



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
INDOAMÉRICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA GENERAL**

**TEMA:**

---

LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS  
DEL HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL AMBATO

---

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicóloga General de la  
Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de Investigación.

**Autor(a)**

Silva Cortez María Augusta

**Tutor(a)**

Doc. Renato Betancourt Ulloa, Mg.

AMBATO – ECUADOR

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,  
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, MARÍA AUGUSTA SILVA CORTEZ, declaro ser autor del Trabajo de Titulación con el nombre “LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL AMBATO ”, como requisito para optar al grado de PSICOLOGA GENERAL y autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Ambato, a los 15 días del mes de Enero del 2021, firmo conforme:

Autor: María Augusta Silva Cortez

Firma: 

Número de Cédula: 1804857983

Dirección: Tungurahua, Ambato, Santa Rosa, Barrio Guayaquil.

Correo Electrónico: magusscortez@outlook.com

Teléfono: 0960663098

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Titulación LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL AMBATO, presentado por María Augusta Silva Cortez, para optar por el Título Psicóloga General,

### **CERTIFICO**

Que dicho trabajo de investigación ha sido revisado en todas sus partes y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del Tribunal Examinador que se designe.

Ambato, 15 de enero del 2021



.....  
Doc. Renato Fernando Betancourt Ulloa, Mg.

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, declaro que los contenidos y los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, como requerimiento previo para la obtención del Título de Psicóloga General, son absolutamente originales, auténticos y personales y de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor

Ambato, 15 de enero del 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Silva María A.', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

.....  
María Augusta Silva Cortez  
1804857983

## APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Titulación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL AMBATO, previo a la obtención del Título de Psicóloga General, reúne los requisitos de fondo y forma para que el estudiante pueda presentarse a la sustentación del trabajo de titulación.

Ambato, 17 de Febrero del 2021

*Psc. Ch. María Augusta López Mg.*

.....  
Psc. López Loyola María Augusta  
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



.....  
Psc. Abril Lucero Gabriela Lorena  
VOCAL



.....  
Psc. Hidalgo Vásquez Verónica Nataly  
VOCAL

## **DEDICATORIA**

Esta investigación va dedicada a Andrés y Sebastián,  
por ser mis compañeros en cada paso importante en mi  
vida, por alegrar mis días con sus sonrisas y su cariño.

¡Los Amo!

## **AGRADECIMIENTO**

Le agradezco a Dios por guiarme y haberme acompañado a lo largo de mi carrera profesional por ser mi fortaleza en momentos de debilidad.

A mis padres Juan y Catalina por ser un pilar fundamental en mi vida, agradezco por su apoyo incondicional, por todos los valores que me han inculcado, demostrarme que no importa cuántas veces decaiga siempre habrá una forma de levantarse con más fuerza, por guiar mi pasos desde niña, darme la oportunidad de cumplir mis sueños, metas y llegar a ser la gran profesional que deseo.

A mi hermano Juan Pablo por ser mi ejemplo a seguir, por inculcarme el amor a lo que hago, por su comprensión, consejos y apoyo durante todo mi vida.

A mis tías Edna y Susana por acompañarme desde mi infancia, ser compañeras, amigas, por brindarme su amor y apoyarme cada día.

A mis amigos Mauricio, Fernanda y Yadira, por formar parte de mi vida, ser unas personas excepcionales y estar a mi lado en cada momento.

Gracias al Doc. Renato Betancourt, tutor académico del presente trabajo por compartir su sabiduría y conocimientos durante esta investigación.

Finalmente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ambato, por confiar en mí, darme la procedencia de realizar mi tesis profesional, gracias por todos los conocimientos

## Tabla de Contenidos

INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo I	
EL PROBLEMA .....	3
Antecedentes Investigativos .....	5
Contribución teórica, económica, social y/o tecnológica .....	7
Fundamentaciones .....	8
Justificación.....	10
Objetivos.....	11
Marco Conceptual .....	12
Ansiedad .....	12
Calidad de Vida .....	27
Capítulo II	
Metodología.....	46
Población .....	46
Instrumentos de investigación .....	47
Propiedades Psicométricas .....	48
Capítulo III	
Análisis e Interpretación de Datos.....	53
Comprobación de la hipótesis. ....	62
Discusión .....	78
Capítulo IV	
Conclusiones y Recomendaciones .....	80
Capítulo V	
Propuesta .....	82
Bibliografía.....	103
Anexos.....	108



## Índice de Tablas

Tabla N° 1. Población Unidad Renal .....	47
Tabla N° 2. Interpretación Escala GENCAT de Calidad de Vida.....	51
Tabla N° 3. Escala de Hamilton para la Ansiedad .....	53
Tabla N° 4. Bienestar Emocional .....	54
Tabla N° 5. Relaciones Interpersonales.....	55
Tabla N° 6. Bienestar Material.....	56
Tabla N° 7. Desarrollo Personal.....	57
Tabla N° 8. Bienestar Físico.....	58
Tabla N° 9. Autodeterminación.....	59
Tabla N° 10. Inclusión Social.....	60
Tabla N° 11. Derechos .....	61
Tabla N° 12. Grados de Libertad.....	63
Tabla N° 13. Frecuencias Observadas Ansiedad vs Bienestar Emocional.....	63
Tabla N° 14. Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Bienestar Emocional .....	64
Tabla N° 15. Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Bienestar Emocional .....	64
Tabla N° 16. Frecuencias Observadas Ansiedad vs Relaciones Interpersonales .....	65
Tabla N° 17. Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Relaciones Interpersonales.....	65
Tabla N° 18. Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Relaciones Interpersonales .....	66
Tabla N° 19. Frecuencias Observadas Ansiedad vs Bienestar Material .....	67
Tabla N° 20. Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Bienestar Material .....	67
Tabla N° 21. Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Bienestar Material.....	67
Tabla N° 22. Frecuencias Observadas Ansiedad vs Desarrollo Personal .....	68
Tabla N° 23. Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Desarrollo Personal .....	69
Tabla N° 24. Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Desarrollo Personal.....	69
Tabla N° 25. Frecuencias Observadas Ansiedad vs Bienestar Físico .....	70
Tabla N° 26. Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Bienestar Físico.....	70
Tabla N° 27. Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Bienestar Físico.....	71
Tabla N° 28. Frecuencias Observadas Ansiedad vs Autodeterminación .....	72
Tabla N° 29. Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Autodeterminación.....	72
Tabla N° 30. Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Autodeterminación.....	72
Tabla N° 31. Observadas Ansiedad vs Inclusión Social .....	73
Tabla N° 32. Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Inclusión Social.....	74

Tabla N° 33. Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Inclusión Social.....	74
Tabla N° 34. Frecuencias Observadas Ansiedad vs Derechos .....	75
Tabla N° 35. Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Derechos .....	75
Tabla N° 36. Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Derechos .....	76
Tabla N° 37. Correlación de las Variables .....	77

## Índice de Gráficos

Gráfico N° 1. Población Unidad Renal .....	47
Gráfico N° 2. Escala de Hamilton para la Ansiedad .....	53
Gráfico N° 3. Bienestar Emocional .....	55
Gráfico N° 4. Relaciones Interpersonales .....	56
Gráfico N° 5. Bienestar Material.....	57
Gráfico N° 6. Desarrollo Personal.....	58
Gráfico N° 7. Bienestar Físico.....	59
Gráfico N° 8. Autodeterminación.....	60
Gráfico N° 9. Inclusión Social.....	61
Gráfico N° 10. Derechos .....	62
Gráfico N° 11. Campana de Gauss.....	65
Gráfico N° 12. Campana de Gauss.....	66
Gráfico N° 13. Campana de Gauss.....	68
Gráfico N° 14. Campana de Gauss.....	70
Gráfico N° 15. Campana de Gauss.....	71
Gráfico N° 16. Campana de Gauss.....	73
Gráfico N° 17. Campana de Gauss.....	75
Gráfico N° 18. Campana de Gauss.....	76

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIA HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA PSICOLOGÍA GENERAL**

**TEMA:** LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL AMBATO.

**AUTOR:** María Augusta Silva Cortez

**TUTOR:** Doc. Renato Betancourt Ulloa, Mg.

**RESUMEN EJECUTIVO**

La actual investigación se realizó con 30 pacientes del área de nefrología del Hospital del Seguro Social Ambato, con el objetivo de verificar la influencia de la ansiedad en la calidad en pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis. En las investigaciones previamente realizadas en poblaciones con Insuficiencia Renal Crónica, se evidencio que estos pacientes pueden padecer diversas alteraciones emocionales como la ansiedad y depresión a su vez se asocia a la sintomatología orgánica, en la calidad de vida se ve afectada por la adaptación al tratamiento, limitaciones que conlleva el tratamiento. Para la obtención de los datos se procedió con la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala GENCAT de Calidad de Vida. Mediante el empleo de dichos reactivos se determinó que más de la mitad de la población posee un nivel alto de ansiedad, en cuanto a la calidad de vida se concluyó que más de las dos cuartas partes está en un nivel bajo. A través del análisis con el estadístico Chi Cuadrado, se pudo comprobar la influencia de la ansiedad en cuatro de los ocho dominios de calidad de vida, aceptando de esta manera la hipótesis alternativa. Esta investigación está propuesta por nueve sesiones donde se busca entrenar a los pacientes en estrategias cognitivas conductuales de control emocional, para el manejo de la ansiedad y estado de ánimo.

**DESCRIPTORES:** Ansiedad, Calidad de Vida, Control Emocional, Estado de Ánimo.

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIA HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA PSICOLOGÍA GENERAL**

**THEME:** ANXIETY AND ITS INFLUENCE ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY INSUFFICIENCY UNDER HAEMODIALYSIS TREATMENT AT 'AMBATO' SOCIAL SECURITY HOSPITAL

**AUTHOR:** María Augusta Silva Cortez

**TUTOR:** Dr. Renato Betancourt Ulloa, Mg.

**ABSTRACT**

The current investigation was carried out with 30 patients from the nephrology area at the Ambato Social Security Hospital, with the aim of verifying the influence of anxiety on quality of life in patients undergoing haemodialysis treatment. In research previously carried out in populations with Chronic Renal Insufficiency, it was evidenced that these patients may suffer from various emotional alterations such as anxiety and depression, in turn, it is associated with organic symptoms, and quality of life is affected by adaptation to treatment, limitations of the treatment. To obtain the data, we proceeded with the application of the Hamilton Anxiety Scale and the GENCAT Quality of Life Scale. Through the use of these tests it was determined that more than half of the population has a high level of anxiety, in terms of quality of life it was concluded that more than two quarters is at a low level. Through the analysis with the Chi Square statistic, the influence of anxiety in four of the eight domains of quality of life could be verified, thus accepting the alternative hypothesis. This research is proposed for nine sessions where it seeks to train patients in cognitive behavioural strategies for emotional control, for the management of anxiety and mood.

**KEYWORDS:** Anxiety, Emotional Control, Mood, Quality of Life.

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una respuesta emocional donde se presenta estados de angustia, desesperación y altera especialmente la funcionalidad del procesamiento cognitivo, esto quiere decir que cuando el individuo siente peligro o una amenaza, sea real o imaginaria su reacción de huir es inmediata para salvar su vida, la ansiedad tiene síntomas fisiológicos y somáticos, estos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso, dando como resultado inquietud, fatiga, tensión muscular, irritabilidad, insomnio, hiperhidrosis, taquicardia, palpitaciones; esto puede causar un malestar significativo en varios ámbitos como relaciones interpersonales, laborales, familiares y otras áreas importantes del funcionamiento del área biológica, psicológica y social.

Por otro lado, se tomó en cuenta la calidad de vida es un concepto personal del ser humano, de sus condiciones de vida, dentro del contexto cultural, ambiental, también como los valores se relaciona con sus metas, incluye al estado de salud física y psicológica, la satisfacción y el bienestar, el objetivo principal es investigar la ansiedad y su influencia en la calidad de vida.

En el primer capítulo se realizó una descripción de la problemática a investigar, contextualización de las dos variables de estudio, antecedentes investigativos, fundamentaciones epistemológica y psicológica, justificación y los objetivos planteados durante la investigación.

En el segundo capítulo se abordó la metodología usada, se aplicó un enfoque cualitativo y cuantitativo, dentro de la modalidad de investigación está la recolección bibliográfica y de campo, finalmente la población.

En el tercer capítulo se realizó el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, tomando en cuenta las características de los instrumentos utilizados y la población de estudio.

En el cuarto capítulo se detalla las conclusiones y recomendaciones de la investigación en base a los resultados obtenidos.

El quinto capítulo tiene que ver con el diseño de la propuesta de acuerdo a los datos adquiridos, con la descripción del tema, justificación, objetivos, argumentación teórica.

## **Capítulo I**

### **El Problema**

La ansiedad produce una fuerte respuesta psicofisiológica que activa el sistema nervioso central y todo el organismo, como es el caso en los pacientes con insuficiencia renal crónica del hospital del seguro social Ambato, en el cual presentan cuadros ansiosos siendo evidente preocupación intensa provocada al pensar que el tratamiento de hemodiálisis no va a funcionar, a su vez los síntomas persistentes que son cambios en el estado anímico, insomnio, fatiga, resequedad de los labios, procesos fóbicos que están asociados al trastorno y sus distintos procedimientos en el tratamiento como también al suministro de medicamentos, la ansiedad tiene un impacto significativo en la calidad de vida del paciente afectando sus habilidades individuales, el bienestar físico y psicológico que conlleva a limitación de ciertas actividades solía realizar normalmente.

#### **Contextualización**

Mediante la investigación de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2017) en los últimos años, la incidencia de trastornos de ansiedad ha aumentado considerablemente. Según los datos obtenidos, la incidencia de ansiedad es del 3,6%, y la prevalencia de mujeres es superior a la de hombres, 4,6% para mujeres y 2,6% para hombres. Los resultados muestran que de 2005 a 2015, la incidencia de trastornos de ansiedad aumentó, representando el 14,9% de 2,49 millones de personas. (p.10)

La ansiedad es el segundo trastorno mental más perjudicial en gran parte de países como:

Brasil en primer lugar con 8,5%, Paraguay 7,8%, Chile 6,5%, Argentina 6,4%, Colombia y Belice 6,3%, Perú 6,3%, Ecuador, Republica Dominicana y Uruguay 6,2%, Antigua y Barbuda 6,0%, Bermuda, Suriname, Bolivia con un porcentaje de 5,9%, Santa Lucia, Granada, San Vicente y Las Granadinas con un 5,8%, Jamaica 5,7%, Dominica, Cuba, Trinidad y Tobago (5,6%), Puerto Rico, Nicaragua, Haití, Barbados con



5,4%, Honduras 4,3%, Estados Unidos 4,1%, Venezuela 4,6%, México 4,5%, y Canadá 3,4% (OMS, p. 15).

La Organización The Economist Intelligence Unit (EIU, 2015) presentó una investigación realizada a nivel mundial, se evidenció que la calidad de vida ha ido en un descenso considerable este estudio se tomó en cuenta a 140 ciudades en el mundo, en las cuales las condiciones de la calidad de vida son altas y bajas, los factores que fueron seleccionados en cuenta fue estabilidad, seguridad, salud, cultura, ambiente, violencia, educación, religión y también infraestructura, durante los seis meses 38 países, estuvieron cambiando su calidad de vida fue negativa reflejando un gran deterioro en ciudades de Medio Oriente y en Europa los factores evaluados fueron cualitativos y cuantitativos relacionados con el confort.

La investigación llevada a cabo por la Organización The Economist Intelligence Unit (EIU, 2015) dice que la calidad de vida ha ido en descenso desde el año 2010 dando como resultado el 1% menos, mientras que el 2% en seguridad, estabilidad, salud, educación e infraestructura, durante los últimos meses, varios Países tuvieron una inestabilidad en su posición en el índice global debido a la violencia presentada, estos países son Estados Unidos, Rusia, México y Egipto, finalmente se llegó a la conclusión que las ciudades medianas, con pocos habitantes y países en desarrollo tienen una mejor puntuación en el índice global.

