humanos reaccionan de la misma manera, se puede decir que no todos los pacientes con ERC vivencian de manera negativa su proceso de enfermedad, y es así cómo se hace importante mencionar brevemente cuáles son esas emociones que permiten al paciente afrontar y mantener la adherencia terapéutica.

Existen muchos aportes teóricos referentes a las emociones humanas por lo que se hace de vital importancia referir la siguiente clasificación de emociones positivas de A. Barragán, y C. Martínez (2014); entre las cuales están el bienestar, la elevación, la fluidez, la resiliencia, que se definen a continuación.

1.4.1 Bienestar

El bienestar es una de las condiciones que ayudan a lograr un adecuado funcionamiento de la persona dentro de su contexto social, familiar, laboral y personal. De acuerdo con Seligman (2002), el bienestar y la felicidad forman un binomio inseparable. Por lo tanto, cuando aumenta este sentido de bienestar subjetivo, la persona se vuelve más creativa y su personalidad refleja una actitud rozagante. Posteriormente, esta combinación generará como resultado una motivación interna para actuar sobre un fin previamente establecido. De acuerdo con la perspectiva empírica, el bienestar se entiende como un juicio cognitivo global que resulta de la combinación de la satisfacción con la vida y el balance generado por la frecuencia de afecto positivo y negativo. De hecho, son estos tres componentes los que por consenso utilizan los investigadores en el campo de la psicología positiva cuando definen operativamente dicho término (Diener, Sandvik y Pavot, 1991; Lyubomirsky, Tkach y Dimatteo, 2006).

1.4.2 Elevación

La elevación es una emoción positiva que se expresa como un fuerte sentimiento de afecto (Haidt, 2000, 2002) que ocurre cuando se presencian actos que reflejan lo mejor del ser humano, provocando en los demás el deseo de ser mejores personas. La elevación es lo que es posible experimentar cuando, por ejemplo, se observa que alguien festeja el cumpleaños de una persona en situación de riesgo (sin hogar, en pobreza extrema...): le prepara una fiesta con pastel, globos, confeti y demás, mientras el festejado lo agradece con una sonrisa que irradia felicidad. Experimentar esta emoción hace más factible que queramos ayudar a otras personas. De acuerdo con Seligman (2002), lo anterior tiene importantes beneficios psicológicos y sociales, pues las personas que llevan a cabo lo descrito en el ejemplo se sienten orgullosas de sus acciones, al tiempo que los individuos que son ayudados sienten una extrema gratitud (Fredrickson, 2001). Lo anterior bien podría ser definido como un bumerang de actos positivos que permite mejorar la calidad de vida de las personas.

1.4.3 Fluidez

La fluidez (*flow*) es aquella emoción que se experimenta cuando una persona se encuentra totalmente involucrada en la actividad que está realizando (Csikszentmihalyi, 1990);

1.4.4 Resilencia

Las personas resilientes son aquellas que ante la adversidad “se doblan pero no se rompen” y que son capaces de experimentar emociones positivas en situaciones estresantes (Fredrickson, 2001). Por tal razón, las emociones positivas en los momentos de aflicción hacen más probable que se hagan planes a futuro (Stein, Folkman, Trabasso y Richards, 1997), y por tanto predicen un mejor ajuste psicológico.

1.5 Sentimientos:

Al igual que es necesario precisar que son las emociones, no se puede dejar de lado, el siguiente plano de las emociones, no se puede ignorar a los sentimientos, los cuales se establecen en base a las emociones y a las diferentes representaciones que estas tengan en el entorno en el que el ser humano se desenvuelve, como un ente social no está aislado de la influencia del entorno en su estructura personológica, solo dependerá de los recursos

personológicos que el sujeto tenga para desenvolverse de manera asertiva en su ambiente. es por esto que se considera importante la siguiente definición:

“Los sentimientos son comportamientos que, a su vez, forman parte de otros, de hecho, casi todo comportamiento humano los incluye. En ocasiones constituyen la única forma de responder a situaciones simples, aunque, por lo general, son componentes afectivos de otras conductas efectivas. Esto tiene que ver con que son fácilmente condicionables y una vez que se incorporan al repertorio de una persona, adquieren cierta autonomía con respecto a los estímulos originales. Por esta razón, y por otras de tipo cultural, las distintas aproximaciones psicológicas enfatizan su importancia, aunque desde premisas erróneas ante que los sentimientos y las emociones son fenómenos distintos” Rodríguez (2008)

Basándose en esta definición de sentimientos se puede decir que los sentimientos están estrechamente relacionados a las emociones, lo cual puede generar que dichos sentimientos se vuelvan una reacción condicionada ante determinados estímulos. De esta manera el medio en el que el ser humano se desenvuelve va a repercutir positiva o negativamente en nuestros sentimientos acorde a lo forma en la que se vivencie o subjetive cualquier situación, que puede pasar desde un plano racional a un plano netamente emocional.

1.6 El impacto psicológico del proceso salud-enfermedad

Para la autora citada en líneas anteriores ni los sentimientos ni las emociones pueden estudiarse sin considerar en cada caso las circunstancias ambientales específicas a las que un individuo responde. Las diversas aproximaciones psicológicas han reducido las interacciones individuo-ambiente a procesos mentales o respuestas somáticas...no permite distinguir, en términos funcionales, las emociones de otros fenómenos; tampoco se da cuenta de reacciones idiosincrásicas a condiciones específicas de estimulación.²

Esta forma de proceder lleva, entre otras cosas, a clasificar las “emociones”. Kantor (1969:14) señala que *“estrictamente hablando, solo puede haber una clase de conducta emocional, esto es, las emociones constituyen una clase o tipo de acción”*. Dadas las diferentes condiciones de estimulación en las que ocurren y sus diversos contextos, su clasificación

²Op. Cit Rodríguez M.

general en positivas y negativas dista mucho de acercarse a la comprensión del fenómeno. También afirma que *“este tipo de conducta ocurre solamente bajo condiciones externas definidas y, por tanto, solamente puede describirse en términos de tales condiciones.*

De esta manera dichos autores tratan de dar cuenta de que no todas las personas tienen los recursos personológicos necesarios como para reconocer determinadas emociones que puedan presentarse por diversas situaciones. Todo dependerá de las condiciones y de la intensidad del estímulo que el sujeto reciba como retroalimentación de su entorno el cual puede generarle grados elevados de tensión que repercutirán en el afrontamiento de su vivencia.