Por otra parte, en América Latina los trastornos mentales, neurológicos por uso de sustancias psicotrópicas causan un deterioro significativo como son traumatismos o discapacidades, esto puede incrementar el riesgo de producir otras enfermedades y a su vez trastorno de ansiedad que ha ido en aumento alcanzando el 77.7% en adultos presentándose con un nivel de alteración de moderados a graves, mientras que en niños y adolescentes con desórdenes neurológicos y enfermedades crónicas presentan un 80.6% , en niños y adultos con trastornos afectivos hay un incidencia de ansiedad del 6,1% al 9,5% (OMS, 2014, p.1).

En un estudio realizado por Mercer y Sardi (2018) presentaron un Ranking Global de calidad de vida en América Latina, donde evalúa categorías y subcategorías, que están dentro del contexto económico, educación, salud,

infraestructura, políticos, sociales, ambientales, religiosos y culturales, expectativas de crecimiento, elementos determinados para establecer un negocio, entre otros.

Se señala que a nivel regional “la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad con un 7,9%, seguido por el trastorno de ansiedad con un 6,8 %,” (OPS y OMS, 2019. p. 34). Ecuador es uno de los cinco primeros países que tiene este trastorno siendo el segundo trastorno más incapacitante, afectando el comportamiento de individuo en el país. Se ha evidenciado que la tasa estadística ha ido en aumento en los últimos meses.

En los adultos la ansiedad y depresión, se ha encontrado una prevalencia alta en edades menores a 45 años que presentan dos o más comorbidades, por otra parte la ansiedad tiene una alta prevalencia en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes y la insuficiencia renal pudiendo ser dos o tres veces mayor en comparación con personas que no poseen ninguna enfermedad crónica, se ha demostrado que la presencia de algún trastorno mental junto a la progresión de una enfermedad crónica el individuo tiene un mayor riesgo de poder desarrollar una patología crónica con un porcentaje de 20 al 45 % (Ministerio de Salud Pública, 2016).

La calidad de vida en Ecuador fue evaluada por la encuesta condiciones de vida dando como resultado que en los últimos ocho años un porcentaje del 1,4% de la población se libró de la pobreza, las necesidades básicas se redujeron en un 32,6%, un 35,5% menos, la seguridad social aumentó del 18,4% en el mismo año al 40,7%, un aumento del 39,7% en el mismo año, cuenta en redes sociales, y desnutrición también Una reducción del 24,9%, el Gobierno Nacional emitió una inversión para ayudar al sector social (INEC, 2014).

### **Antecedentes Investigativos**

Para el análisis de las variables de esta investigación se revisó diversas fuentes primarias y secundarias como libros, artículos científicos, bibliotecas virtuales, revistas científicas; en las cuales se encontró información relacionada al tema, así:

La ansiedad es una manifestación psicopatológica usual en individuos que padecen una enfermedad crónica renal y a su vez se encuentra en tratamiento de hemodiálisis, está dentro un factor de riesgo, donde la aceptación de un nuevo estilo de vida es indispensable para evitar una alteración más nociva en su actividad funcional. Álvarez et al. (2014) concluyo en su investigación prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes en hemodiálisis realizada por que los pacientes pueden llegar a padecer numerosas alteraciones emocionales como es la ansiedad y depresión, que a su vez están asociados a una sintomatología orgánica y las distintas limitaciones que conlleva la insuficiencia renal crónica y por ende la Hemodialisis, la intensidad de las emociones varían según cada paciente, la insuficiencia renal crónica en la calidad de vida afecta las habilidades individuales, la adaptación al tratamiento y puede estar asociado a otras patologías como es la diabetes y la hipertensión arterial.

Se realizó un estudio descriptivo a una población de 70 personas donde se usó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en el cual se calculó las frecuencias acumuladas y relativas dando como resultado que los pacientes del sexo masculino serían más propensos a sufrir ansiedad, las edades en que el trastorno era más prevalente iban de los 46 a los 66 años, y por el tiempo de tratamiento era menor a los 5 años.

García et al. (2014) se enfocó hacia la calidad de vida relacionada con la salud en el ámbito de pacientes en tratamiento de diálisis, que pueden tener un cuadro de ansiedad, depresión y estrés con el tratamiento de diálisis. Se hizo un sondeo con 38 estudios ya realizados en pacientes con esta enfermedad renal y la población encontrada alcanzo un total de 6697 pacientes entre 3592 hombres y 3405 mujeres, en el rango de edad de 18 a 91 años; los reactivos utilizados para la evaluación fueron el Inventario de Depresión de Beck, para la ansiedad el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), para la ansiedad y depresión en conjunto HADS y finalmente para el estrés el Escala de Estrés Percibido (PSS), se encontraron 14 estudios mixtos donde daba como resultado en tres de ellos que la prevalencia de la ansiedad está en un rango de 21% al 35,3% , en otro publicación estaba en un 71% de trastorno psiquiátricos por medio de una entrevista Semi

estructurada. En ocho estudios se menciona que la ansiedad, depresión y la calidad de vida relacionada con la salud física o mental se relaciona de manera directa con la enfermedad.

Yaya (2017) determina la relación entre calidad de vida y el tiempo de consumo de sustancias psicoactivas y el tiempo de permanencia de niños, niñas y adolescentes en la comunidad terapéutica de Lima, donde se empleó el Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas, fue aplicado a una población de 50 personas entre niños, niñas y adolescentes, en edad de 7 a 18 años, entre hombres y mujeres, se evidencio que el tiempo de consumo varía según el sexo con una diferencia de dos meses. Llego a la conclusión que la calidad de vida en la población es mala debido a que inician demasiado temprano a consumir sustancias psicoactivas; la población con el indica más alto es el adolescente con un 88.4%, por otra parte la gran parte de consumidores venían de familias que de igual manera consumían algún tipo de sustancia; que de igual manera consumían algún tipo de sustancia; en los datos generales se evidencia que existe un promedio de tiempo de permanencia en la comunidad terapéutica es de entre 2 y 8 meses, las mujeres presentan más tiempo de permanencia en el centro de rehabilitación con un promedio de 10 meses mientras que los hombres tienen un promedio de permanencia de 7 meses.

### **Contribución teórica, económica, social y/o tecnológica**

Una de las metas establecidas en la investigación es determinar si existe correlación entre la ansiedad y la calidad de vida, con la finalidad establecer una propuesta de intervención para esta problemática con el fin que se logre desarrollar la capacidad de afrontamiento ante enfermedades, facilitando una mejora en la calidad de vida y por ende disminuir los efectos negativos que puede tener la ansiedad. Este estudio será una herramienta de intervención en poblaciones similares.

## **Fundamentaciones**

### **Fundamentación Epistemológica**

El presente trabajo investigativo se encuentra desarrollado bajo la teoría del pensamiento complejo planteado por Edgar Morín, quien considera que la complejidad expresa antes que nada la dificultad misma e incapacidad para obtener claridad y orden en las ideas y conocimientos. “Complejo” es lo que no puede ser mencionado en una sola palabra ni resumida en una simple idea; así de compleja es la realidad de todo individuo, es decir, no puede ser puesta en observación desde el punto de vista biomédico, más bien pensar en la calidad de vida del ser humano se necesita reflexionar sobre todas las partes que componen una realidad humana (Bimanis y Medina, 2015).

Las emociones y conductas de las personas pueden estar influenciadas por la percepción de cada ser humano en las numerosas situaciones cotidianas, a su vez lo que sienten los individuos se asocia la forma en la que interpretan una determinada situación o su realidad, al hablar de una enfermedad crónica es un problema que repercute directamente en el individuo y sus estructuras mentales, para ampliar esta problemática abordada fue importante realizar un estudio profundo, ya que cada persona es un mundo diferente y su conducta puede tener diversas explicaciones y por ende sus interpretaciones.

Por tanto, la ansiedad como una enfermedad mental que implica negativamente sobre el bienestar y calidad de vida de los seres humanos, entonces depende del impacto en la persona cuando posee un trastorno crónico, en este sentido la ansiedad no es ajena a este hecho; al individuo y a su familia se le presentan múltiples demandas constituyendo en sus vidas un ajuste de adaptaciones y cambios cotidianos de hábitos y diversas actividades.

### **Fundamentación Psicológica**

Esta investigación está fundamentada en la Teoría Cognitivo Conductual de Aarón Beck, mantiene una relación entre los pensamientos del ser humano, lo que dice de sí mismo sobre las diversas situaciones que vive, de personas y problemas que presenta; las emociones, sentimientos, creencias, ideas, competencias

cognitivas que se modifican por factores externos como puede ser un ambiente que conlleva estrés y alterara su comportamiento. A su vez la construcción del comportamiento puede aturdir y modificar su ambiente y su pensamiento, el sujeto en un tratamiento médico puede variar su modo de percibir las cosas, distorsionar e interpretar o sacar conclusiones de una manera negativa, se comete errores en la interpretación o errores de razonamiento (García, 2017).

De este modo, el modelo cognitivo conductual de Beck pone importante atención en las creencias, los significados, ideas, expectativas; es decir, en los filtros que se utiliza para percibir la realidad o los mecanismos que se utiliza para trabajar con esta información y con la que se tiene almacenada en el cerebro, la ansiedad influye o interviene en la percepción del paciente incorrectamente, basándose en falsas premisas. Se entiende que, desde este punto de vista las personas que padecen de insuficiencia renal crónica posiblemente estén arraigadas con cambios fisiológicos potencialmente patológicos por la descarga de hormonas u otros efectos, pueden presentar respuestas relacionadas con el trastorno de la ansiedad y a su vez venir acompañado con dificultades alrededor de sus esferas psicológicas.

## **Justificación**

El presente estudio investigativo fue encaminado a identificar la influencia que genera la ansiedad en la calidad de vida de las personas con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Es de gran importancia ejecutar la investigación ya que con ello se realizó un abordaje de la ansiedad y las diferentes temáticas que esta implica, por otra parte, es de significancia conocer como la calidad de vida se ve afectada con un trastorno de ansioso y su relación con la Insuficiencia Renal Crónica.

Los potenciales beneficiarios son los pacientes del área de Unidad Renal del Hospital del Seguro Social, los familiares de los mismos, otros pacientes que se encuentre en este medio, además de los lectores del presente estudio ya que se cuenta con una nueva investigación. Con el aporte de las personas evaluadas y los resultados esta investigación se podrá establecer estrategias de prevención e intervención con el objetivo de promover una mejor calidad de vida de los pacientes, servirá de fuente de referencia para otras áreas de conocimiento cuyos resultados podrán ser aplicados.

La investigación es original por su tema, el enfoque, contexto, y presentación planteada puesto a que en la institución donde se realizó el estudio no se ha encontrado datos investigativos sobre la temática establecida.

Este estudio se considera factible ya que se contó con los recursos económicos, la disposición de la capacidad necesaria para llevar a cabo la investigación y poder superar inconvenientes que implica su realización, los recursos materiales y tecnológicos dentro de ellos las bases teóricas, reactivos psicológicos, el lapso de tiempo utilizado durante la ejecución de este estudio y por último el recurso humano, la apertura por parte de la institución, y colaboración de la población.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar la influencia de la ansiedad en la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Del Seguro Social De Ambato

### **Objetivos Específicos**

- Establecer el nivel de ansiedad que tienen los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis
- Determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis
- Diseñar una propuesta de solución al problema identificado



## **Marco Conceptual**

### **Ansiedad**

#### **Definiciones**

La ansiedad es conocida como un trastorno que altera a las esferas psicológicas del individuo, así mismo se asemeja al miedo, permitiendo al individuo estar en vigilia en cualquier situación, además se puede asociar a estímulos externos, las personas que padecen este trastorno se perciben como indefensas e incapaces ante los problemas que anticipan una respuesta de amenaza, no pueden identificar claramente cuál es el medio de alarma, tampoco piensan con claridad, pierden la concentración, los síntomas son irracionales, intensos, persistentes y perturbadores. Así Kaplan (2014) refiere “es una señal de alerta, advierte de un peligro y permite al individuo adoptar medidas para afrontar una inminencia”. La ansiedad es una respuesta emocional que se da cuando el sujeto es considerado o interpretado por él como una amenaza o peligro, aunque en realidad no puede ser evaluado. Esta forma de responder no adaptativa hace que la ansiedad se convierta en nocivo porque el trastorno como tal es excesivo y frecuente.

Este tipo de trastorno puede identificarse como un equivalente emocional de una temperatura de tipo física, pues el tener fiebre puede ser un síntoma de infección, de gripe, o de otras enfermedades médicas; de igual forma la ansiedad puede ser una respuesta de una serie de trastornos.

Se considera que la ansiedad es un proceso de triple reacción, porque las intervenciones cognitivas, motoras y de desempeño fisiológico se conceptualizan a partir de los diferentes aspectos ya mencionados, se ven afectados por los propios estímulos internos y externos del sujeto, y sus respuestas provienen de posibles alarmas, se deriva de características personales (Vinueza, 2016).

Por tanto, como mecanismo adaptativo, la ansiedad es buena, funcional y normal, y no representa ningún problema de salud. Sin embargo, en algunos casos ha cambiado la forma en que funciona este mecanismo, es decir, ha

causado problemas de salud en lugar de ser un factor colaborador; y a su vez ha dejado incapacitado.

## **Teorías explicativas de la ansiedad**

### **Teoría Psicodinámica**

La ansiedad como un miedo sin causa alguno, significa que muchas de las veces no se puede indicar su origen concreto de lo que provoca en sí el trastorno, pero se propone tres tipos; la realidad u objetiva se distingue por el temor que tiene el sujeto frente a un objeto o situación cualquiera que fuere provocando la huida, y cuando el fenómeno amenazante ya no se encuentra suele desaparecer la enfermedad; en cambio, el neuroticismo nace desde la niñez y posee efecto en el individuo en su desarrollo, logra presentarse porque ha sido castigada por hacer o decir cosas inapropiadas, generando que al suceder algo similar no tenga conocimiento de lo que debe realizar siendo un desencadenante, por último la ansiedad moral se revela al encontrarse motivado a expresar una conducta instintiva contraria a su código moral generando la culpa, es decir, es un miedo a la propia conciencia (Sandoval, 2018).

Mientras que se toma en cuenta, el papel positivo que tiene el yo de mantener el desarrollo apropiado en lugar de solo el negativo de impedir la ansiedad, dicho en otra forma que las defensas de un sujeto logran ser adaptadas y también desadaptadas por tanto es importante la intervención para potenciar la adaptabilidad, por otro lado la psicóloga Anna Freud resalta la protección frente al trastorno con diferentes estrategias que surgen de las disposiciones genéticas, problemas externos y la micro cultura de la familia y la comunidad, determinaba que cuando eran utilizadas de manera consciente y deliberada la vida es más resistible y satisfactoria pero se opaca e impide funcionar por ende se pueden convertir en neuróticas y sus consecuencias con dañinas (Samaniego, 2018).

Desde el punto de vista psicodinámico la ansiedad se conoce como una expectativa inquieta por algo que ocurrirá, connota un estado visceral, intenso,

vinculado a la sensación de peligro y muchas veces próximo a la fobia y al terror, arraigado originalmente en el proceso primario e inscripto en el cuerpo.

### **Conductista**

Desde este punto de vista las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se relacionan a estímulos positivos o negativos adoptando así una relación que en lo posible se mantendrá, gracias al postulado, el trastorno es el resultado de conductas ansiosas que desde el paradigma de la teoría de aprendizaje; puede considerarse como un efecto de un suceso estimular en la que se encuentra el individuo y consiste en varias manifestaciones a nivel cognitivo, fisiológico y motor que son mantenidas o extinguidas en función de las consecuencias, se identifica a un impulso motivacional responsable de la capacidad del ser humano para responder ante una estimulación determinada, la escuela conductista usa el término al miedo o temor frecuente, de tal forma que en la teoría del aprendizaje, se relaciona a través de un agregado de aspectos condicionados o incondicionados que implican en la misma respuesta emocional; además es menester mencionar que la conducta se origina de un factor discriminativo, mientras que el conductismo se encuentra sostenido por medio de la relación funcional como un refuerzo derivado del pasado (Vinueza, 2016).

Para la teoría conductista la ansiedad es producto de un procesos condicionados aprendidos de forma errónea porque se asocia a estímulos en un inicio neutro con sucesos vividos como traumáticos y amenazantes de manera que cada relación con el estímulo neutro desencadena en la externalización de los síntomas.

### **Cognitiva**

Desde el punto de vista cognitiva, la ansiedad es el modo en que piensa afecta sobre lo que siente, esta afirmación se fundamenta desde la teoría ya mencionada, sin embargo las personas en varias ocasiones no logran identificar la forma en que sus pensamientos afectan en el estado de ánimo, es por esto que gracias a la activación fisiológica intensa e incontrolable que suele suceder en el trastorno de

tipo agudo, comprende por qué quienes lo sufren y exploran sus bases cognitivas, a pensar de la falta de reconocimiento, la cognición tiene un papel mediado sucesos y el afecto (Sandoval, 2018).

Entonces la ansiedad es un trastorno complejo de respuesta fisiológica, conductual, cognitiva y afectiva, es decir, actúa como amenaza que se origina al anticipar hechos o situaciones que conceptúan como muy aversivas porque se distinguen como circunstancias incontrolables que a su vez pueden ser potencialmente amenazantes para los intereses del sujeto.

### **Bases neuropsicológicas de la ansiedad.**

La ansiedad es un conjunto de manifestaciones que afectan el curso anímico. Se menciona tres controles importantes: en primer lugar el control psicológico donde presenta revelaciones como inquietud interna, miedo a perder el control de las situaciones por inseguridad a sí mismo, pensamientos disruptivos, además de sentir el temor tanto a la muerte como a la locura y al suicidio; en segundo lugar la conducta del individuo se encuentra en continuo estado de alerta o de hipervigilancia, con dificultad para reaccionar ante un peligro, bloqueo afectivo y trastornos del lenguaje no verbal; además el compromiso intelectual, con dificultad en el procesamiento de sucesos, ya que se ve invadido por pensamientos preocupantes, negativos e ilógicos y conflicto para retener información y concentrarse (Torres y Chávez, 2013).

En relación al componente motor de la ansiedad, la expresión motora incluye la vía talámica directa, es corta y rápida, pasando la información al complejo nuclear amigdalino en el cual se establecerá la respuesta motora, en esta vía involucra la respuesta conocido como referencia es decir implica acción sin pensamiento. Por ejemplo, este circuito es el que se usaría en caso de que se pusiera la mano sobre la tapa de una olla que está quemado y se retira rápidamente el brazo, sin pensarlo; es una estructura subcortical, propio al sistema límbico. La amígdala tiene el patrón de coordinar las respuestas asociadas a la expresión de la ansiedad, pues en la mayoría de los casos, la conducta motora del individuo ante un estímulo ansiógeno puede ser efecto de huida o de luchar, salvo excepciones. Mientras que la vía talámica indirecta es más larga, implica las estructuras de tipo

“ aferentes – tálamo - corteza prefrontal-complejo nuclear amigdalino – eferencia o respuesta motora” (Montagud, 2020, párr. 23). Esta respuesta es más integrada y elaborada, se puede diferenciar por los trescientos milisegundos más rápida que la directa.

Cuando ambas vías no se coordinan de forma apropiada, se originan las respuestas poco adecuadas e ineficaces, como quedarse totalmente paralizado ante un estímulo que atente a la vida del individuo, la labor de la amígdala es controlar por la corteza prefrontal. Su parte más dorsal se encarga de las funciones ejecutivas, mientras que la ventral es la que impide el funcionamiento de la misma cuando es necesario.

Bielli et al. (2019) señala que mientras que la expresión automática, depende del núcleo del tronco encefálico, las señales de los estímulos llegan gracias a esta estructura, manifestando algún daño, por ejemplo, un pinchazo de aguja o alguna quemadura, cuando se sienten estos estímulos reciben información originada desde la amígdala encargada de coordinar síntomas ansiosos. Por la activación del sistema nervioso simpático se genera modificaciones a nivel orgánico, alistando al organismo a un suceso peligroso concentrándose en estado de alerta, vigilando cómo va a desarrollarse la situación y preparándose para lo malo. Entre estos cambios se encuentran el aumento de la frecuencia cardíaca, ritmo respiratorio acelerado. La tensión arterial y las pupilas se elevan, mientras que la activación del sistema parasimpático presume respuestas que no serían aptas ante una situación de amenaza, como son la bradicardia, la disminución del ritmo cardíaco, llegando a asuntos en los que el individuo se llega a desmayar.

En cuanto a la expresión endocrina, cuando la amígdala transmite estímulos al hipotálamo se activa un importante sistema endocrino, el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. Es una estructura encargada de controlar las glándulas del organismo, además libera sustancias como la adrenocorticotropa, la misma que impacta la hipófisis y estas dos estructuras desarrollarán la liberación de adrenocorticotrofina, la misma incide en la corteza suprarrenal, que origina corticoesteroides, variando según las circunstancias del día a día. Se desdén la cantidad máxima de esta

sustancia por la mañana y están afines con el cortisol, hormona del estrés. “Cuando se presenta un estímulo estresante se activa el eje y aumenta el cortisol en sangre” (Montagud, 2020, párr. 27). Involucra cambios de tipo orgánico, ayudando a mejorar el rendimiento, la energía, se activa el umbral del dolor y fomenta la reserva de calorías. Se da un incremento en el consumo de carbohidratos, es por este motivo que en situaciones de estrés los individuos desarrollan atracones de dulces, helados, caramelos o chocolates.

Cuando existe una concentración alta en el plasma de cortisol, los receptores en el hipocampo llegan a ser bajas, afectando a las funciones cognitivas de la memoria, específicamente episódica o biográfica, en el instante de que el estímulo ansiógeno desaparezca, se libera el número de receptores en el hipocampo y la memoria episódica regresa a un estado normal. Sin embargo, en los sucesos en las que el estrés es excesivamente largo, se genera una destrucción de la producción del cortisol, algo que se ha detectado en los trastornos depresivos (Bielli, Bacci, Bruno, Calisto y Navarro, 2019). Al haber grandes cantidades de cortisol y en un período largo, se genera consecuencias dañinas sobre las neuronas del hipocampo, las dentritas decaen y se van haciendo pequeñas en su tamaño, por lo tanto el cortisol no solamente es una de las sustancias que se ven inmiscuidas en el ansiedad sino mas bien la tiroxina, prolactina, hormona del crecimiento, entre otras.

### **Factores etiopatogénicos**

Se plantea que ante las diferencias de cada persona, la ansiedad puede resolverse mediante una combinación única de susceptibilidad y variables de susceptibilidad. Existen cinco factores en susceptibilidad y susceptibilidad y tendencia, estos pueden ser herencia hereditaria, enfermedad física, trauma psicológico, Falta de mecanismos de afrontamiento y finalmente pensamientos, creencias, suposiciones y procesos cognitivos distorsionados (Castellanos, 2015).

Desde el punto de vista genético, investigaciones definen la transmisión familiar de la ansiedad, en un meta-análisis de estudios de familia y de gemelos sobre el trastorno de angustia, Trastorno de ansiedad general, fobias y trastorno obsesivo se puede determinar que la agregación familiar para los cuatros

trastornos y significativa, las estimaciones oscilan entre el 30 y 40%, quedando la mayor proporción de la varianza debida a factores individuales, ambientales (Clark y Beck, 2012).

Las cogniciones disfuncionales que se crea en este trastorno es uno de los principios centrales dentro de la teoría cognitiva de la ansiedad es que el miedo y la ansiedad anormales se originan de una asunción falsa que implica la valoración errónea de peligro en una situación que no se confirma mediante la observación directa, la aparición de las creencias disfuncionales o esquemas sobre la amenaza y de los errores en el procesamiento cognitivo asociado, provoca un miedo notable y excesivo que es incoherente con la realidad objetiva de la situación (Clark y Beck, 2012).

Por otro lado, el origen de la ansiedad está relacionado con situaciones de estrés en las que los individuos pueden llegar a perder el control de sus actos o pensamientos, es autogenerada, esto quiere decir que es producida por el ser humano y es, por tanto, él mismo quien tiene el poder para desaparecer. Bielli et al. (2019) concuerda y propone que siendo la persona quien genera su ansiedad, tiene el poder de reducirla o hacerla desaparecer, se puede identificar tres factores que determinan el apareamiento como tal; dentro de estos puede ser el factor biológico, es decir, la necesidad de la enfermedad para supervivencia cuando se presenten condiciones externas de peligro que atente a la vida, dependiendo del entorno que se desenvuelva, de tal forma que puede influir positiva como negativamente; así mismo el individuo es el autor principal para determinar si es sana o dañina.

### **Clasificación de los trastornos relacionados con la ansiedad según el DSM-5**

Los sistemas de clasificación psiquiátrica como el DSM-5, presumen al trastorno mental como la ansiedad, contienen subtipos más específicos del trastorno el uso de diagnóstico diferenciales que discrepan un tipo de trastorno del otro, por esta razón se especifica a continuación los derivados de la enfermedad.

## **Trastorno de ansiedad por separación**

Los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad por separación son aquellos que con la presencia de al menos tres u ocho posibles síntomas de ansiedad que nacen durante las situaciones de separación, por ejemplo, la separación del hogar o de los padres o figuras de apego, resistencia, rechazo a ir a la escuela o colegio o mantenerse solo o sin las principales figuras de apego; estos síntomas generan deterioro significativo y no son explicados por otros trastornos psiquiátricos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

La ansiedad por separación es una respuesta que se presenta en los niños de 8 a 24 meses, normalmente se resuelve a medida que estos individuos despliegan sensaciones de permanencia del objeto y toman en cuenta de que sus padres volverán. En algunos niños el trastorno persiste por una etapa, pero puede reaparecer en otras; el estrés, el fallecimiento de un familiar, amigo o mascota, el movimiento de un domicilio a otro o cambios de institución escolar puede ser desencadenantes de la ansiedad por separación. Los síntomas se producen a través de escenas dramáticas en el episodio de separación, pueden ser de separación suelen ser dolorosas tanto para el niño como para la figura de apego (Elia, 2019).

## **Fobia Específica**

Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad, existen especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: animal, entorno natural, sangre, heridas-inyecciones. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses (Tortella, 2014).

## **Trastorno de Ansiedad social**

Miedo o ansiedad intensa que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. El individuo teme actuar de una determinada manera



o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valoradas negativamente por los observadores, las especificaciones que deben cumplir se encuentran relacionadas únicamente con la ejecución en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público, miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de seis meses (Tortella, 2014).

### **Trastorno de Pánico**

Roca (2015) refiere que el trastorno de pánico con o sin agorafobia es uno de las derivaciones que origina mayor discapacidad, asociándose a conductas evitativas de actividades o situaciones, que pueden llegar a cumplir con criterios de agorafobia, el individuo que no es tratado adecuadamente puede producirse en ellos problemas crónicos de ansiedad conduciéndoles a visitas excesivas a centros asistenciales, otras de las consecuencias que suelen derivarse del trastorno es el deterioro del funcionamiento social y laboral, baja autoestima, hipocondriasis, abuso de alcohol o ansiolíticos e incluso el acreciente de muertes prematuras y suicidios.

Un ataque de pánico es la aparición imprevista de miedo intenso o de malestar intenso que consigue su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se originan cuatro o más de estos síntomas como son palpitaciones, golpeteo del corazón o taquicardia, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de dificultad para respirar o de asfixia, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias o conocido como la sensación de entumecimiento o hormigueo, desrealización, es decir, sensación de irrealidad o despersonalización como separarse de uno mismo, miedo a perder el control.

Otro criterio al menos a uno de los ataques le ha mantenido un mes o más de uno o los dos hechos siguientes como es inquietud o preocupación perpetua acerca de otros ataques de pánico o de sus derivaciones, un significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques, alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia como puede ser un

medicamento ni a otra afección médica, no se expone mejor por otro trastorno mental, por ejemplo, los ataques de pánico no se originan únicamente en respuesta a contextos sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación (APA, 2014).

### **Agorafobia**

La agorafobia puede definirse como un miedo y evitación de lugares públicos y de estar fuera de casa basados en la anticipación de experimentar niveles elevados de ansiedad o en la aparición de ataques de pánico, a su vez puede suponerse como el miedo a estar en lugares o situaciones donde puede ser difícil o avergonzado escapar o donde pueda resultar complejo poseer de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares como: mareo, caída, despersonalización, desrealización, pérdida del control de esfínteres, vómito o molestias cardíacas. Hay que diferenciar la agorafobia de la fobia a los espacios abiertos, pues existe miedo a cinco o más de las siguientes situaciones, uso del transporte público, estar en espacios abiertos como zonas de estacionamiento, mercados, puentes, estar en sitios cerrados tiendas, teatros, cines, hacer cola o estar en medio de una multitud, estar fuera de casa solo; el sujeto teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos, las situaciones agorafóbicas casi siempre inducen a miedos o ansiedad. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa, si existe otra afección médica enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson, el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva, el miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales, como en el trastorno de ansiedad

social; y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo, defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico, como en el trastorno dismórfico corporal, recuerdo de sucesos traumáticos como en el trastorno de estrés postraumático o miedo a la separación, como en el trastorno de ansiedad por separación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Por otro lado, es conocido como el hecho de estar en una situación o lugar donde puede convertirse en dificultad de escapar o en los que puede que no tengan ayuda si aparece la angustia intensa:

La agorafobia es un tipo de trastorno de ansiedad. Alrededor del 30 al 50% de las personas con agorafobia presentan también un trastorno de angustia. Alrededor del 2% de las mujeres y el 1% de los hombres presentan agorafobia durante algún período de 12 meses. La mayoría de las personas afectadas desarrollan la agorafobia alrededor de los 35 años de edad (Barnhill, 2018, párr. 2).

### **Fobia social**

La fobia social es un miedo o ansiedad intensa en una o más contextos sociales en las que el individuo puede estar azaroso a un posible examen por otros individuos, pueden estar expuesto a eso molestia cuando están en medio de una interacción social, en medio de una conversación, al dar una charla. En los niños, la ansiedad se puede originar en las reuniones con personas de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos. Otro criterio de la fobia social el sujeto tiene miedo de actuar de cierta forma o exponer síntomas de ansiedad que lo aprecien negativamente esto quiere decir que lo avergüencen o le humillen, son situaciones en las que siempre se genera ansiedad, evitan o se resisten a las situaciones sociales con miedo o ansiedad intensa, también se presenta el miedo o la ansiedad es desmedido a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural, este miedo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los social, laboral u otra áreas importantes del funcionamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Por otro lado, el trastorno de fobia social suele ser de inicio temprano en la adolescencia o incluso mucho antes y con un proceso agravado por el hecho de que los individuos que lo padecen no buscan ayuda profesional o dejan pasar mucho tiempo, además las conductas características de la fobia social, pueden estar acompañadas de otras dificultades que reducen la calidad de vida afectando seriamente a sus esferas psicológicas como en el ámbito familiar, personal, social (Ballesteros y Labrador, 2018).

### **Trastorno de ansiedad generalizada**

El trastorno de ansiedad generalizada está relacionado con el dolor físico inespecífico, el deterioro mental, social y de salud general de los individuos, que interfiere con sus actividades diarias. Debido a que no existe un diagnóstico o tratamiento oportuno, esta enfermedad se acompaña de tratamiento médico, automedicación, sobredosis de sustancias adictivas, y además padecen otro trastorno de ansiedad o depresión, diferentes síntomas físicos sin base orgánica (Medicina, 2013).

Rapee (2014) señaló que el trastorno de ansiedad generalizada puede ser reconocida entre todas las personas o también ser una enfermedad relativamente pura. Algunos autores coinciden en que el trastorno de ansiedad crónica es más pronunciado como el TAG, donde existen diversas psicopatologías, una característica y manifestación principal pueden ser en depresión severa, trastorno bipolar, esquizofrenia, es encontrado en el abuso de drogas, bulimia, enfermedades psicofisiológicas y muchas otras enfermedades.