Rodríguez también plantea que si las emociones se caracterizan por una fase en la que el individuo no puede pensar o actuar porque las acciones que la situación requiere se bloquean, no se puede dar cuenta de una emoción específica sin considerar las características precisas de la situación. Las condiciones de estimulación emocional implican demandas, peligros o estímulos abrumadores que deben describirse para dar cuenta del segmento emocional; sin embargo, se omite su descripción o se lleva a cabo de manera marginal. Un caso ilustrativo es el relacionado con lo que se denomina estrés.³

Por otro lado desde la perspectiva de la psicología de la salud:

“El impacto psicológico que genera una enfermedad crónica en el ciclo vital de los pacientes, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro”. (Y. González 2011; p: 3)

Para ello la intervención psicológica en el proceso de afrontamiento de la enfermedad es de suma importancia, ya que dependiendo de la perspectiva de su abordaje puede contribuir a que el individuo logre un mejor proceso adaptativo, y así pueda generar sus propias herramientas para que de esta forma pueda tener un contingente de recursos que le permitan participar activamente en su cotidianidad. Ya que las emociones y sentimientos no se dan de manera aislada, deben ser comprendidos como un todo integral de la vida de un sujeto, es allí que a medida que el sujeto interactúa en su proceso salud-enfermedad se da un comportamiento afectivo acorde a la situación que está vivenciando.

³ Rodríguez M. *Op. Cit*

1.7 Afectividad

En general se suele identificar y relacionar el afecto con la emoción, pero son fenómenos distintos aunque, sin duda, relacionados. Mientras la emoción es una respuesta individual interna que informa de las probabilidades de supervivencia que ofrece una situación, el afecto es un proceso de interacción social entre dos o más personas.

1.8 Estados de ánimo:

Los estados de ánimo constituyen un estado emotivo general, que matiza los procesos psíquicos y la conducta del hombre durante un considerable periodo. (Barrios, 2007). No están vinculados a un acontecimiento particular, de ahí que se considere “un estado general indeterminado” (Rubinstein, 1981). Para McNair (1971), los estados de ánimo son “estados afectivos transitorios fluctuantes”. Para Cockerill (1991), los estados de ánimo son “estados emocionales transitorios que pueden ser influenciados por una variedad de factores ambientales y de personalidad”. Lane y Terry (2000), han definido los estados de ánimo como “un conjunto de sentimientos efímeros por naturaleza, que varían en intensidad y duración, y que generalmente comprometen más de una emoción”. Obviamente el concepto de estos últimos autores es puramente descriptivo (Barrios, 2007: 2).

Los estados de ánimo pueden ser debidos a alteraciones en distintos acontecimientos que producen una fuerte impresión emocional, y su base sensible puede hallarse también en la actividad vital del organismo, en sus vagas y mal localizadas sensaciones de los órganos internos⁴. Pueden surgir bajo la influencia de una sola impresión, de un recuerdo, de una idea repentina. Ello depende también de la personalidad, en especial cómo se conduce ante las dificultades, de sus relaciones con el medio y su propia actividad (Rubinstein, 1981). Se considera que cambios en el estado bioquímico y hormonal del individuo como falta de sueño, aliento y ejercicio, pueden generar alteraciones en los estados de ánimo (Ekman, 1994).

Otro criterio asume una posición en el asunto planteando una definición donde valora las concepciones existentes. Para dicho autor, “el estado de ánimo es un estado emocional general e indeterminado de la personalidad, que influencia los procesos cognoscitivos y la conducta respecto al medio y a sí mismo; es variable y en él coexisten vivencias de diferente denominación, connotación e intensidad. Se vincula fundamentalmente a la posición subjetiva del individuo respecto a vivencias provenientes de la actividad vital del organismo, sus

⁴Ibid Barrios 2007

relaciones con el medio y la satisfacción de sus necesidades y aspiraciones”. (Shuare, 1990: 77).

Rubinstein (1981) Plantea:

“En la medida como se forman las relaciones mutuas de personalidad con el ambiente, se desarrollan en la personalidad determinadas esferas de especial significación y constancia. No todas las impresiones son suficientemente poderosas para alterar el general estado de ánimo de la personalidad. Para ello debe existir una relación con una esfera especialmente significativa para la personalidad, a la cual ésta sea extraordinariamente susceptible o sensible. Esta impresión está sometida, por decirlo así, a un determinado filtraje. El ámbito dentro del cual se puede formar un estado de ánimo es, por tanto, limitado. Con ello, el ser humano depende menos de las impresiones casuales, y su estado de ánimo se hace considerablemente más constante”.

Esto hace referencia a que, mientras mayor sea la prolongación o exposición ante una situación que genere ya sea bienestar como malestar, esto va a repercutir positiva o negativamente en nuestro estado de ánimo, dependiendo del grado de impacto que dicha situación tenga en la subjetividad del sujeto.

“El estado de ánimo depende finalmente, también íntimamente de cómo se forman para los diferentes individuos las relaciones vitales con respecto al ambiente o mundo que lo rodea y con respecto a su propia actividad. El estado de ánimo no solamente se manifiesta en la estructura de esta actividad, que está intrincada en las activas relaciones mutuas con el ambiente, sino que también se forma en ella. Para ello, como es natural, no es esencial el desarrollo objetivo de los acontecimientos de por sí, independientemente de la relación de la personalidad con respecto a aquel, sino también la manera como el individuo depende esencialmente de sus cualidades de carácter, en especial de cómo se conduce con respecto a las dificultades” Rubinstein (1981:549).

Siendo que, no solo el estado de ánimo esta dado de manera intrínseca, sino también de manera extrínseca, por lo cual el ambiente juega un papel muy importante en la forma como vivencia el sujeto su proceso de salud-enfermedad. Si hablamos de pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis por falla renal crónica; tiene implicaciones mucho mayores, ya que son sujetos que se encuentran restringidos o limitados netamente a lo que les permita su

enfermedad, lo cual tiene un choque a nivel emocional, ya que tiene su impacto en su salud mental, predisponiéndolo a patologías que pueden ser riesgosas para su salud integral.

1.9 Salud mental

Es imperante describir la salud mental, ya que es una categoría de vital importancia para el desarrollo de esta investigación ya que es directamente donde repercute un inadecuado afrontamiento del proceso de enfermedad, pudiendo desestructurar al sujeto tanto a nivel personal como interpersonal:

Rodríguez, V. (2005) afirma que la salud mental es un concepto dinámico que se define positivamente dentro de un marco social e histórico donde el individuo es consciente de la realidad, participa activamente en esta y es capaz de generar transformaciones; concluye que esta se refleja a través de “indicadores” como la grupalidad, el uso del tiempo libre, la creatividad y la conciencia social.

Entre algunas de las particularidades de las personas mentalmente estables resaltan las mencionadas por el siguiente autor Pacheco en su artículo “El concepto de salud mental” (2005):

- Están satisfechas consigo mismas. No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones). Pueden aceptar las decepciones de la vida sin alterarse dramáticamente. Tienen una actitud tolerante y relajada respecto a la propia persona y a los demás. Son capaces de reírse de sí mismas.
- Se sienten bien con los demás. Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás. Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas. Son capaces de confiar en los demás y están abiertos experiencialmente a que los otros confían en ellos. Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta. Aceptan sus responsabilidades ante los problemas que se van presentando. Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario. Planifican el presente de cara al futuro, al que enfrentan, en vez de evadirlo, a pesar del posible temor que puedan sentir.

1.10 Definición de enfermedad renal crónica:

La enfermedad renal crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, afectando aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen (Gil-Roales, 2004). La enfermedad renal crónica (ERC) es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un periodo de meses o años (Pérez, Llamas, & Legido, 2005).

Dentro de los tratamientos empleados para el manejo de la enfermedad renal crónica se encuentran la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal, los cuales favorecen la disminución de varios síntomas propios de la enfermedad y la prolongación de la vida del paciente; siendo utilizados de acuerdo a las condiciones físicas, psicológicas y sociales del mismo. En la hemodiálisis una maquina purifica y filtra temporalmente la sangre de desechos nocivos, sal y agua en exceso por medio de dos agujas conectadas a una fistula que se retiran al final de cada sesión, este procedimiento se realiza por lo general tres veces por semana de 3 a 5 horas por cada sesión e implica la creación de una fistula que es una operación donde se une una vena con una arteria bajo la piel del brazo.

Los pacientes tienen en todo momento profesionales entrenados en el caso de presentarse complicaciones durante el tratamiento y pueden conocer personas que comparten su misma condición, sin embargo deben acudir a la unidad renal en horarios establecidos sin posibilidad de realizar otras actividades durante este tiempo y pueden tener problemas con el acceso venoso e hipotensión (Hernández, 1995). En la diálisis peritoneal una membrana interna que reviste el abdomen, llamada peritoneo, filtra la sangre del exceso de agua, desechos y sustancias químicas, introduciendo una solución de diálisis en el abdomen durante 4 a 6 horas, realizando los recambios 4 veces al día.

A pesar de que el paciente puede compartir más tiempo con su familia, desempeñar un trabajo y no requiere asistir a la unidad renal para la realización de la diálisis, el procedimiento requiere mayor espacio, elementos especiales de higiene en el hogar, lo que puede ser causa de estrés para sus familiares (Chan, McFarlane, & Pierratos, 2005). El trasplante renal es una transferencia de tejidos u órganos (riñón) desde un organismo donante a otro receptor. Para

reducir la posibilidad de rechazar el riñón donado se tiene la necesidad de tomar medicamentos diariamente, especialmente inmunosupresores que disminuyen las defensas propias del organismo, el paciente además debe seguir las indicaciones dadas por el medico nefrólogo y someterse a una valoración pre trasplante.

El trasplante es una intervención quirúrgica de gran envergadura que permite llevar una vida normal, evita las complicaciones de las fases finales de la enfermedad, hace innecesaria la realización de diálisis y genera una disminución de los costos de la enfermedad; sin embargo implica incluirse en lista de espera lo cual genera altos niveles de ansiedad, el cuerpo puede rechazar el riñón donado y este puede no durar toda la vida (Brook&Nicholson, 2003).

1.11 Impacto psicológico de la enfermedad

En el colectivo social o imaginario, la connotación de enfermedad renal crónica y su asociación con la hemodiálisis, es en si ya un agente de impacto que produce la palabra no solo sobre quien la padece sino también para aquellos que están lejos del padecimiento de esta enfermedad.

Como consecuencia de ello los procesos del diagnóstico clínico y del tratamiento medicamentoso provocan Confusión, incertidumbre, malestar emocional y, en ocasiones, problemas de comunicación entre el paciente y sus familiares, con su entorno social y laboral y con el personal sanitario. (Yélamos, C. y Fernández, B. 2006).

Existen una serie de situaciones que generan malestar psicológico en el paciente: las exploraciones médicas, la espera de resultados, la confirmación del diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos de hemodiálisis, sus efectos secundarios, las revisiones, entre otras maniobras invasivas.

Las exigencias de la enfermedad a las que está sometido el paciente y su entorno familiar son variadas, por lo que pueden generarse reacciones emocionales negativas así como también desarrollar patologías asociadas al estado de ánimo.

Es frecuente la percepción de pérdida de la salud y de la vida, de la identidad, de la imagen habitual, del control de los acontecimientos, de la autoestima, de las relaciones significativas,

del estilo de vida habitual, de un proyecto vital o de futuro, del sentimiento de igualdad de condiciones y del esquema de valores prioritarios⁵.

Dicha subjetivación de pérdida genera malestar en los pacientes, sin embargo todo ser humano es único e irreplicable, en cuyo caso el proceso de enfermedad puede tener diversas connotaciones para muchas personas, en esto interviene la estructura personalógica de los pacientes, situaciones de estrés que precedan su enfermedad que los pueda predisponer o traer complicaciones en su personalidad pre mórbida; a esto se suman los factores ambientales que juegan un rol importante en el afrontamiento de la enfermedad.

Se reconoce que en los pacientes con enfermedades crónicas, es frecuente la presencia de una o más condiciones médicas que pueden desencadenar depresión en la persona enferma. Es evidente que cuanto más severa es la enfermedad, más probable será que la depresión la complique, pudiendo coexistir con ella otra serie de sintomatologías que interfieran sobre el estado de ánimo y salud mental del paciente.

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

Con mayor o menor resistencia la persona con esta enfermedad crónica comienza a elaborar o re-elaborar el sentido de la muerte con una proyección de inmediatez que puede conllevar a la reestructuración de sus aspiraciones, sueños y proyectos de vida en los que se implica todo lo significativo y relevante para la persona, que genéricamente hablando se refiere al desarrollo personal, familia, pareja, profesión, vida social, entre otros.⁶

De esta manera Gonzáles, Y., Herrera, L., Romero, J. y Nieves, Z. en su trabajo Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica, propone la clasificación de las fases de afrontamiento de la enfermedad renal crónica de Elizabeth Kubler- Ross (1989) que plantean el tránsito de estas personas por cinco etapas de un proceso de duelo para elaborar estas pérdidas; Negación, Concientización, Rabia, Depresión y Aceptación.