La ansiedad generalizada es caracterizada por una inquietud excesiva o anticipación enfermiza, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diferentes situaciones o actividades, como laboral o escolar, al sujeto le es complicado controlar la preocupación. Se caracteriza por tres o más síntomas de los siguientes seis y han estado presentes durante los últimos meses, inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular,

dificultades de sueño, como problemas para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio, La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

### **Síntomas**

La sintomatología cognitiva esta dimensión pertenece a las experiencias de miedo, aprehensión, obsesiones y pensamientos intrusivos de tipo catastrófico, aquí el sujeto puede identificar cuando existe una alteración de tipo ansiosa por los distintos sentimientos de intranquilidad por medio de las imágenes y pensamientos negativos al momento de que inicia su tratamiento. Por otro lado, la preocupación se contiene en la tarea cognitiva que dispone la reacción al peligro; por tanto, la preocupación coligada a la ansiedad es un elemento que actúa en el enfrentamiento de alguna amenaza y por eso se puede descubrir con frecuencia en cualquier individuo y como un elemento relevante en todos los sujetos que presentan un trastorno de ansiedad. La preocupación como resistencia de los problemas dentro de la normalidad está coligada a creencias de que es positivo, puesto que favorece en la solución. Sin embargo, la preocupación enfermiza no somete la probabilidad de resultados negativos ni acrecienta la probabilidad de un afrontamiento famoso ni es efectiva para resolver dificultades concretas. Pero las personas con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan de sucesos con baja probabilidad y lo hacen de manera extendida (Roemer y Orsillo, 2014).

Además se puede identificar ciertos síntomas de tipo cognitivo como los problemas de atención, concentración y memoria, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación de ideas negativas, pensamientos distorsionados e impropios, aumento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles perjudiciales, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, desequilibrio, mareo, entumecimiento, desrealización, despersonalización. Dificultad para pensar con claridad; reducción de la capacidad para concentrarse, además baja productividad, problemas con la memoria. Miedo a morir, disipar el control y/o volverse excéntrico. Principales síntomas como la inseguridad, miedo, pensamientos negativos, dificultad de concentración, visualización negativa (Ballesteros y Labrador, 2018).

Por otra parte también se encuentra la sintomatología fisiológica se acompaña invariablemente de modificaciones y activaciones fisiológicas de tipo externo, interno e involuntario, enseña las diversas manifestaciones del sistema nervioso central ante la ansiedad de la persona, exteriorizando sudoraciones, temblores, tensión a nivel muscular, llevando a convertirse palidez facial; por otro lado las exteriorizaciones a nivel del sistema nervioso autónomo son las taquicardias, presión a nivel sanguíneo y pulso. Las palpitaciones, hiperventilación, náuseas vómito, molestias digestivas, tensiones musculares, dolores de cabeza, fatiga, sequedad de boca, sudoración excesiva. Taquicardia, opresión cordial, temblores, diaforesis, dificultades a nivel digestivo y de alimentación, fatiga, hormigueo. Si la aceleración fisiológica es muy alta pueden surgir dificultades del sueño, la alimentación y la respuesta sexual. A pesar que los criterios de diagnóstico del DSM5 acuerdan que cualquier disposición de por lo menos cuatro síntomas es apta para realizar el diagnóstico de crisis de angustia, se ha visto que ciertos síntomas físicos son más frecuentes y más típicos de la crisis de ansiedad. Por lo mismo se podría decir que se puede clasificar en dos categorías según el grado de temor que llegan a tener las personas. De primer orden, palpitaciones y taquicardia, sensación de desmayo, sensación de falta de aire y ahogo, opresión torácica, diaforesis e inquietud motora. De segundo orden las oleadas de calor o

frío, adormecimiento u hormigueo en extremidades o cara y náusea o molestias abdominales (Vallejo y Casto, 2015).

La sintomatología emocional como el llanto, la risa nerviosa, bajo estado de ánimo apatía, también la frustración, irritabilidad, inestabilidad de las emociones, ya que puede cambiar constantemente su estado emocional. Estos cambios pueden producir en la persona ciertos malestares que pueden afectar su vida cotidiana como en el trabajo, con su familia, en su vida social. Y por último con relación a la sintomatología comportamental existen la impulsividad, agitación, intranquilidad bloqueo afectivo, alteraciones del estado de ánimo, irritabilidad intensa, alteraciones psicomotrices como las conductas repetitivas con tocarse, tics, paralizarse o sentirse bloqueado, conductas de huida, aislamiento social, la persona también puede volverse agresiva ya sea de forma verbal o física, mutismo, dificultad para seguir el hilo de alguna conversación que está teniendo en ese momento, en medio de una interacción social con otras personas puede comenzar con un tartamudeo, también existe temblores, moverse de un lado para otro, reacciones desproporcionadas ante un estímulo, tendencia a las adicciones como fumar, beber en exceso, consumo de drogas, además de considerar que al suspender el consumo de estas sustancias también puede afectar aún más los síntomas (Rodríguez, 2015).

### **Características**

Bielli et al. (2019) Los trastornos de ansiedad se darán a conocer a través de un resumen de sus características, para conocerlos y distinguirlos, como la preocupación corporal es guiada por las dificultades que atraviesas los sujetos; puede llevar a una observación minuciosa de las alteraciones fisiológicas, por ejemplo, el latido cardíaco o sudoración, una preocupación excesiva que aún aumenta más la percepción corporal. Realizar conductas de comprobación, que se traducen en consultas médicas repetitivas, que producen un alivio pasajero, hasta que surge una nueva preocupación por la salud que les obliga repetidamente a continuadas consultas a diferentes especialistas. Por tanto, las características de la enfermedad es la preocupación excesiva, la persona puede presentar problemas

para equilibrar su estado de ánimo de constante preocupación manifestados por la inquietud, paciencia, fatiga precoz, dificultades en sus funciones cognitivas como la concentración, atención y en el estado de ánimo como la irritabilidad.

Por lo tanto, el trastorno de ansiedad implica una serie de procesos, en donde se ven inmiscuidos los valores y la presencia del estímulo aversivo elimina todas las respuestas que no van dirigidas a evitar o huir del mismo, por tanto hace que no se realice la acción que lleva a conseguir las metas y objetivos y en lugar se dé la conducta de evitación del estímulo mencionado, el exponer la imaginación, como un ejercicio clave para superar el trastorno va dirigido a este procesos, además se restringe uno de los procesos cognitivos más importantes como es la atención; centrándole en el estímulo aversivo y retirando el resto que se encuentre en el contexto

## **Calidad de Vida**

### **Definición**

Es identificado al conjunto de condiciones que ayudan al bienestar de las personas y a la realización de sus potencialidades en la vida social. La calidad de vida comprende factores tanto subjetivos como objetivos, entre los subjetivos se halla la percepción de cada sujeto de su bienestar a nivel biopsicosocial. En los factores objetivos, por su parte, serían el bienestar material, la salud y una relación agradable con el ambiente físico y la comunidad. Estos aspectos aportan a la calidad de vida de una persona, desde las circunstancias económicas, sociales, políticas y ambientales, hasta la salud física, psicológica y la armonía de sus relaciones personales y sociales (Lopera, 2020).

La palabra calidad de vida ha venido siendo muy común en la actualidad, debido a que se ha utilizado en contextos en el campo de las evaluaciones en salud o como providencia de bienestar, por tanto, se puede conocer como el bienestar de sí mismo que se deriva desde la satisfacción e insatisfacción en las áreas importantes de la persona.



La Organización Mundial de la Salud define a la calidad de vida como una forma en la que la persona distingue su vida como tal, el sitio que este ocupa ya sea en diferentes contextos como el cultural, el sistema de valores en el que se sitúa, la relación con sus objetivos, expectativas, criterios, preocupaciones, normas, un conjunto de actividades diarias, salud psicológica, física, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias (Cardona y Higuera, 2014).

Además a calidad de vida es un constructo múltiple en el que intervienen diversos elementos como el estado de salud física y mental, estilos de vida, vivienda, trabajo, satisfacer las necesidades de estudio, situación económica; siendo indicadores de bienestar para los seres humanos, puede variar a través de la subjetividad en que pueden hallar las personas de sí mismas, algunos de los factores como la satisfacción y la felicidad conllevan mayor impacto en la calidad de vida, que los objetivos por sí solos, por tanto se puede determinar que depende de la percepción del sujeto de su propia salud y de sus capacidades (Cáceres, Parra y Pico, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (2018) señala que la calidad de vida implicaría la percepción que una persona tiene de su situación de vida en relación con su contexto (cultura, sistema de valores), sus objetivos, aspiraciones y preocupaciones. Desde su consenso como una medida del estado de salud de los individuos, ha sido las definiciones que en el campo de la salud se ha manejado de forma indistinta al de calidad de vida, repetidamente la calidad de vida relacionada con la salud es usada imparcialmente como estado de salud, estado funcional o evaluación de las necesidades. La gran mayoría de los autores proponen que la calidad de vida debe ser diferenciada debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas, debido a que debe limitarse a la experiencia que la persona tiene de su enfermedad, se caracterizan de la experiencia del sujeto y del resultado de los cuidados, para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de las personas.

## **Dimensiones de la calidad de vida**

### **Dimensión Física**

Al presentar la dimensión física se hace referencia no solo al aspecto de salud como ausencia de alguna enfermedad que afecte el funcionamiento del aspecto físico de una persona, resaltando aspectos como facilidad para caminar o ausencia de ello por la enfermedad que tuviese, esta investigación va más allá, ya que se plantea como un componente esencial en la integración de “calidad de vida”, es así que la dimensión física es, para Verdugo, Schalock, Arias, Gómez y Urríes (2013) “tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y alimentación” (p.447). Es ineludible clarificar a que se refieren cada de las características mencionadas que componen la dimensión física.

Como primer punto “tener buena salud” es la clave para el entendimiento de la primera dimensión puesto que abarca todas las demás características que a continuación se van a exponer, teniendo en cuenta que involucra estar libre del padecimiento de una enfermedad que pueda generar un deterioro significativo, como segundo punto “sentirse en buena forma física” involucra el criterio que emita el mismo sujeto con su capacidad de realizar actividades que conllevan activar a nivel fisiológico su cuerpo y que este no sea una dificultad o un reto que ponga en riesgo su salud, sino más bien que ayude a potenciar como la realización de deportes o tener hábitos de caminar diario del trabajo a su casa, a diferente de si se padece de un trastorno que impida realizar las actividades antes expuestas, se estaría hablando de no poseer una buena forma física (Verdugo, Schalock, Arias, Gómez y Urríes, 2013).

El tercer punto tener hábitos de alimentación saludable puede representar un reto para cualquier persona, pero en realidad se basa en elegir de manera consciente que alimento ingerir, lo recomendado es mantener una dieta balanceada y variada de alimentos como frutas, verduras, vegetales y consumir líquidos bajos en azúcar, agua con de esta forma se contribuye al proceso metabólico y no retrasa o altera al consumir alimentos dañinos altos en grasa y

calorías. Los indicadores como atención sanitaria que consiste en la atención médica a la que el sujeto tiene acceso ya sea pública o privada con el objetivo de tratar y prevenir enfermedades no solo medicas sino también mentales, al no cumplir con la atención necesaria, si se despliega una enfermedad por más inofensiva que parezca, puede convertirse en una alteración grave lo que afecta a lo homeostasis de la calidad de vida, como parte de los indicadores se encuentra el “sueño”. Bien el proceso del sueño es el único estado en el que el cuerpo descansa totalmente, por ello es importante descansar el tiempo necesario, pero también tener una buena calidad de sueño, ya que se pueden producir alteración que afecten el desenvolvimiento del sujeto como el ambiente, como falta de concentración, inactividad física, cansancio, afectación en el estado de ánimo, somnolencia diurna entre otros.

En el orden de las ideas anteriores aparecen las actividades de la vida diaria dando realce a una apreciación explicativa, para logra cumplir con las que normalmente realiza, también cómo se siente con ellas, disfruta o se estresa con lo que debe cumplir; se manifiesta como aspectos inadecuados si no se logra cumplir con lo esperado o no es de su agrado, otro de los indicadores son el acceso a las ayudas técnicas a las que todo ser humano debería acceder, se trata de contar con materiales y dotar de equipos necesarios para la movilización, educación y comunicación de personas con insuficiencia renal, la alimentación se adjudica dentro del mismo parámetro de no tener impedimento para alcanzarlos, si logra alimentarse al menos tres veces al día más bien este apartado intenta enfatizar en la evolución frente a la enfermedad.

Al hablar de la dimensión física se refiere a los problemas que conlleva la enfermedad renal crónica, como son las condiciones físicas una considerable disminución cardiorrespiratoria, desnutrición, fatiga, pérdida de masa muscular asociadas también a otras enfermedades crónicas, esto puede perjudicar la capacidad funcional, los pacientes con esta enfermedad crónica tienen una fisura en su brazo izquierdo donde se encuentra el dializador, donde se pierde una gran cantidad de masa muscular se considera pobre o muy pobre.

En la actualidad se ha reconocido ciertos programas de ejercicio para estos pacientes que son seguros estos son de ejercicios aeróbicos y calisténicos, bicicleta estática, pruebas de la marcha el objetivo de estos ejercicios es mejorar la fuerza muscular y evitar la pérdida de masa muscular.

La alimentación debe ser sana evitar comidas que contengan un alto grado de grasa, la dieta balanceada, consumir líquidos bajos en calorías y azúcar, y la mayor parte del tiempo beber agua.

### **Dimensión Psicológica**

Como segunda dimensión se encuentra la dimensión psicológica que implica un principio cognitivo reflejado en acciones o comportamientos, argumenta que: “el crecimiento personal y la actualización de las capacidades como evidencia de funcionamiento psicológico positivo” (García, 2013, p.49).

Se toman en cuenta desde este punto de vista que la enfermedad de insuficiencia renal crónica desencadena diferentes situaciones para los pacientes, comprometiendo diversos factores relacionados con su salud no solo física sino también psicológica, las condiciones de tratamiento a las que se enfrentan son factores agresores que como consecuencia se manifiestan por el estrés, locomoción, aislamiento social, declive en sus actividades físicas, dependencia y sentimientos de miedo e inseguridad con relación a su salud y bienestar (Costa, Pinheiro, Medeiros, Costa y Cossi, 2016).

Para todo ser humano el bienestar psicológico y el ser ejecutor del equilibrio que genera cognición y cuerpo para realizar todo tipo de actividades y cumplir con expectativas propuestas desde poder ahorrar para comprar una funda de azúcar, o alejarse de ambientes tóxicos para poder seguir, liberándose de sentimientos negativos y sumando lo positivo de cada fragmento de vida permitirá no solo ser feliz y sentirse realizado sino contagiarse de a lo demás de lo que se vive.

Sufrir de la enfermedad renal crónica puede provocar una serie de reacciones negativas que afectan su evolución, vinculando psicológica y físicamente este dolor patológico con la muerte, en otras palabras, piensan que su vida ha llegado

al límite y ya no pueden vivirlo, Como dijo Jomed (2009) “Muchos pacientes con enfermedades crónicas esconden sus angustias y temores, siendo el más importante el de morir tempranamente”, aseverando también que los pacientes se pueden sentir impotentes ante su enfermedad, su autoestima ira en descenso, las relaciones familiares se ven perturbadas por la enfermedad crónica, al mismo tiempo se aflora sentimientos de culpa, ira , negación, frustración, disminución del interés o del placer en todas las actividades que solía ser atractivas para la persona, los cuales son difíciles aceptar tanto para los pacientes como a su familia.

En esta dimensión la persona con esta enfermedad cuando está ya avanzada se debe someter al tratamiento de hemodiálisis donde el individuo empieza a tener manifestaciones a nivel emocional como la tristeza, desesperanza, inutilidad, inconformidad, incertidumbre y una serie de manifestaciones físicas como es la fatiga, impotencia, agotamiento, inquietud, dolores de cabeza, náuseas, mareos los cuales en conjunto dan lugar a la aparición de la ansiedad y depresión.

### **Relaciones sociales**

La tercera dimensión dentro de la población investigada tiene un papel protagonista, al referirse a personas con la enfermedad ya mencionada, al momento de fijar apoyos o círculos de fortalecimiento es fundamental relacionarse positivamente con su entorno, así

Relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores, (1), relaciones sociales, tener amigos claramente identificados. (2), relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes. (3), relaciones de pareja y sexualidad. (Verdugo et al., 2013, p.447).