⁵Op. Cit Yélamos, C. y Fernández, B.

⁶Op. Cit Yélamos, B. y Fernández, B.

Explorar las maneras individuales de transitar por la elaboración del duelo y la jerarquización de las pérdidas, constituye una oportunidad para encontrar con mayor nivel de precisión los posibles factores protectores y la capacidad de resiliencia como premisa para la estructuración de las alternativas terapéuticas.

En este sentido el estudio de los estados emocionales como la ansiedad, la depresión y la ira se hacen ya de carácter obligatorio al pretender describir y explicar la manera individual de subjetivar la enfermedad crónica (González, Y., *et al* 2011).

2 METODOLOGÍA PARA LA SISTEMATIZACIÓN

2.1 Abordaje de Aspectos Contextuales del Proceso de Sistematización.

Las practicas pre-profesionales, se realizaron en el Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil #2 en el área de nefrología con los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis, los mismos que fueron considerados para realizar el proceso de sistematización.

En nuestras prácticas pre-profesionales abordamos, el tema de las vivencias afectivas durante el proceso de tratamiento de la enfermedad renal crónica, la ansiedad y la depresión son los indicadores emocionales más frecuentes que observamos en aquellos pacientes desde un inicio que son informados sobre su enfermedad.

El apoyo familiar, moral juegan un papel muy importante para que el paciente pueda “sobrellevar”, y haya una aceptación de esta enfermedad y durante la evolución del tratamiento, ya que es un tratamiento fatigoso y doloroso y por ende requiere el acompañamiento constante de un familiar, para que el paciente tenga una adecuada adherencia al proceso de diálisis.

En todo momento observamos el constante apoyo psicológico del personal del Servicio de Psicología Clínica, sea esto en la intervención hacia el paciente en su tratamiento y a la familia del mismo, con el objetivo de que puedan sobrellevar la evolución de la enfermedad de manera asertiva. Sin embargo caben destacar que no todos los pacientes consideran necesaria la asistencia psicológica y de igual manera las familias, por lo que se dificulta la intervención en ambas partes.

Se debe tomar en cuenta como una factor importante la colaboración entre departamentos, actuando de manera interdisciplinaria para precautelar el bienestar integral de los pacientes, existiendo una constante comunicación entre departamento de nefrología y del Servicio de psicología.

2.2 Enfoque Metodológico

La metodología de la sistematización tiene un enfoque cualitativo, debido a que es un proceso de interacción reflexivo y comunicativo, se utiliza un método descriptivo; retrospectivo observacional, de corte transversal no experimental porque no se manipularan las variables para obtener los resultados ya que se estudiara los sucesos complejos en su medio natural.

2.2.1 Objetivo de la sistematización

Objetivo General:

- Comprender los trastornos de la afectividad vivenciados en la salud mental de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) fase terminal.

Objetivos Específicos:

- Establecer el tipo de vivencias afectivas que experimentan los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.
- Determinar las modificaciones conductuales en los pacientes que cursan con tratamiento de hemodiálisis
- Identificar la percepción que los pacientes con enfermedad renal crónica tienen de su enfermedad.

2.3 Delimitación del objeto a sistematizar

En este trabajo se abordará las vivencias afectivas y la salud mental de pacientes con ERC del Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil #2. De esta manera se realizaron entrevistas con los pacientes, así como también la aplicación de reactivos psicológicos, a fin de delimitar nuestro objeto de intervención.

Dentro de los resultados obtenidos a través de los diferentes instrumentos utilizados tenemos que la mayoría de pacientes vivencian de manera negativa su enfermedad lo cual repercute en su afectividad, derivando y evidenciando ansiedad y depresión como principales afectaciones para su salud mental.

El impacto psicológico que tiene la ERC repercute negativamente en la rutina diaria del paciente, ya que debido a su padecimiento, no pueden retomar sus actividades cotidianas y se encuentran limitados a un estricto régimen alimenticio y tratamiento medicamentoso. De esta manera dependerá de cada sujeto la manera en la que afronte su enfermedad, así como también depende de las diferentes redes de apoyo con las que cuente el paciente.

Es importante tomar en cuenta la forma en la que el paciente vivencia su enfermedad, no sólo durante el tratamiento de hemodiálisis, sino también en su entorno ya que muchos de los pacientes con ansiedad y depresión con ERC, suelen tener una inadecuada adherencia terapéutica.

- **Eje de sistematización:**

Trastornos de la afectividad que repercuten en la salud mental de pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica, sometidos a tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil #2.

- **Fuentes de información**

Para el abordaje de la sistematización de experiencias se tuvieron las siguientes fuentes de información.-

Fuente primaria

- Historia clínica de los pacientes, que reposan en el área de admisión y estadística.
- Reactivos Psicológicos
- Entrevistas
- Libros, artículos de revistas de índole científico

- **Plan operativo de sistematización**

Tabla 1

Actividad	Fecha	Responsables
Desarrollo de actividades internas relacionadas al proceso de sistematización	01/12/2014	Hugo Eduardo Jumbo Aponte
Registrar las intervenciones realizadas y el seguimiento.	15/12/2014	
Recopilación de información	16/12/2014	
Búsqueda de información bibliográfica	04/12/2017 y 05/12/2017	
Consolidación del Marco Teórico	12/12/2017 y 13/12/2017	

2.4 DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

- Diagnóstico de la comunidad

El Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil #2 se encuentra ubicado en la Ciudadela Modelo, Av. De las Américas y Jorge Perrone, junto al Colegio Técnico Simón Bolívar. El Hospital cuenta con 3 Psicólogos de planta, para atender la demanda de atención psicológica en las diferentes áreas que posee esta casa de salud.

El lugar donde está ubicado el Hospital existen viviendas habitadas en su mayoría por personal policial en servicio activo y pasivo lo cual les facilita frente a cualquier emergencia o a recibir atención médica.

El nivel socioeconómico de los pacientes es medio. Cerca del sector no se aprecia un entorno de patrimonios, monumentos, o parques carece de áreas verdes. El Hospital posee toda la tecnología y equipos médicos necesarios para realizar las actividades hospitalarias teniendo infraestructura y ambiente adecuado y personal profesional en constante capacitación para realizar sus labores.

En el caso de que un paciente tenga que realizarse determinado examen y no poseen los reactivos o materiales de diagnóstico lo transfieren a otras unidades Hospitalarias con el formulario #053, o 007, que se encuentren dentro de la red de Salud Pública.