La importancia de los indicadores es tener una idea más clara y específica de lo que engloba las relaciones sociales, es fragmentar un significado para ser consciente de las partes de un todo, dando lugar a mantener conexiones sociales de calidad, otro de los beneficios sería el detectar alguna falla en los indicadores que ayude a trabajar en ellos.

Al estar enfocados más bien en el bienestar en las relaciones sociales los indicadores sirven como pautas para saber si hay relaciones de calidad o si existen falencias en ellas, al tener amigos identificados es decir personas muy cercanas a el sujeto no solo demuestra una buena comunicación y facilidad para fraternizar si no también muestra los posibles apoyos que servirían en momentos y situaciones de conflictos, el compartir estrechamente con miembros de su familia y pareja daría una pauta similar y reafirmaría la facilidad o capacidad de sostener una relación personal respetando la autonomía de cada uno y valiéndose de la comunicación, confianza, y hasta cierto punto complicidad teniendo como resultado un individuo seguro de sí mismo y de su ambiente, las relaciones sexuales manifestadas como necesidades básicas del ser humano juegan el rol de complementar la dimensión.

Las relaciones sociales marcan un punto de partida y retroceso, ya que para mantenerse en recuperación su círculo social debe ser de calidad manteniendo cerca a personas que sumen características positivas al desenvolvimiento del día a día y que, en momentos de riesgo a recaer, apuntalen y no permitan que desmayen, los humanos por naturaleza son entes sociales y en este trastorno el mismo aspecto que ayuda a emerger de la alteración puede acorralarle hacia ella.

En la dimensión de las relaciones sociales en primer lugar se encuentra la familia que es núcleo biológico, psicológico y social en el tema de la salud al tener algún miembro de la familia una enfermedad crónica como la insuficiencia renal debe existir un considerable esfuerzo de afrontamiento por parte de ellos, de su entorno y de la propia persona, en algunos casos los pacientes en hemodiálisis presentan problemas afectivos y adaptativos que influyen significativamente en el sistema familiar deteriorándolo al pensar que la persona afectada va a ser dependiente de otros y ser una “carga” por lo que es necesario un estudio de cuáles son los efectos que provoca la interacción de la familia en el proceso del tratamiento es de suma importancia establecer medidas que pueden prevenir un posible abandono afectivo y físico y pueda existir una mejora en el entorno biopsicosocial. Por otra parte, también existen pacientes que no presentan

problemas en su núcleo familiar, en donde hay apoyo de la familia durante la etapa del tratamiento.

### **Ambiente**

Como lo define “Es la capacidad de gestionar con eficacia la propia vida y el mundo circundante; uso competente de los recursos disponibles en el medio; capacidad de elegir o crear contextos que satisfagan las necesidades y valores personales” (García, 2013, p.90). Todas las personas luchan por algo que les apasione ya sea trabajo o un pasatiempo con el que tiene que administrar no solo sus recursos internos sino también los externos refiriéndose a bienes materiales, transporte, etc. todas las actividades que se deban realizar para lograr el objetivo de compensar las carencias.

Al medir la cuarta dimensión para identificar o tener un criterio global de lo que es la calidad de vida , puesto que involucra tener claro si tiene un pasatiempo ,trabajo que son componentes importantes para la realización de una persona las metas y aspiraciones, como actúa frente a ello en relación de la administración de su tiempo y espacio que es lo que hace para conseguirlo , que deja de hacer, se cree capaz de conseguirlo, aprovecha no deja que este guie sus pasos, sino que él lo utiliza a su favor, se pueden plantear varias alternativas de lo probable, que solo con la ejecución de medición se podrá averiguar qué es lo que en verdad piensa y actúa un sujeto.

Por otra parte, es importante hablar de las metas, objetivos y expectativas de una persona con insuficiencia renal crónica, al ser una enfermedad que es de por vida algunos pacientes ya no tienen metas a cumplir, solo tienen una expectativa que es fallecer, en cuanto a la dependencia por el tratamiento algunas personas por la edad pueden llegar a depender de personas como la familia o amigos.

Existe tipos de bienestar como es el bienestar físico es la práctica de actividades físicas y también de una alimentación saludable, para conservar un estado físico eficaz. Al cuidar al cuerpo se logra obtener una autoestima elevada y por ende se alcanza la satisfacción consigo mismo; el bienestar social es la clarividencia de las personas en las relaciones interpersonales, así como también los roles sociales en

la vida como necesidad de apoyo familiar y social y su importancia en la actualidad la mayor parte de los individuos tienden a enfocarse en ellos mismo y descuidan las relaciones con las demás personas en el ámbito en el que viven. Además, es importante mencionar que el ocuparse y estar al cuidado de su salud y de sus necesidades personales es lo correcto, pero sin descuidarse de cumplir el rol en la sociedad y por último el bienestar emocional básicamente se refiere a la salud emocional de los individuos, es importante escuchar nuestras necesidades emocionales, es decir mantener una actitud positiva, una buena autoestima, y una excelente imagen de uno mismo. Además de esto el bienestar emocional contribuye a desarrollar la habilidad de controlar nuestras emociones ayudándonos de esta manera a superar el estrés y mantener una óptima calidad de vida. (Valencia, 2017).

### **Teorías humanistas**

Sobre la motivación humana. Un planteamiento importante y de gran aporte para el movimiento humanista fue el de Abraham Maslow, el cual expone una pirámide de las necesidades a satisfacer por los seres humanos, este priorizó y organizó las necesidades individuales de cada persona.

En el planteamiento de la jerarquización de necesidades, a medida que se va satisfaciendo los requisitos de cada uno de los niveles se pasa al siguiente escalón de la pirámide de Maslow. El objetivo primordial de la teoría es que el ser humano se pueda sentir auto realizado, pero solo el 1% de los individuos llegan al nivel de realización personal (Maslow, 1962). Si bien es cierto el autor no habla directamente de calidad de vida, pero el concepto de autorrealización tiene elementos que comparte la calidad de vida. Es decir, la autorrealización implica vivir de manera consciente y satisfactoria, cada nivel de la pirámide abarca factores que influyen en la calidad de vida del ser humano como la salud, alimentación, necesidades de interacción con el grupo social, autoestima, capacidad para la resolución de conflictos, se puede decir que entre mayor autorrealización mayor calidad de vida presentará el sujeto ya que habrá priorizado y satisfecho las necesidades de su vida



Jerarquía de necesidades dentro de ellas esta las necesidades fisiológicas: Este nivel se encuentra relacionado con la supervivencia, son las necesidades más importantes del individuo, se encuentra la homeostasis del organismo, alimentación, conservar el nivel de calor corporal óptimo para la sobrevivencia, satisfacer la sed, se incluye también la necesidad sexual. Necesidades de seguridad: Se busca mantener seguridad y orden en el individuo, aquí se encuentra ubicado la estabilidad y la protección en otras personas, está vinculado al miedo y a perder el control de su vida. Necesidades sociales: Al haber satisfecho los dos niveles de necesidades anteriores se encuentra ella esfera afectiva y social, aquí se puede identificar la comunicación con otros individuos, formar vínculos amistosos en donde se expresa afecto y la necesidad de pertenecer y ser aceptado en un grupo social. Necesidades de reconocimiento y estigma: En este nivel se observa el ego y autoestima del ser humano, se origina la necesidad de sentir reconocimiento y poder sobresalir en su grupo social, se adjunta el respeto propio y la autovaloración. Necesidades de auto superación: Es la autorrealización ideal de cada sujeto, en donde se explota y se desarrolla su talento al máximo nivel.

La autorrealización son todos los deseos personales satisfechos, esto genera un sentimiento de dominio y poder, mejorando autoestima de la persona. Es la finalización de los niveles de la pirámide de Maslow lo cual refiere llegar al potencial máximo de la satisfacción de las necesidades básicas, implica vivir a plenitud y con la satisfacción personal de ser seres humanos completos (Cortés, 2012).

Dimensiones de la autorrealización que son (1), estilo de vida que recibe influencia del medio social, son las costumbres y comportamientos que adopta un individuo, así también la formación de grupos sociales con los cuales compartirá aficiones comunes. (2), calidad de vida: es una influencia del mismo sujeto más que del entorno en el que se desarrolla se lo puede catalogar como subjetiva y objetiva dependerá de las expectativas individuales. Es un concepto subjetivo individual que posee cada uno, en este engloba la felicidad y la satisfacción personal que se puede experimentar en una de las etapas del ciclo vital en la que el sujeto este atravesando, estas son empleadas como escala para medir el nivel de

bienestar que percibe. Es el resultado de experiencias y condiciones ambientales a las que el sujeto se encuentra expuesto, a estas vivencias dependerá de la valoración e interpretación que se les otorgue para denominarlos aspectos objetivos. La calidad de vida es una conjugación de elementos objetivos y de la estimación personal que se le dé a dichos componentes. Ardila (2013) refiere que la autorrealización es un concepto subjetivo que cada individuo esta se irá construyendo a través de las percepciones y las vivencias diarias, se recibe influencia de diferentes factores como es el medio de interacción y los conceptos propios que se ha ido formulando cada ser humano, de esta manera la calidad de vida es un factor de la autorrealización en la que el ser humano debe ir satisfaciendo las necesidades básicas para llegar al bienestar personal y a la autorrealización.

Existen ciertos indicadores de buena calidad de vida para lograr tener un nivel adecuado de vida diferentes autores manifiestan tener en cuenta los siguientes aspectos. (1), condiciones materiales de la vida que son los ingresos económicos para satisfacer necesidades básicas, condición de la vivienda, solvencia económica para gastos inesperados. (2), trabajo la actividad laboral remunerada, con la cual se acceda al a inclusión y la sociabilización con otras personas. (3), salud es un indicador subjetivo el cual permite evaluar la esperanza de vida que se mantiene en las diferentes etapas psico evolutivas de desarrollo, se incluye las experiencias subjetivas de los individuos como es la enfermedad, el sufrimiento, las patologías de larga duración, estos aspectos negativos generan limitaciones en el desarrollo de la vida cotidiana. (4), educación es una de las dimensiones que a través de los conocimientos y destrezas desarrolladas permite mejorarla calidad de vida y establecer estilos saludables de vida, a través de las habilidades desarrolladas. (5), ocio y relaciones sociales el tiempo establecido fuera de los parámetros laborales como son las actividades deportivas, asistencia a actividades culturales es importante ya que genera bienestar personal. (6), seguridad física y personal es un aspecto objetivo el cual se encarga de la integridad física de cada individuo. (7), gobernanza y derechos básicos es la garantía de las autoridades encargadas a través de las instituciones establecidas para defender los derechos humanos. (8), entorno y medio ambiente emplear técnicas que permitan mantener el medio

ambiente libre de contaminación. (9), experiencia general de la vida es la evaluación subjetiva que incluye experiencias pasadas y actuales con la que se puede construir un concepto propio (INEC, 2016).

Al ser un paciente en hemodiálisis se puede ver afectado el ámbito laboral ya que el tratamiento se debe realizar tres o cuatro veces a la semana, en la salud va a existir un cambio importante por el suministro de medicamentos diarios, y la propia hemodiálisis, en las actividades puede ser que ya no las realice como antes.

El modelo conceptual de la Escala de calidad de vida, en la cual se encuentra dominios que evalúan la calidad que es el (1), bienestar emocional que abarca el auto concepto, satisfacción personal, ausencia de sentimientos negativos y estrés; (2), relaciones interpersonales que hace a la interacción con el grupo social, formación de vínculos afectivos con la gente que se relaciona; (3), bienestar material que es la solvencia económica para cubrir las necesidades básicas; (4), desarrollo personal se relaciona con la autorrealización y adquisición de nuevos conocimientos y aprendizajes; (5), bienestar físico: mantener niveles adecuados de salud y establecer hábitos saludables de alimentación; (6), autodeterminación se refiere a la capacidad de tomar las decisiones y elegir individualmente sin recibir influencia de terceras personas; (7), inclusión social a la manera de relacionarse y participar en actividades con el grupo social que se relaciona; (8), derechos se refiere a respetar intimidad, derechos, manera de pensar, recibir y ejercer un trato igualitario con todos los seres humanos (Gómez, Martínez, Schalock y Verdugo, 2019).

## **Factores de Calidad de Vida**

### **Salud psicológica**

Llamada también como salud mental evaluada por la percepción sobre los eventos de la vida en sus diferentes etapas y una adecuada conformidad sobre su existencia impactada como biopsicosocial con un potencial agradable para dicho sujeto, se puede estar hablando de una buena calidad de vida. La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de

contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS, 2018).

La estabilidad psicológica engloba toda percepción de situaciones vividas, es la sujeción que se le da a cada impresión situacional, para la calidad de vida en el estado de ánimo que se puede enfrentar a diario, todas estas emociones son influyentes en la conducta del paciente, pues como ejemplo si una persona esta emocionalmente afectado por un evento traumático como un accidente de tránsito, o la pérdida de un ser querido, inevitablemente se va a ver afectado en la cognición y no van a poder desempeñarse adecuadamente en sus actividades del día, por ende es muy importante mantenerse en un estado emocional tranquilo y confortable (Orbitas, 2017).

La relación positiva entre actividad física y salud psicológica como mecanismo fisiológico o neurofisiológico, en términos de liberación de hormonas y neurotransmisores, que repercuten en el mejoramiento psicológico; o como proceso psicológico, en el que se alcanza una forma de relajación, diversión y evasión de pensamientos, emociones y conductas desagradables los que son reemplazados por sensaciones de autosuficiencia, control y competencia.

Son varios factores influyentes en la salud psicológica que implica una estabilidad mental sobre sus emociones, según el DSM-5 cuando esta seguridad es alterada se toma como referencia y pasa a ser un objeto de atención clínica, enunciarlo como “Problema relacionado con el estilo de vida” (DSM-5, 2014, p. 726). Esta descrito en una categoría de otras circunstancias de la historia personal, dando significado a que cuando una dificultad de estilo vital sea un pronóstico de afectación notable causando un malestar clínicamente significativos para el paciente, como ejemplo: falta de ejercicio, una dieta no apropiada o ritmos del sueño inadecuados; molestias que otorgan sentimientos negativos, deterioro de la memoria, o una concentración escasa a las labores del día, son expectativas que no se deben cumplir de acuerdo a la obtención de una buena calidad de vida.

La salud psicológica en estos pacientes se ve afectada por la presencia de síntomas de angustia, miedo a que el tratamiento no funcione o que no encuentre un donante, también sentimientos de tristeza, inseguridad, pérdida del interés, ya no tienen metas que cumplir ni objetivos, lo que puede producir un cuadro de ansiedad o depresión.

### **Salud física**

Refiriéndose al buen estado somático, está relacionado al estilo de vida de costumbres o hábitos sobre el ejercicio y buena alimentación, esto causa que se sientan conformes con su existencia, es decir un estado de bienestar al realizar las actividades diarias con buena energía, debido a que no interfiere en los planes a cumplirse en el día, y por ende es un factor muy importante de la calidad vital, en la actualidad se estima que el rango vivencial de la población llega más de los 75 años de edad, no solo en las personas de estatus económico alto, sino también en las personas que regularmente se auto ayudan con el estado físico.

La actividad física puede tener una influencia directa o indirecta sobre la calidad de vida en un doble sentido, por todos los beneficios psicológicos que aporta como son la estabilidad emocional, el bienestar. Ayuda también al fortalecimiento óseo, y por supuesto previene la osteoporosis, esto en lo poco mencionado para la buena salud física a largo tiempo; se relaciona también un bienestar emocional, debido a esta actividad cambia la percepción vital porque también mejora el estado de ánimo, se puede presentar en el transcurso del día con más energía para poder laborar, y ser auto eficiente, reduciendo así el estrés laboral como también la depresión y la ansiedad.

Al referirse a la salud física es importante que la persona practique algún tipo de ejercicio suave que no perjudique su dializador y pueda generar masa muscular en su cuerpo que la pierde al momento de que comienza el tratamiento, un cuidado minucioso en los alimentos que consume que sean saludables y un gran consumo de bebidas en especial agua.