- Características del grupo

Los pacientes del área de nefrología del Hospital, oscilan entre 40 y 65 años, son policías en servicio pasivo, lo cual se ha podido apreciar en las historias clínicas de cada paciente.

Como ya lo mencionamos anteriormente los indicadores emocionales más frecuentes en estos paciente en su mayoría manifiestan es la ansiedad y la depresión, debido al impacto psicológico desde el momento del diagnóstico de la ERC, hasta el momento del tratamiento.

Entre los pacientes hay quienes se muestran resilientes ante su diagnóstico, teniendo como su principal apoyo a su familia. La falta de apoyo en el proceso de hemodiálisis por parte de algunos familiares suele ser causante de la falta de adherencia a los tratamientos e indicaciones dadas por el profesional en nefrología.

En su totalidad los pacientes con ERC resaltaron la importancia del acompañamiento de un familiar al momento del tratamiento de hemodiálisis, ya que es un proceso agotador y el paciente tiene dificultades para movilizarse posterior a este, más allá de eso requieren de soporte emocional y continuo apoyo familiar para tener un adecuado ajuste psicológico.

- Evaluación final: Cualitativa

Al realizar las prácticas pre-profesionales en el Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil #2, con los pacientes con ERC del área de nefrología, se pudo constatar que existía como problemática la ansiedad y depresión. Por este motivo se orientó las prácticas hacia las vivencias afectivas de los pacientes con respecto a su enfermedad. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas, así como también la aplicación de reactivos psicológicos con el fin de recopilar información sobre las situaciones o factores que inciden en la salud mental de los pacientes.

Durante el proceso de entrevistas y la observación realizada se pudo constatar que los pacientes mantienen un estado de ánimo depresivo, debido a la carga psicológica que implica su tratamiento y enfermedad.

En síntesis, existen datos suficientes para considerar los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo como factores que concurren con la enfermedad renal crónica y que alteran significativamente la labor terapéutica de los expertos en nefrología. Aún se sabe poco sobre el modo de afrontar de un modo más integral esta problemática, pero algunos estudios proporcionan pistas para conseguir mejorar resultados. De esta manera existen estudios en donde encontraron que los pacientes que reciben tratamiento para la depresión son más capaces de enfrentarse al estrés producido por un trasplante y presentan un menor riesgo de sufrir problemas que puedan interferir con el autocuidado que aquellos que no reciben tratamiento. Así como también hay estudios que indican la depresión no tratada eleva el riesgo de presentar estrategias de afrontamiento desadaptativas.

Es necesario, por tanto, llevar a cabo más estudios empíricos que tengan en cuenta los estadios tempranos de la enfermedad e incorporen a la observación registros detallados sobre los efectos psicológicos que cursan sincrónicamente con la enfermedad renal.

Según la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión –SLANH la prevalencia de la enfermedad renal en América latina es de 650 pacientes por cada millón de habitantes, con

un incremento estimado del 10% anual. Considerando que el Ecuador tiene 16'278.844 (fuente INEC) habitantes, se estima que los pacientes con insuficiencia renal serán 11.460.

2.5 RECUPERACIÓN DEL PROCESO

2.5.1 Reconstrucción histórica

En esta sección se realizara una reconstrucción de la experiencia en el Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil #2, de forma cronológica, los aspectos a sistematizar son las entrevistas con los pacientes, los reactivos psicológicos aplicados.

Tabla 2

Desarrollo de entrevista con pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis	
Actividad	Entrevistas
Fecha	01 Diciembre 2014 a 16 Enero 2015
Lugar	Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil #2
Objetivo	Recopilar información acerca de las vivencias afectivas de los pacientes con enfermedad renal crónica y su incidencia en su salud mental
Recursos	Ficha de entrevista semi-estructurada
Participantes	Pacientes del área de nefrología
Responsables	Hugo Eduardo Jumbo Aponte – autor de la sistematización
Observación	Al desarrollar las entrevistas con los pacientes manifestaron que desde el momento del diagnóstico de ERC su estado de ánimo se vio mermado, las actividades que realizaban cotidianamente ya nos les generaban la misma satisfacción debido a que tuvieron que cambiar algunos hábitos inclusive alimenticios, para tener una adecuada adherencia al tratamiento. Manifestaron sentir apoyo de su familia pero a su vez sienten que son una carga para sus familiares debido a que requieren de constante acompañamiento en el tratamiento y en su ritmo de vida.

Tabla 3

Aplicación de reactivos psicológicos pacientes sometidos a tratamiento de
--

hemodiálisis	
Actividad	Aplicación de reactivos psicológicos
Fecha	01 Diciembre 2014 a 16 Enero 2015
Lugar	Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil #2
Objetivo	Identificar el impacto de la ERC en la salud mental de los pacientes.
Recursos	Tests
Participantes	Pacientes del área de nefrología
Responsables	Hugo Eduardo Jumbo Aponte – autor de la sistematización
Observación	La aplicación de reactivos psicológicos se realizó a los 12 pacientes del área de nefrología, los cuales presentaron ansiedad y depresión dentro de los resultados obtenidos; en la Escala de depresión de Beck los puntajes oscilaron entre 17-20(episodios depresivos intermitentes) y 21-30(depresión moderada). En la escala de ansiedad de Hamilton los puntajes oscilan en un total de 12 a 28 puntos lo que significa que padecen de ansiedad psíquica y somática.

2.6 ANÁLISIS Y REFLEXIÓN

El trabajo se realizó en el área de nefrología, es de importancia el comprender cuál es el rol del psicólogo en los procesos de salud-enfermedad; es el encargado de la atención integral de los pacientes, teniendo como propósito principal el otorgar apoyo y acompañamiento psicológico, siguiendo los lineamientos establecidos en el marco legal vigente. A través de las siguientes funciones: prevención, promoción, orientación, terapia, seguimiento.

El Servicio de psicología realiza un trabajo en el cual deben intervenir todos los miembros de la comunidad hospitalaria (pacientes, familiares, especialistas de otras áreas), cabe indicar que cada uno de estos actores juega un papel de importancia para el proceso que realiza el Servicio

de Psicología en este sentido toda acción de que se da por parte del mismo deberá tomar en cuenta la influencia que los actores generan en una situación determinada.

Al inicio del abordaje con los 12 pacientes del área de nefrología del Hospital docente de la Policía Nacional Guayaquil #2, quienes en los resultados de los reactivos psicológicos presentaron ansiedad y depresión, se puede constatar que tienen similares situaciones personales y sociales que les producen los estados ansiosos y depresivos, entre las problemáticas sociales que los pacientes presentaron la supresión de actividades rutinarias debido a su enfermedad, lo cual generaba en ellos un estado de constante irritabilidad, impotencia, inseguridad, estados depresivos, eso influía en la convivencia familiar y por ende en la adherencia al tratamiento de hemodiálisis; entendiendo que la familia se reconoce como uno de los factores que influye en el tratamiento de los pacientes como su principal red de apoyo para sobrellevar su proceso.

Entre los agentes causales de los estados ansiosos y depresivos de los pacientes es el dolor y mareos causados por el tratamiento de hemodiálisis, lo que en ocasiones suele repercutir en la adherencia al tratamiento, el no poder volver a su estilo de vida, hace que el paciente descuide su parte alimenticia incidiendo en contraindicaciones médicas. Otros agentes causales que están íntimamente ligados con el entorno familiar ya que el paciente tiene el sentimiento de ser una carga para sus familiares lo cual genera estados depresivos que cada vez son más frecuentes.

Según Vindel y Tobal, Las reacciones desadaptativas de ansiedad, de tristeza-depresión y de ira que alcanzan niveles demasiado intensos o frecuentes, cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se incrementa la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud (no adherencia) y de que olvide los hábitos saludables (ejercicio físico, etc.).

En las entrevistas que se mantuvieron con los pacientes expresaron la negación y el rechazo al diagnóstico de ERC en un primer momento, y los continuos estados de tristeza debido a lo que implica esta enfermedad a nivel personal, familiar y social, ya que debe de realizar un cambio radical en su estilo de vida.

Los beneficiarios fueron los pacientes con ERC del área de nefrología por motivo de las actividades realizadas se logró que accedan a realizar las entrevistas y la posterior aplicación de reactivos psicológicos, haciéndose énfasis en la importancia de la adherencia terapéutica, y el acompañamiento familiar que los pacientes necesitan al momento del tratamiento.

Durante las prácticas pre-profesionales existieron elementos que favorecieron el desarrollo de las actividades tales entrevistas, aplicación de reactivos psicológicos y por ende la recopilación de la información, las autoridades de la institución dieron las facilidades para poder realizar el trabajo y a su vez la participación de los pacientes con los cuales se realizaron las actividades fue activa generando un espacio continuo de análisis y reflexión.

Por otro lado existieron factores que limitaron el desarrollo de las actividades tales como el horario del tratamiento de diálisis que se realizaba cada 3 días, adicional a esto las entrevistas y aplicación de reactivos psicológicos debíamos realizar previo al tratamiento mientras los pacientes esperaban el turno que les correspondía.

Una vez terminado el proceso con los pacientes del hospital, procedimos a realizar una evaluación de las actividades con los actores del proceso y posteriormente se dio a conocer los resultados del mismo.

Por medio de la sistematización de experiencias se pretende que los pacientes y a su vez toda la comunidad hospitalaria conozcan la importancia del abordaje de las vivencias afectivas de los pacientes con ERC, y de la labor psicológica en esto. Y promover que la comunidad hospitalaria ejecute actividades orientadas a dar a conocer la importancia de la salud mental en dichos pacientes, y quienes tengan o puedan desarrollar algún tipo de psicopatología reciban la ayuda psicológica necesaria para empezar un proceso terapéutico adecuado, lo cual ayudará a entender cómo se da el proceso de vivenciar positiva o negativamente una enfermedad catastróficas, y a su vez comprender que factores inciden en su afectividad, estados de ánimo y cómo estos pueden afectar su sistema inmune.

2.6.1 Interpretación crítica (Lecciones aprendidas)

¿Por qué es importante el estudio de la problemática de las vivencias afectivas en los pacientes con ERC?

El abordaje de los pacientes con ERC, ha sido un tema poco estudiado no solo a nivel nacional, sino también a nivel internacional, por lo que se hace indispensable precisar cómo los pacientes vivencian su proceso terapéutico y como esas vivencias afectan su salud mental. Los pacientes con ERC experimentan cambios a nivel integral no solo en su salud, sino también a nivel personal, familiar y social, ya que no puede realizar las mismas tareas que realizaba con antes de su diagnóstico, lo que puede generar ansiedad y depresión en ellos, llevándolos a tener conductas autodestructivas.

Precautelar la salud mental de los pacientes con ERC, es primordial ya que esto ayuda a que se adhieran al tratamiento de hemodiálisis, y sigan las indicaciones del profesional en nefrología.

¿Son las vivencias afectivas y salud mental un aspecto que se debería investigar?

No existen muchos estudios relacionados con la salud mental de los pacientes con ERC, por lo que es importante sentar las bases que precedan futuras intervenciones, sobre cómo abordar las psicopatologías que puedan derivar de las vivencias afectivas de dichos pacientes. Es importante para preceder futuras intervenciones desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, hasta el momento del tratamiento, en un continuo seguimiento e involucramiento de los familiares en el proceso, sobre cómo afrontar la enfermedad catastrófica de su allegado, y cómo actuar asertivamente frente a esto.

Dificultades superadas

Tabla 4

Fase	Dificultades presentadas	Como se superaron	Sugerencias para prevenir dificultades
Familiarización	Horarios dispersos en jornada matutina y vespertina dificultaban identificar a toda la población.	Se contactó a los pacientes en sus horarios correspondientes.	Indagar sobre la disponibilidad de pacientes para la realización del estudio.

Identificación de problemática	Pacientes no daban importancia al Servicio de Psicología	Orientando a los pacientes la importancia de la salud mental en el curso de la ERC.	Incorporar talleres de orientación sobre relación entre factores psicológicos e influencia sobre enfermedades.
Entrevista con pacientes	Tiempo para la entrevista	Coordinando horarios de los pacientes previo a su tratamiento de hemodiálisis.	Realizar las entrevistas previas al tratamiento de hemodiálisis, ya que posterior a este el paciente termina fatigado debido al tratamiento.
Aplicación de reactivos psicológicos	Temor a divulgación de los resultados obtenidos.	Se les recordó a los pacientes que los resultados no son parte de una investigación y su identidad será anónima.	Resaltar a los pacientes la confidencialidad de los resultados.

Situaciones de Éxito

Tabla 5

Fase	Éxitos reconocidos	Como se superaron	Recomendaciones para fases / procesos futuros
Familiarización	Se pudo identificar en su totalidad a los pacientes con ERC.	Se contactó a los pacientes en sus horarios correspondientes.	Indagar sobre la disponibilidad de pacientes para la realización del estudio.