## **Económico**

Dando importancia al nivel del extracto social, se establece una economía bastante significativa para la persona, claro que existen individuos que surgen desde un nivel totalmente inferior dando respuesta a una buena motivación y salud mental; la posibilidad de un buen empleo que dé resultados una ganancia satisfactoria va a dependerá de las posibilidades que se abra en el camino, significa el empeño en hacer y formar parte de una actividad benéfica es decir saber estar, mezclando los elementos como son la objetividad de la persona como nivel académico o una carrera profesional y la subjetividad del individuo como es los sentimientos sobre las oportunidades que se van obteniendo, todo esto va influyendo en un adecuado estado satisfecho del paciente. Los aspectos del empleo concernidos con la calidad de vida trascienden lo meramente pecuniario. De ahí que la pérdida de empleo tenga, en términos de calidad de vida, un coste mayor que el que se desprende de la pérdida de ingresos. El tratamiento de hemodiálisis conlleva un gran uso de los bienes económicos ya que tiene una medicación diaria, la dieta que debe tener al perder un trabajo puede perjudicar mucho a la persona en el gasto de sus medicamentos. Las personas desempleadas suelen transmitir una baja valoración de sus vidas y es frecuente que acumulen más sentimientos negativos, tristeza, dolor, que positivos, alegría (Álvarez, 2018).

## **Laboral/ Académico**

Al establecer una satisfacción laboral, se puede decir que se busca cubrir necesidades personales y no solo empresariales, bajo una buena condición física y estructural, llegando a un bienestar completo biopsicosocial. La salud laboral es un tema relevante a nivel mundial al referirse a la relación entre salud y el trabajo, con enfoque de encontrar el equilibrio que permita a los empleados desarrollar sus actividades laborales bajo las mejores condiciones posibles, y así llegar a alcanzar el objetivo de lograr el nivel más alto de bienestar físico, mental y social de los empleados en los lugares de trabajo, siendo esto un reto entre las organizaciones establecer una conformidad del lugar laboral, se ha desarrollado varias estrategias para que el empleado no sufra el síndrome del quemado, o mobbing que son

comúnmente problemas en las empresas mayor mente pobladas y desarrolladas, afectando también el balance entre la vida personal y laboral, esta división puede abarcar estrés en el trabajo o llevárselo al hogar, son estos algunos inconvenientes que cada negocio debe tratar de evitar, tomando muy personal la calidad vital de cada empleado (OIT; citado por Argüelles, Quijano y Sahuí, 2014).

Las condiciones sociales influyen drásticamente en cada persona, pues por posición académica desdichadamente se establece posiciones del trato personal y de rango laboral, sin dejar de lado los conocimientos académicos, pero existen personas que no optan por establecer vínculos sociales si no son del mismo rango académico que se ha postulado, esto es denigrante pues se trata con indiferencia a un agricultor humilde que a un empresario de ciudad; Recordando que una mente sana es un cuerpo sano, toda esta satisfacción laboral y académica es parte fundamental de una buena calidad de vida personal emocional; obtenido esto en primer plano, es correspondido una motivación, una estimulación a la creatividad, y sobre todo favoreciendo a la convivencia laboral es decir una colaboración completa en el trabajo sin que se vea afectado el estrés o factores personales.

En este factor se puede evidencia la inclusión ya que es una persona vulnerable por su enfermedad, persona si se puede ver afectado el ámbito laboral y académico porque este tratamiento consume una gran parte del tiempo. Una persona que trabaja se encuentra en entorno de ILP después de haber sido sometido al tratamiento hemodiálisis y al consumir los medicamentos, demuestra reducciones anatómicas o funcionales graves, que hacen que la persona sea susceptible de determinación objetiva y que reduzcan o anulen su capacidad laboral, dando lugar a la incapacidad permanente o parcial para sus actividades laborales, por lo que es necesario que la persona tenga un certificado de minusvalía para que las actividades que realice en el trabajo no perjudiquen su salud.

### **Social/ Familiar**

La calidad de vida familiar es la base y pilar fundamental sobre el bienestar personal y social, pues de aquí se imparte la interacción con los demás, y

estrechamente vinculado con la cultura y valores de acuerdo al ambiente en desarrollo, esto pasa en la niñez es una actividad aprendida el cierto modo de socializar y es innato el querer hacerlo. “La calidad de vida familiar (CVF) puede entenderse como un estado dinámico de bienestar de la familia, definido de forma colectiva y subjetiva y valorado por sus miembros, en el que interactúan las necesidades a nivel individual y familiar” (Bello, Rivadeneira, Concha y Díaz, 2017, p.2). La satisfacción familiar depende fundamentalmente de consensos, avances y logros vinculados para fortalecer la misma, es decir, se mueve entre importancia y beneficio individual, de tal forma va otorgando la conformidad de una buena calidad de vida grupal. Los profesionales de salud que laboran en el primer nivel de atención deben conocer el contexto en el que trabajan, no solo relacionado a las enfermedades prevalentes, sino al tipo de personas y familias que atienden en su jurisdicción. El conocimiento de la estructura y funcionalidad familiar, así como de la calidad de vida percibida por los miembros de la familia, son herramientas que deben ser incorporadas y utilizadas en forma cotidiana por los equipos de Atención Primaria para reorientar sus intervenciones en la mejora de salud de la población

La calidad de vida familiar es una base importante para el bienestar de la persona ya que es el punto de partida social se va vinculando con valores, principios y cultura de acuerdo al ambiente que se va desarrollando esto se da desde la niñez ayudando a poder relacionarse desde una temprana edad en un medio en el cual va estar el resto de su vida, adaptándose a cambios, rutinas.

De acuerdo con el anterior contexto se debe establecer el vínculo familiar, es decir para una asistencia primaria de cualquier consulta de ciencias de la salud, existen parámetros a seguir con una serie de preguntas sobre el núcleo familiar en el que vive o se desarrolló la persona cuestionada, en la psicología se basa en el genograma, se realiza una serie de conexiones desde la generación más acogida al paciente como ejemplo abuelos maternos y paternos hasta llegar la última generación subdividida, aquí no solamente se conoce el número de integrantes sino también el lazo de convivencia que tienen, si tal vez es conflictiva o el tipo de relación, que se han avanzado mutuamente, para esto también se especifica qué tipo de cuna es, como se puede enunciar familia nuclear formada por padre, madre



e hijos; familia monoparental que solo actúa madre o padre e hijos familia reconstituida, explicando a la unión de hijos propios e individuales de padre o madre conviviendo mutuamente; la familia amplia que se convive con personas que no pertenecen al núcleo y una familia extendida se forma de miembros familiares y con otros de línea troncal. Todas estas clases de familia son necesarias reconocer su nivel de disfunción familiar o buena relación entre sí, cuando se realice una investigación o tratamiento del paciente, pues es indispensable tomar en cuenta ya que de aquí depende el tipo de socialización que demuestre entre otras personas (Cuba, Jurado y Romero, 2013, p.16).

La familia constituye un elemento básico de la sociedad es un factor angular del desarrollo social, en la familia es donde cada ser humano aprender a dar un sentido a su existencia, al mismo tiempo va aprendiendo y llevando a cabo virtudes, valores, criterios, principios, normas de convivencia para el desarrollo y un bienestar para una construcción de la sociedad, llena de libertad, respeto, generosidad, aprendidos dentro de núcleo familiar. Dentro de las etapas de la familia existe una donde se agudizan los conflictos es en la adolescencia debido a un alto índice de rebeldía en los jóvenes.

Las personas que padecen insuficiencia renal presentan desencadenantes, comprometiendo en diversos aspectos relacionado con la salud, como el estrés, aislamiento social, así como limitaciones a la posibilidad de locomoción, presentan disminución de las actividades físicas, dependencia y sentimiento de miedo e inseguridad con la relación a la salud y bienestar.

Cabe recalcar que las familias con personas en tratamiento de hemodiálisis juegan un papel muy significativo porque tienen una mayor proporción de días de convivencia, experimentan mayor felicidad y dolor, y afectan la salud de sus familiares. Por lo tanto, la participación en todos los procesos de la enfermedad se considera lo más básico, porque sus actividades diarias y sus emociones cambiarán, e incluso su percepción de la vida y el entorno también cambiará, porque el cuerpo interno congénito cambia la enfermedad.

La familia es el núcleo básico del apoyo, el amor y la comprensión fácilmente disponibles, producirá interferencia positiva, ayudará al paciente, para que no se

sienta solo, además, pueda seguir cuidándolo en casa, proporcionándole una alimentación adecuada, tomando la medicación adecuada y la estabilidad emocional de los familiares (especialmente en los futuros cambios de humor y acompañado de problemas relacionados, como problemas físicos; esta es una consecuencia directa de la enfermedad.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

La presente investigación se elaboró en el Hospital del Seguro Social de Ambato basado en un enfoque cuantitativo y cualitativo. El carácter cuantitativo se evidencia por la utilización de estadísticos, así como instrumentos de recolección de datos, junto con el procedimiento de análisis e interpretación de los datos obtenidos para comprobar las hipótesis establecidas, los reactivos utilizados son la Escala de Hamilton para la Ansiedad y la Escala GENCAT de Calidad de Vida. El enfoque cualitativo de evidencia por la búsqueda de la comprensión de un fenómeno social y el entendimiento del patrón comportamental de la población estudiada.

La modalidad es bibliográfica basándose en fuentes primarias obtenidas por el investigador en la Institución como ingresos y egresos de pacientes, también por medio de fuentes secundarias como libros, tesis, paginas gubernamentales y artículos científicos, libros, revistas, investigaciones, informes, y páginas web con el fin brindar un valor científico al contenido.

Se aplicó una investigación de campo por lo que se realiza el estudio en el lugar y tiempo en que ocurre el fenómeno identificado, la información conseguida es cierta al ser tomada directamente de la población de estudio, valiéndose de la utilización de técnicas como la observación y entrevista. Se obtuvo los datos correspondientes de la población mediante la aplicación de los reactivos psicológicos seleccionados, se tendrá un contacto cercano con la población con la que se realizó la investigación.

#### **Población**

Para el desarrollo de la investigación se tomó la población de pacientes de la Unidad Renal, del Hospital del Seguro Social de Ambato. La población de estudio está distribuida de la siguiente manera 3 mujeres y 27 hombres, la edad esta entre los 25 a 70 años de edad, a modo de resumen se muestra la información en el siguiente cuadro.

**Tabla N° 1.**

*Población Unidad Renal*

<b>Área Nefrología</b>	<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>
Hombres	27	90%
Mujeres	3	10%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Nota: Elaboración Propia

**Gráfico N 1.**

*Población Unidad Renal*



Nota: Elaboración Propia

## **Instrumentos de investigación**

### **Escala para la Ansiedad De Hamilton**

#### **Descripción**

La escala de ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, se dividió el ítem en síntomas somáticos generales en dos en somáticos musculares y somáticos sensoriales quedando en 14, siendo una de las versiones actualmente utilizadas. El fin de este instrumento era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la

ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales como en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia (Terol, Cabrera, y Martín, 2015).

En el instrumento de debe tener un tiempo de administración: 15-30 minutos; considerándose la norma de aplicación que es terapeuta en donde se debe evaluar la conducta que ha tenido la persona durante la entrevista en una escala de 0 (ausencia de síntomas) a 4 (intensidad máxima).

### **Interpretación**

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de screening ni de diagnóstico (Terol, Cabrera, y Martín, 2015).

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

### **Propiedades Psicométricas**

#### **Fiabilidad:**

Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ( $r = 0,74 - 0,96$ ). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ( $r = 0,96$ ) y aceptable estabilidad después de un año es de ( $r = 0,64$ ).

La puntuación total tiene una alta validez concurrente con otras escalas para evaluar la ansiedad, como la The Global Rating of Anxiety ( $r = 0,63-0,73$ ) y la

Escala de Beck ( $r = 0,56$ ). Puede distinguir completamente a los pacientes con ansiedad de los controles sanos (18,9 y 2,4, respectivamente). Tiene una alta correlación con la escala de depresión de Hamilton ( $r = 0,62-0,73$ ). Sensible a los cambios después del tratamiento (Vasquez, 2017)

**Validez:**

La validez interna de la herramienta psicológica indica que posee dos dimensiones: la ansiedad psíquica y somática, en la versión española se validó en 2002, así se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89 (Manjar, Mendieta , Muñoz, Díaz, y Cortés, 2014).

**Escala GENCAT de Calidad de Vida**

La Escala GENCAT, es un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de calidad de vida, En la actualidad, ha sido ampliamente reconocido a nivel internacional y está destinado a ser utilizado como una herramienta de mejora continua de los servicios sociales, con la finalidad de hacer más personalizados los planes de atención y apoyo que realizan y se adaptan a las necesidades actuales y futuras de los usuarios. La herramienta se basa en una metodología rigurosa, es decir, bidireccional, es decir, cuantitativa y cualitativa, y se está desarrollando un proceso detallado, que ha sido utilizado en otros países como modelo para construir una calidad de vida multidimensional centrada en el medio ambiente (Verdugo, Schalock, Gómez y Arias, 2007).

La Escala GENCAT está basada en este modelo multidimensional en el cual existen ocho dimensiones o dominios que cuando se toman en conjunto constituyen el concepto de calidad de vida; se entiende las dimensiones básicas de calidad de vida como “un conjunto de factores que componen el bienestar personal”, y sus indicadores centrales como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona” (Schalock y Verdugo, 2003, p. 34).

## **Normas de corrección e interpretación**

### **Puntuaciones estándar y percentiles de cada dimensión**

Las tablas de baremos para la muestra general, para personas mayores de 50 años, para personas con discapacidad intelectual y el baremo de la muestra para personas con drogodependencias, VIH/SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental. De este modo, en función de los objetivos de la evaluación, podrá utilizarse la tabla correspondiente al colectivo al que pertenezca la persona o la tabla correspondiente a la muestra general (válida para cualquier persona). Así, por ejemplo, cuando se evalúa la calidad de vida de una persona con discapacidad intelectual, el evaluador puede utilizar el baremo para personas con discapacidad intelectual si su objetivo es comparar la posición relativa del individuo con respecto a la muestra de personas con discapacidad. Por el contrario, puede optar por utilizar el baremo para la muestra general si su interés es establecer la posición relativa de la persona con discapacidad intelectual con respecto a la muestra general de usuarios de servicios sociales (que incluye todos los colectivos mencionados anteriormente) (Schalock y Verdugo, 2009).

### **Interpretación**

Para obtener la puntuación directa total en cada dominio se debe sumar las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems que las componen, de este modo, se calculan las puntuaciones directas totales en las ocho dimensiones de calidad de vida. Posterior a eso se utilizara la tabla del baremos los que se puede utilizar son para la muestra general, para personas mayores de 50 años, para personas con discapacidad intelectual, por último, para personas con drogodependencias, VIH/SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental, una vez seleccionado el baremos que se va a ocupar, se señalará la puntuación directa total de cada dominio y así se obtendrá la puntuación estándar que se ubica en el lado izquierdo (anexo 15), y se colora en la hoja de la sumatoria (anexo 14), se sumaran las puntuaciones estándar y se procede a ocupar la hoja de índice de calidad de vida en el cual se señalará el resultado de la sumatoria y se conseguirá el índice de percentil de calidad de vida (anexo 16), ese percentil se marcara en la hoja de perfil el cual será el resultado de la aplicación de la escala donde los resultados se darán por niveles que el nivel bajo esta en el percentil que es igual o

inferior al percentil 25, el nivel medio el percentil se ubica por encima del percentil 25 y por debajo del percentil 75 y por último el alto está en un percentil es igual o superior al percentil 75.

**Tabla N° 2.**

*Interpretación Escala GENCAT de Calidad de Vida*

Nivel de calidad de vida	Percentil
Bajo Nivel de Calidad de Vida	El percentil es igual o inferior al percentil 25.
Medio Nivel de Calidad de Vida	El percentil se ubica por encima del percentil 25 y por debajo del percentil 75.
Alto Nivel de Calidad de Vida	El percentil es igual o superior al percentil 75.

Nota: Material e información extraídos de otra fuente (Manual de Aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de Vida, Verdugo, Arias, Gómez, Schalock (2009)).

**Fiabilidad**

La consistencia interna depende del grado de homogeneidad de los ítems de un test y resulta un índice idóneo en el caso de pruebas que han sido aplicadas una sola vez en este coeficiente de consistencia interna encontrado para el total de la escala fue de 0,916 (Carbó, Guàrdia y Giné, 2015).

**Validez**

Para la validez se tomó en cuenta una muestra representativa de los usuarios de servicios sociales en Cataluña como objeto de comprobar si los datos recogidos reflejaban la estructura de ocho factores del modelo de calidad de vida, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio utilizando como método de estimación. La interpretación de los resultados para determinar si el modelo es correcto se basó en el modelo de Bollen que permite predecir adecuadamente la realidad es decir conduce a diferencias reducidas y aleatorias entre las varianzas observadas e implicadas en el modelo (Carbó, Guàrdia y Giné, 2015).



### **Procedimientos para obtención y análisis de datos**

Como punto de partida se acudió a Hospital del Seguro Social de Ambato para dialogar con el Director del Área de Docencia, para saber si existía la posibilidad de ejecutar el proyecto investigativo en dicha Institución donde se socializó el tema a realizar y los instrumentos que se utilizaran, posteriormente se dio la apertura para la investigación, se realizaron los trámites pertinentes como la entrega del oficio del proyecto de titulación, el plan aprobado por la Decana de la Facultad, se llegó a un acuerdo que se evaluara a 30 personas de la Unidad Renal acordando la fecha y hora que serían aplicados los reactivos, llevando a cabo la evaluación de los test programados, la aplicación de los reactivos establecidos, su respectiva tabulación y finalmente la aplicación del estadístico Chi Cuadrado para la comprobación de la hipótesis, y la entrega del informe final.

## Capítulo III

### Análisis e Interpretación de Datos

#### Diagnóstico de la situación actual

En la presente investigación se pudo evaluar a las personas que presentan una enfermedad renal crónica que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis en el Instituto de Seguridad Social Ambato, con un total de 30 evaluados, entre los cuales forman parte personas de ambos géneros y de distinto rango de edad en los resultados obtenidos, los pacientes en su mayoría presenta una intensidad de ansiedad que va de moderada a grave, y una pequeña parte mantiene una ansiedad leve, por otro lado en los resultados de la Escala GENCAT de calidad de vida presenta en gran parte un nivel bajo.

**Tabla N° 3.**

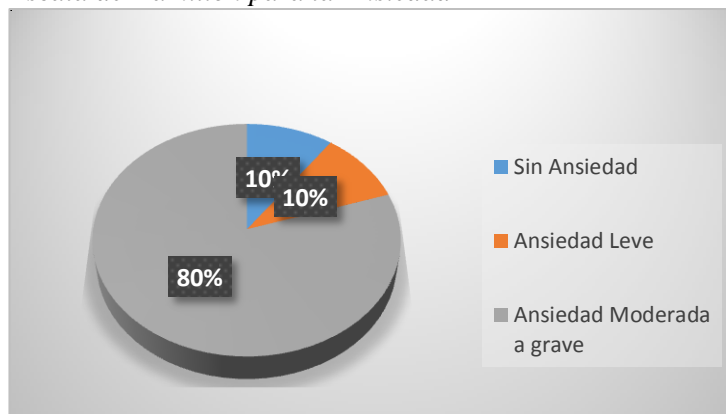
*Escala de Hamilton para la Ansiedad*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Sin Ansiedad	3	10%
Ansiedad Leve	3	10%
Ansiedad Moderada a grave	24	80%
Total	30	100%

Nota: Elaboración Propia

**Gráfico N° 2.**

*Escala de Hamilton para la Ansiedad*



Nota: Elaboración Propia

## **Análisis e Interpretación**

Según los resultados obtenidos de los pacientes del área de nefrología del Hospital de Seguro Social Ambato, se identifica que más de las tres cuartas partes de la población presenta un nivel de ansiedad moderado a grave, mientras que una pequeña parte de la población muestra una ansiedad leve y sin ansiedad.

Se puede observar que la población evaluada, se caracteriza por un nivel de ansiedad que va de moderado a grave, esto quiere decir que sus síntomas tienen una gran intensidad, la persona se centra sólo en las preocupaciones inmediatas, esto implica una disminución del campo de percepción, bloqueo de determinadas áreas, sentimiento desagradable de miedo, caracterizado por tensión o malestar derivado de anticipación de peligro o de algo desconocido, frecuencia cardíaca rápida, respiración acelerada, dificultades para respirar, sensación de irrealidad, pensamientos negativos, humor ansioso, inquietud, aprensión, irritabilidad, muscular, sensación de fatiga y aprensión, insomnio, dificultad para concentrarse, humor deprimido, falta de interés hacia sus actividades, no disfruta de sus pasatiempos, sequedad de la boca.

## **Escala GENCAT de Calidad de Vida**

**Tabla N° 4.**

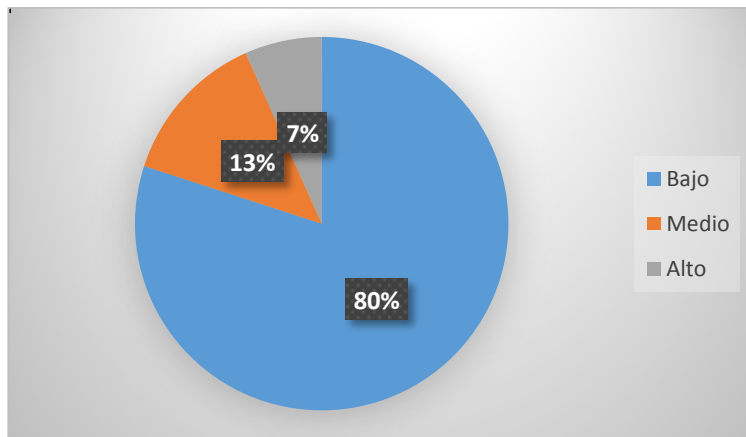
### *Bienestar Emocional*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	24	80%
Medio	4	13%
Alto	2	7%
Total	30	100%

Nota: Elaboración Propia

**Gráfico N° 3.**

*Bienestar Emocional*



Nota: Elaboración Propia

**Análisis e Interpretación**

Según los resultados obtenidos de los pacientes del área de unidad renal del Hospital de Seguro Social Ambato, se identifica que más de las tres cuartas partes de la población presenta un nivel bajo en bienestar emocional, lo que significa a que no puede sentirse tranquilo, seguro, se siente ansioso, existe sentimiento de depresión, estrés. Se evalúa mediante los siguientes indicadores satisfacción, auto concepto y ausencia de estrés o sentimiento negativos, menos de la cuarta parte expone un nivel medio y una séptima parte un nivel alto.

**Tabla N° 5.**

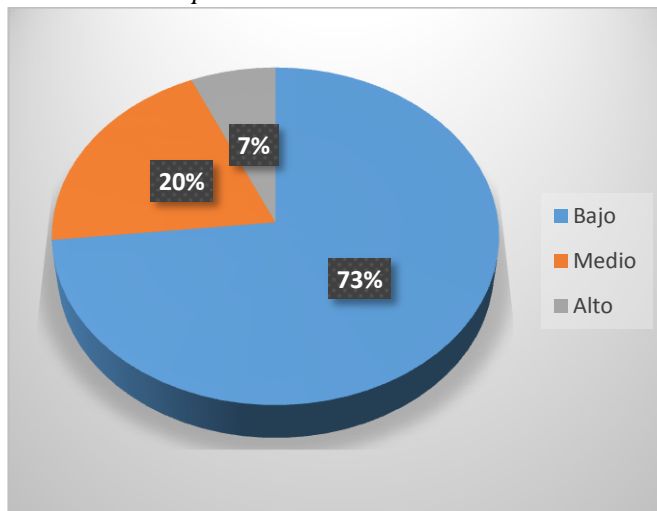
*Relaciones Interpersonales*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	22	73%
Medio	6	20%
Alto	2	7%
Total	30	100%

Nota: Elaboración Propia

**Gráfico N° 4.**

*Relaciones Interpersonales*



*Nota:* Elaboración Propia

### **Análisis e Interpretación**

Según los resultados obtenidos de los pacientes del área de renal del Hospital de Seguro Social Ambato, se identifica que más la mitad de la población presenta un nivel bajo en relaciones interpersonales, lo que significa no interactúa con diferentes personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide mediante los siguientes indicadores relaciones sociales, amigos cercanos, relaciones familiares, conexiones sociales positivas y gratificantes, relaciones interpersonales y concepto de sexo, la veintea parte posee un nivel medio y una séptima parte un nivel alto.

**Tabla N° 6.**

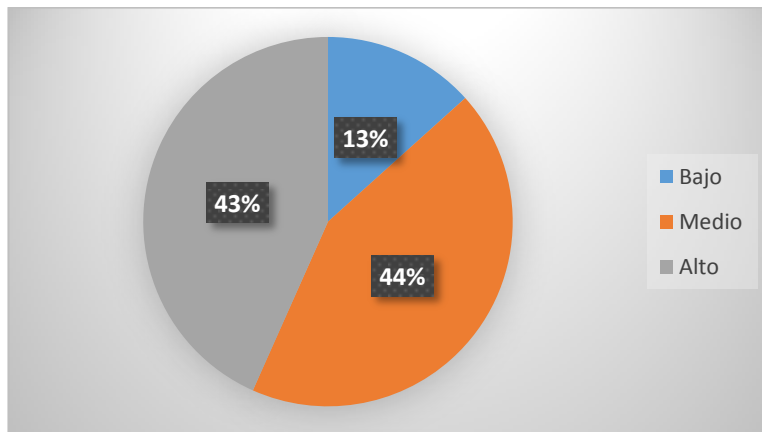
*Bienestar Material*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	4	13%
Medio	13	44%
Alto	13	43%
Total	30	100%

*Nota:* Elaboración Propia

**Gráfico N° 5.**

*Bienestar Material*



Nota: Elaboración Propia

**Análisis e Interpretación**

Según los resultados obtenidos de los pacientes del área de unidad renal del Hospital de Seguro Social Ambato, donde el cuarenta y cuatro por ciento de la población mantiene un nivel medio lo que significa que la persona mantiene una economía donde puede comprar lo que necesita y tiene un lugar de trabajo adecuado. Los indicadores de evaluación incluyen vivienda, lugar de trabajo, salario (jubilación, ingresos), propiedad (bienes materiales), ahorro (o la posibilidad de obtener caprichos), mientras que el cuarenta y tres por ciento tiene un nivel bajo, y un trece por ciento nivel alto.

**Tabla N° 7.**

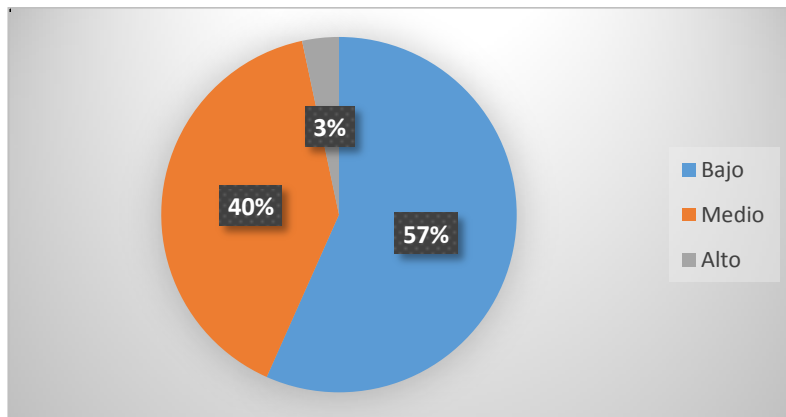
*Desarrollo Personal*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	17	57%
Medio	12	40%
Alto	1	3%
Total	30	100%

Nota: Elaboración Propia

**Gráfico N° 6.**

*Desarrollo Personal*



Nota: Elaboración Propia

**Análisis e Interpretación**

Según los resultados obtenidos de los pacientes del área de unidad renal del Hospital de Seguro Social Ambato, se identifica que más de la mitad de la población presenta un nivel bajo en desarrollo personal, se refiere a la posibilidad de aprender cosas diferentes y poseer conocimientos. Se mide mediante los siguientes indicadores: límite, capacidad, permiso para utilizar nuevos equipos tecnología, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y habilidades funcionales (habilidad personal, comportamiento adaptativo, comunicación). El cuarentava parte de la población tiene un nivel medio y una tercera parte es alta.

**Tabla N° 8.**

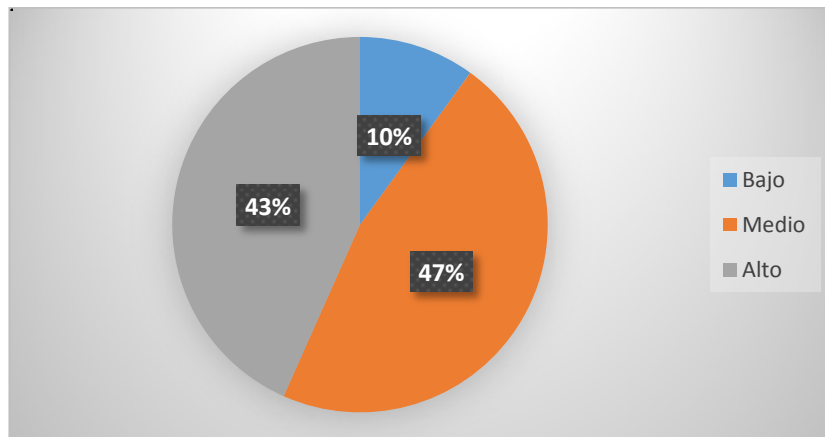
*Bienestar Físico*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	3	10%
Medio	14	47%
Alto	13	43%
Total	30	100%

Nota: Elaboración Propia

**Gráfico N° 7.**

*Bienestar Físico*



Nota: Elaboración Propia

**Análisis e Interpretación**

Según los resultados obtenidos de los pacientes del área de unidad renal del Hospital de Seguro Social Ambato, se identifica que cuarenta y cuatro por ciento población presenta un nivel medio en bienestar físico lo que significa tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación, mientras que el cuarenta y tres por ciento posee un nivel alto y una décima parte un nivel bajo.

**Tabla N° 9.**

*Autodeterminación*

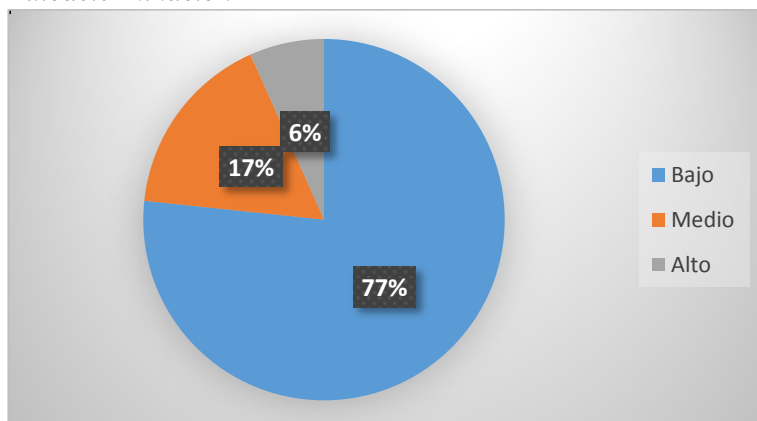
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	23	77%
Medio	5	17%
Alto	2	6%
Total	30	100%

Nota: Elaboración Propia



**Gráfico N° 8.**

*Autodeterminación*



Nota: Elaboración Propia

**Análisis e Interpretación**

Según los resultados obtenidos de los pacientes del área de unidad renal del Hospital de Seguro Social Ambato, se identifica que más de las tres cuartas parte presentan un nivel bajo en autodeterminación lo que significa que no toma sus propias decisiones, la oportunidad de elegir lo que quiere, su vida, trabajo, tiempo libre, residencia y personas que le acompañen. Los indicadores utilizados para la evaluación incluyen metas, preferencias personales, toma de decisiones, autonomía y elección, por otro lado, la diecisieteava parte tiene un nivel medio y la sexta parte un nivel alto.