Identificación de problemática	Se identificó adecuadamente la problemática	Estructurar las problemáticas en primera instancia desde un punto de vista cualitativa.	Analizar diversos factores psicológicos que intervienen en el proceso.
Entrevista con pacientes	Se logró que los pacientes expresen sus experiencias con respecto a la ERC.	Elaborando una entrevista semi-estructurada.	Lograr empatía con la familia, ya que son los familiares quienes brindan apoyo moral a los pacientes con ERC.
Aplicación de reactivos psicológicos	Pacientes accedieron a la aplicación de reactivos psicológicos.	Se les recordó a los pacientes que los resultados no son parte de una investigación y su identidad será anónima.	Resaltar a los pacientes la confidencialidad de los resultados.

Errores para no volver a cometer

Tabla 6

Fase	Errores identificados	Causas del error	Recomendaciones para fases / procesos futuros
Familiarización	Poca información referente a estudios psicológicos con pacientes con ERC.	Falta de investigaciones referentes a la salud mental de los pacientes con ERC.	Partir de las bases de esta investigación para abarcar el tema con mayor profundidad.

Identificación de problemática	Dificultad para identificar las vivencias afectivas.	Identificación de diversas problemáticas en la misma institución	Socializar con toda la comunidad hospitalaria acerca de los resultados obtenidos
Entrevista con pacientes	Utilizar lenguaje técnico, dificulta el encuadre en las sesiones.	Desconocimiento de la población de estudio.	Realizar entrevista con distintos miembros de la comunidad hospitalaria y familiares de los pacientes.
Aplicación de reactivos psicológicos	Aplicación de tests a contra-tiempo	Tiempos para la presentación del trabajo.	Aplicar tests a los familiares ya que ellos también se ven afectados en el proceso de sus familiares.

2.7 CONCLUSIONES

La enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis son sucesos vitales altamente estresantes que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, que debe ajustarse a la nueva situación para lograr un nivel de equilibrio.

Este estudio resalta la necesidad de que la atención integral al paciente con ERC incluya el apoyo psicológico profesional durante todas las etapas de la enfermedad. Se ha evidenciado en estudios que esto aporta de manera favorable a la calidad de vida de los pacientes.

De esta manera se puede constatar que sobresalen las vivencias afectivas negativas en los pacientes con ERC, presentando síntomas marcados de ansiedad y depresión lo cual repercute en su salud mental y física.

Una barrera para la atención integral al paciente con ERC es la normalización de la ansiedad y la depresión tanto por el médico como por el paciente. Es usual encontrar síntomas de ansiedad y depresión en el paciente con ERC que el médico llega a verlo como un componente normal de la enfermedad, de modo que no considera necesario su manejo independiente. Otro obstáculo para el diagnóstico, es que ERC y depresión son enfermedades con síntomas en común (fatiga y dolor principalmente), por lo que es habitual atribuirlos exclusivamente a la enfermedad y olvidarse del posible aparición de patologías.

Por otro lado, el paciente teme el diagnóstico formal de ansiedad y depresión debido al estigma social que las enfermedades mentales traen consigo. Raras veces consideran necesaria la ayuda psicológica y consideran que tratarlas no es indispensable o prioritario en su salud integral.

2.8 RECOMENDACIONES

Capacitar a las y los profesionales de la salud sobre la importancia de la atención psicológica en pacientes con ERC, al inicio de su proceso sintomatológico y durante su tratamiento de hemodiálisis.

Generar espacios de apoyo familiar dentro de los hospitales en conjunto con el servicio de psicología y nefrología, de manera que los familiares de los pacientes con ERC, se informen de manera integral sobre la enfermedad y sus posibles repercusiones en la salud mental de los pacientes.

Realizar actividades de intervención desde la psicología de la salud para promover espacios de información o difusión del rol fundamental que tiene la familia en los pacientes con enfermedades catastróficas.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Hernández Paola Andrea, Chaparro López Leidy Carolina, Rey Anacona César Armando,(2008), Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Boyacá, Colombia, pag. 10-11. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/804/80411803001.pdf>
- Barragán Estrada, Ahmad Ramsés; Morales Martínez, Cinthya Itzel PSICOLOGÍA DE LAS EMOCIONES POSITIVAS: GENERALIDADES Y BENEFICIOS Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 19, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 103-118 Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología Xalapa, México pagina 109-111. Recuperado de <http://studylib.es/doc/7076552/psicolog%C3%ADa-de-las-emociones-positivas--generalidades>
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2710/271032955004.pdf>
- Cano-Vindel, A., Fernández, J. C., & Spielberger, C. D. (2012). La experiencia y expresión de la ansiedad y la ira en pacientes con asma bronquial. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 221-230. Recuperado de http://webs.ucm.es/info/seas/Revista/list_aut.htm
- Gonzáles, Y., Herrera, L. F., Romero, J. L. & Nieves, Z. (2011, 1 de diciembre). Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Psicología Científica.com*, 13(20). Recuperado de <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/46859/48941/>
- Mebarak Moisés, De Castro Alberto, Salamanca María del Pilar, Quintero María Fernanda, SALUD MENTAL: UN ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD, *Psicología desde el Caribe*, núm. 23, enero-julio, 2009, pp. 83-112, Universidad del Norte Colombia. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/647/5345>
- Piqueras José Antonio, Martínez Agustín Ernesto, Ramos Victoriano Suma Psicológica vol. 15 Marzo 2008 p. 46, Bogotá. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>

Piqueras Rodríguez José Antonio, Ramos Linares Victoriano, Martínez González Agustín Ernesto, Oblitas Guadalupe Luis Armando, EMOCIONES NEGATIVAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA Suma Psicológica, vol. 16, núm. 2, diciembre, 2009, pp. 85-112. Página 100. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113076>

VINDEL, Cano. & TOBAL, Miguel. (2001) *Emociones y Salud*, editorial no me acuerdo, primera edición, Guayaquil Ecuador. Recuperado de http://www.academia.edu/1002234/Emociones_y_salud

YÉLAMOS, C y FERNÁNDEZ, B. Intervención psicológica en pacientes con cáncer. Rev. Cáncer 2006, 20 (1): 14-21. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/54432/49735>

ANEXOS

Entrevista semiestructurada

Nombre:

Edad:

Sexo:

Fecha:

1. ¿Cómo se siente actualmente?
2. ¿Ha tenido sentimientos de tristeza? ¿Por qué?
3. ¿Cuál es su percepción de sí mismo?
4. ¿Con qué frecuencia y en que situaciones tiene sentimientos de tristeza?
5. ¿Cómo afronta esos sentimientos?
6. ¿Siente apoyo familiar? ¿De qué forma?
7. ¿Qué opina de su enfermedad?
8. ¿Qué opina del tratamiento de hemodiálisis que está recibiendo?
9. ¿Cómo se siente anímicamente luego del tratamiento?
10. ¿Considera usted que su enfermedad interfiere con su estilo de vida?

ESCALA DE DEPRESIÓN BECK

Nombre: _____ **Edad:** _____

Señale una de las siguientes opciones en cada ítem

1.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4.

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5.

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente

6.

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7.

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8.

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10.

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11.

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12.

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

13.

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16.

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17.

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

19.

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20.

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21.

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

Puntuación total de la Tabla de 21 puntos

Niveles de Depresión

1-10 normales	Estos altibajos son considerados normales
11-16 ánimo	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
Más de 40	Depresión extrema

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMMILTON

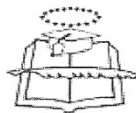
Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas(pinchazos u hormigueos).	☐	☐	☐	☐	☐
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	☐	☐	☐	☐	☐
10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	☐	☐	☐	☐	☐

11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestaño.	☐	☐	☐	☐	☐

Si su puntaje es igual o mayor a 18, consulte con un especialista en Salud Mental (Psiquiatra o Psicólogo) para que le realice una evaluación diagnóstica ya que puede estar padeciendo un Trastorno de Ansiedad



Universidad de Guayaquil

ANEXO 6

**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
ESCUELA/CARRERA PSICOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado Gilbert Jácome Bastidas, tutor del trabajo de titulación, certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por Hugo Eduardo Jumbo Aponte, C.C.: 0930921010, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Psicólogo.

Se informa que el trabajo de titulación: "Vivencias Afectivas y Salud Mental de pacientes con diagnóstico De ERC sometidos a tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil #2", ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio Urkund quedando el 6 % de coincidencia.

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR
C.I. _____

Universidad de Guayaquil
Facultad de Ciencias
Psicológicas

30 ENE 2010

UNIDAD DE TITULACIÓN

URKUND - Log in x Inicio - URKUND x Microsoft Office Home x Correo - narcisa.verdesotob x D35128231 - SISTEMATIZACIÓN x

Es seguro | https://secure.orkund.com/view/34577149-733713-192916#DcQ7DoAgEAXAu2z9Ylgev+UqxslQNRTSUb8vrIpmI/eUuqpCPaigP8EARjCBGSygvTbI7NfoZ2/7aldUt7hY... ☆

Aplicaciones Facebook - Inicia sesión Acceso requerido Nueva pestaña A través de Decreto

URKUND

Document [SISTEMATIZACIÓN HUGO JUMBO FINAL2.docx](#) (D35128231)

Submitted 2018-01-29 14:01 (-05:00)

Submitted by Narcisa Verdesoto (narcisa.verdesotob@ug.edu.ec)

Receiver narcisa.verdesotob.ug@analysis.orkund.com

Message Jumbo Hugo [Show full message](#)

6% of this approx. 23 pages long document consists of text present in 3 sources.

Sources Highlights Narcisa Verdesoto (narcisa.verdesotob)

Rank	Path/Filename
	MARCO TEÓRICO final.docx
	TESIS.pdf
	PATRICIO GALLARDO tesis final 27-09 (1).doc
	INFORME FINAL-JESSICA MATUTE RODRIGUEZ .docx
	Marco Teorico.docx
Alternative sources	
Sources not used	

0 Warnings Reset Export Share

despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la

libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes. Incluye: Episodios aislados de reacción depresiva. Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2). Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2). Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

1.3.1.1 Episodio depresivo leve, pautas para el diagnóstico (F32.0)

Ánimo

depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo,

además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.).

Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Barbie Fernández...docx Mostrar todo x

Windows Taskbar: File Explorer, Microsoft Word, Google Chrome, System Tray: 14:04 29/01/2018



Universidad de Guayaquil

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ANEXO 10

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS ESCUELA/CARRERA DE PSICOLOGÍA UNIDAD DE TITULACIÓN



Presidencia
de la República
del Ecuador



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	VIVENCIAS AFECTIVAS Y SALUD MENTAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ERC SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL DOCENTE DE LA POLICÍA NACIONAL GUAYAQUIL #2		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Hugo Eduardo Jumbo Aponte		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	MsC. Pilar Molina		
INSTITUCIÓN	Universidad de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Facultad de Ciencias Psicológicas		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:			
GRADO OBTENIDO:	Psicólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Marzo del 2018	No. DE PÁGINAS:	49
ÁREAS TEMÁTICAS:	Clínica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Vivencias afectivas, salud mental, enfermedad renal, ansiedad, depresión.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
Las practicas pre profesionales en el Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil # 2 dieron paso a efectuar la sistematización de experiencias sobre las vivencias afectivas y salud mental de pacientes con diagnóstico de erc sometidos a tratamiento de hemodiálisis, con este estudio se buscó comprender la manera en la que los pacientes vivencian afectivamente la enfermedad erc, y a partir de aquello el impacto que estas tienen en su salud mental., se entrevistas}ron a un total de 12 pacientes, Se pudo determinar que lo principal que afecta a la salud mental de la mayoría de pacientes es la ansiedad y depresión, repercutiendo a su vez la forma de afrontar la enfermedad y su adherencia al tratamiento.			
ADJUNTO PDF:	☐ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0990077754	E-mail: hugoeduardo_7@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Facultad de Ciencias Psicológicas		
	Teléfono: 2394315-2394313 Ext.123		
	E-mail: fpsicolo@ug.edu.ec		



Universidad de Guayaquil
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
ESCUELA/CARRERA DE PSICOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil, 23 de febrero del 2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrada Ps. Cl. Pilar Molina Del Rosario, MSc tutora del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación **Vivencias afectivas y salud mental de pacientes con diagnóstico de ERC sometidos a tratamiento de hemodiálisis en el Hospital docente de la Policía Nacional Guayaquil #2**, elaborado por **HUGO EDUARDO JUMBO APONTE**, con C.I. No. 0930921010, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Psicólogo, en la Carrera/Facultad de Ciencias Psicológicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

PS. CL. PILAR MOLINA DEL ROSARIO, MSC

C.I. No. 0907227433



Universidad de Guayaquil

ANEXO 12

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
ESCUELA/CARRERA: PSICOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL
USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, HUGO EDUARDO JUMBO APONTE con C.I. No. 0930921010, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es "VIVENCIAS AFECTIVAS Y SALUD MENTAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ERC SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL DOCENTE DE LA POLICÍA NACIONAL GUAYAQUIL #2" son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

HUGO EDUARDO JUMBO APONTE
C.I. No. 0930921010

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.