**Tabla N° 10.**

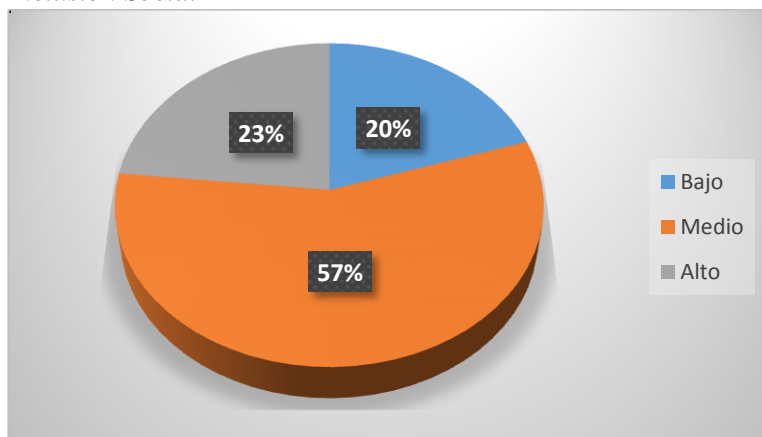
*Inclusión Social*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	6	20%
Medio	17	57%
Alto	7	23%
Total	30	100%

Nota: Elaboración Propia

**Gráfico N° 9.**

*Inclusión Social*



Nota: Elaboración Propia

**Análisis e Interpretación**

Según los resultados obtenidos de los pacientes del área de unidad renal del Hospital de Seguro Social Ambato, se identifica que más de la mitad de la población tiene un nivel medio lo que significa que se siente incluido en lugares donde asisten otras personas, en alguna actividad preferida, sentirse miembro de la sociedad, siéntete armonioso y apoyado otro. Los indicadores que se toman en cuenta es la integración, participación, accesibilidad y apoyo, mientras que una veintea parte de la población mantiene un nivel alto y bajo.

**Tabla N° 11.**

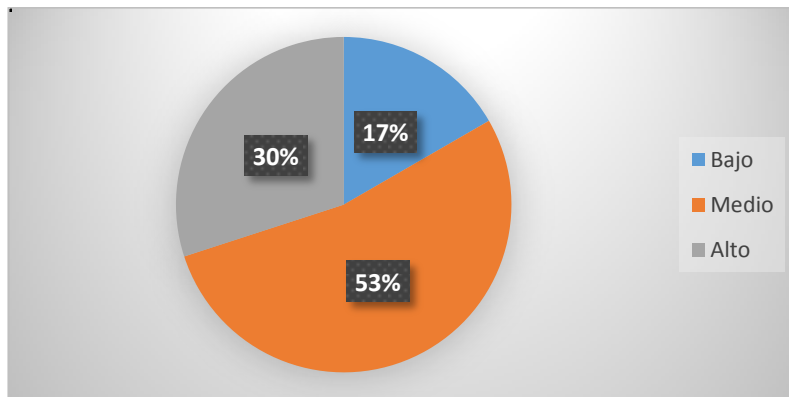
*Derechos*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	5	17%
Medio	16	53%
Alto	9	30%
Total	30	100%

Nota: Elaboración Propia

**Gráfico N°10.**

*Derechos*



Nota: Elaboración Propia

### **Análisis e Interpretación**

Según los resultados obtenidos de los pacientes del área de unidad renal del Hospital de Seguro Social Ambato, se identifica que más de la mitad de la población mantiene un nivel medio en derechos los que significa ser tratado igual que otras personas, existe respeto en sí, opiniones, deseos, privacidad, derechos. Los elementos utilizados para evaluar esta dimensión es privacidad, respeto, ejercicio de conocimientos y derechos, mientras que la treintava parte tiene un nivel alto y la diecisieteava parte es baja.

### **Comprobación de la hipótesis.**

Analizando los datos obtenidos de los dos test, es importante verificar la hipótesis a través del método estadístico Chi-cuadrado; para ello, se determinó una hipótesis alternativa y otra nula, aquello permite corroborar la correlación entre las dos variables.

### **Planteamiento de las hipótesis.**

$H_0$ = La ansiedad influye en la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital de Seguro Social Ambato

$H_1$ = La ansiedad NO influye en la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital de Seguro Social Ambato

Para el desarrollo del estadístico ya manifestado, se emplea la siguiente formulada detallada a continuación.

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dónde:

$x^2$ = Chi cuadrado

$\sum$  =Sumatoria

O= Frecuencias observadas

E= Frecuencias esperadas

**Tabla N° 12.**

*Grados de Libertad*

---

Grado de Libertad: Gl= (n. Filas -1) x (n. Columnas -1)

---

Gl= (3-1) x (3-1)

Gl= (2) x (2)

Gl= 4

---

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 13.**

*Frecuencias Observadas Ansiedad vs Bienestar Emocional*

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	1	1	1	3
Ansiedad leve	1	1	1	3
A. moderada o grave	21	2	1	24

Total	24	4	2	30
-------	----	---	---	----

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 14.**

*Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Bienestar Emocional*

	Bajo	Medio	Alto	Total
Sin ansiedad	2,1	0,4	0,2	3
Ansiedad leve	2,4	0,4	0,2	3
A. moderada o grave	19,2	3,2	1,6	24
Total	24	4	2	30

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 15.**

*Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Bienestar Emocional*

RELACIÓN	VAL. OBS	VAL. ESP	Chi "2
Sin Ansiedad / Bajo	1	2,4	1,81666667
Sin Ansiedad / Medio	1	1,4	1,9
Sin Ansiedad / Alto	1	1,2	3,2
Ansiedad leve / Bajo	1	2,4	0,81666667
Ansiedad leve / Medio	1	1,4	1,9
Ansiedad leve / Alto	1	2,2	3,2
A. Moderada o grave/ Bajo	22	19,2	0,40833333
A. Moderada o grave/ Medio	2	3,2	0,45
A. Moderada o grave/ Alto	0,3	1,3	1,6
Total	30	30	12,2916667

Nota: Elaboración Propia

Nivel de Significancia	0,05
------------------------	------

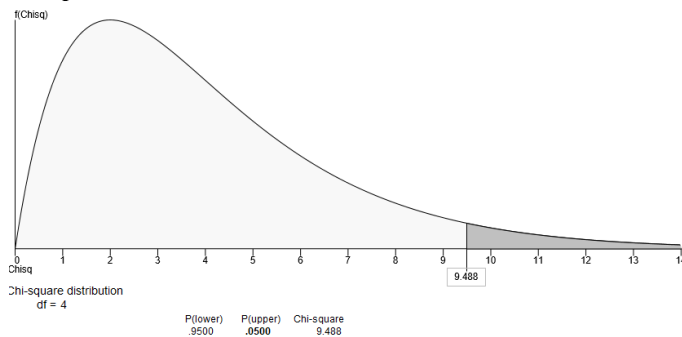
Chi Experimental	12,29
------------------	-------

Grado de Libertad	4
Valor Critico	9,48

Nota: Elaboración Propia

### Grafico N° 11.

#### Campana de Gauss



### Tabla N° 16.

#### Frecuencias Observadas Ansiedad vs Relaciones Interpersonales

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	1	1	1	3
Ansiedad leve	1	1	1	3
A. moderada o grave	20	3	1	24
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>30</b>

Nota: Elaboración Propia

### Tabla N° 17.

#### Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Relaciones Interpersonales

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	2,2	0,6	0,2	3
Ansiedad leve	2,2	0,6	0,2	3
A. moderada o grave	17,6	4,8	1,6	24
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>30</b>

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 18.**

*Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Relaciones Interpersonales*

RELACIÓN	VAL. OBS	VAL. ESP	Chi "2
Sin Ansiedad / Bajo	1	2,2	0,65454545
Sin Ansiedad / Medio	1	0,6	0,26666667
Sin Ansiedad / Alto	1	0,2	3,2
Ansiedad leve / Bajo	1	2,2	0,65454545
Ansiedad leve / Medio	1	0,6	0,26666667
Ansiedad leve / Alto	1	0,2	3,2
A. Moderada o grave/ Bajo	20	17,6	0,32727273
A. Moderada o grave/ Medio	4	4,8	0,13333333
A. Moderada o grave/ Alto	0,3	1,3	1,6
Total	30	30	10,3030303

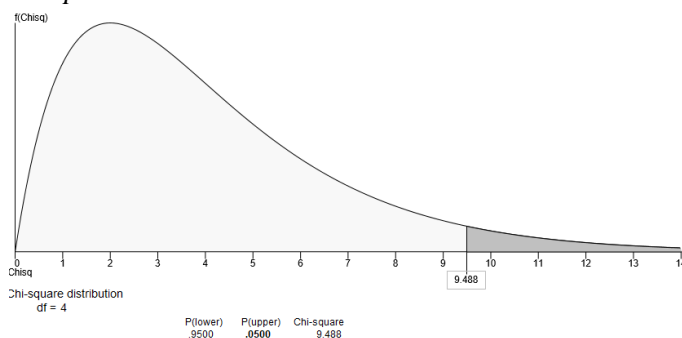
Nota: Elaboración Propia

Nivel de Significancia	0,05
Chi Experimental	10,30
Grado de Libertad	4
Valor Critico	9,48

Nota: Elaboración Propia

**Grafico N° 12.**

*Campana de Gauss*



**Tabla N° 19.***Frecuencias Observadas Ansiedad vs Bienestar Material*

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	1	1	1	3
Ansiedad leve	1	1	1	3
A. moderada o grave	2	11	11	24
Total	4	13	13	30

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 20.***Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Bienestar Material*

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	0,4	1,3	1,3	3
Ansiedad leve	0,4	1,3	1,3	3
A. moderada o grave	3,2	10,4	10,4	24
Total	4	13	13	30

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 21.***Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Bienestar Material*

<b>RELACIÓN</b>	<b>VAL. OBS</b>	<b>VAL. ESP</b>	<b>Chi '2</b>
Sin Ansiedad / Bajo	1	0,4	1,04
Sin Ansiedad / Medio	1	1,3	2,03
Sin Ansiedad / Alto	1	1,3	2,03
Ansiedad leve / Bajo	1	0,4	0,9
Ansiedad leve / Medio	1	1,3	0,06923077
Ansiedad leve / Alto	1	1,3	0,06923077
A. Moderada o grave/ Bajo	2	3,2	0,45



A. Moderada o grave/ Medio	11	10,4	0,03461538
A. Moderada o grave/ Alto	11	10,4	0,03461538
Total	30	30	1,55769231

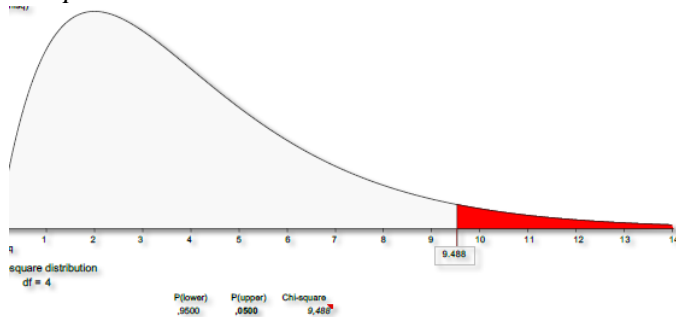
Nota: Elaboración Propia

Nivel de Significancia	0,05
Chi Experimental	1,56
Grado de Libertad	4
Valor Critico	9,48

Nota: Elaboración Propia

### Grafico N° 13.

*Campana de Gauss*



### Tabla N° 22.

*Frecuencias Observadas Ansiedad vs Desarrollo Personal*

	Bajo	Medio	Alto	Total
Sin ansiedad	1	1	1	3
Ansiedad leve	1	1	1	3
A. moderada o grave	15	8	1	24
Total	17	12	1	30

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 23.***Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Desarrollo Personal*

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	1,7	1,2	0,1	3
Ansiedad leve	1,7	1,2	0,1	3
A. moderada o grave	13,6	9,6	0,8	24
Total	17	12	1	30

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 24.***Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Desarrollo Personal*

<b>RELACIÓN</b>	<b>VAL. OBS</b>	<b>VAL. ESP</b>	<b>Chi "2</b>
Sin Ansiedad / Bajo	1	1,7	0,28823529
Sin Ansiedad / Medio	1	1,2	0,03333333
Sin Ansiedad / Alto	1	0,1	8,1
Ansiedad leve / Bajo	1	1,7	0,28823529
Ansiedad leve / Medio	2	1,2	0,53333333
Ansiedad leve / Alto	0,1	0,1	0,2
A. Moderada o grave/ Bajo	15	13,6	0,14411765
A. Moderada o grave/ Medio	9	9,6	0,0375
A. Moderada o grave/ Alto	0,2	0,6	0,8
Total	30	30	10,3247549

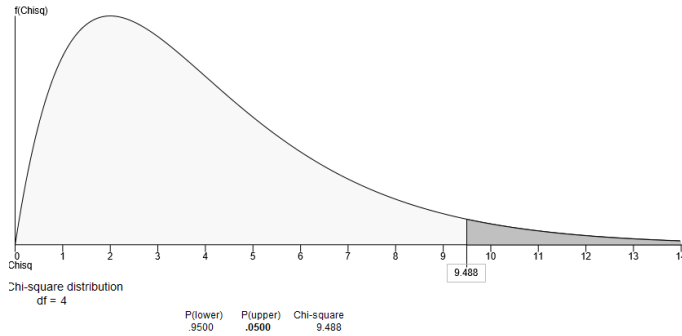
Nota: Elaboración Propia

Nivel de Significancia	0,05
Chi Experimental	10,32
Grado de Libertad	4
Valor Critico	9,48

Nota: Elaboración Propia

**Grafico N° 14.**

*Campana de Gauss*



**Tabla N° 25.**

*Frecuencias Observadas Ansiedad vs Bienestar Físico*

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	1	1	1	3
Ansiedad leve	1	1	1	3
A. moderada o grave	1	12	11	24
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>30</b>

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 26.**

*Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Bienestar Físico*

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	0,3	1,4	1,3	3
Ansiedad leve	0,3	1,4	1,3	3
A. moderada o grave	2,4	11,2	10,4	24
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>30</b>

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 27.**

*Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Bienestar Físico*

<b>RELACIÓN</b>	<b>VAL. OBS</b>	<b>VAL. ESP</b>	<b>Chi "2</b>
Sin Ansiedad / Bajo	1	0,3	1,03
Sin Ansiedad / Medio	1	1,4	2,04
Sin Ansiedad / Alto	1	1,3	2,04
Ansiedad leve / Bajo	1	0,3	1,63333333
Ansiedad leve / Medio	1	1,4	0,11428571
Ansiedad leve / Alto	1	1,3	0,06923077
A. Moderada o grave/ Bajo	1	2,4	0,81666667
A. Moderada o grave/ Medio	12	11,2	0,05714286
A. Moderada o grave/ Alto	11	10,4	0,03461538
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>2,72527473</b>

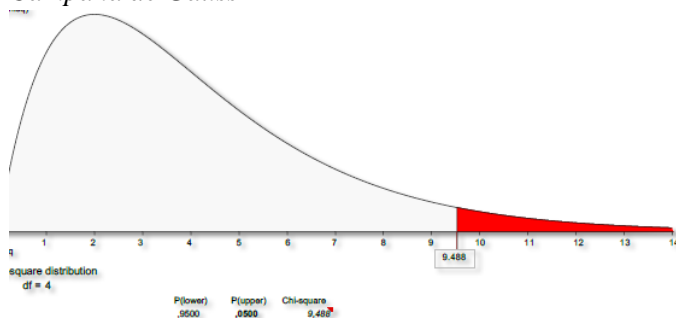
Nota: Elaboración Propia

Nivel de Significancia	0,05
Chi Experimental	2,73
Grado de Libertad	4,
Valor Critico	9,48

Nota: Elaboración Propia

**Grafico 15.**

*Campana de Gauss*



**Tabla N° 28.***Frecuencias Observadas Ansiedad vs Autodeterminación*

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	1	1	1	3
Ansiedad leve	1	1	1	3
A. moderada o grave	20	3	1	24
Total	23	5	2	30

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 29.***Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Autodeterminación*

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	2,3	0,5	0,2	3
Ansiedad leve	2,3	0,5	0,2	3
A. moderada o grave	18,4	4	1,6	24
Total	23	5	2	30

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 30.***Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Autodeterminación*

<b>RELACIÓN</b>	<b>VAL. OBS</b>	<b>VAL. ESP</b>	<b>Chi "2</b>
Sin Ansiedad / Bajo	1	2,3	0,73478261
Sin Ansiedad / Medio	1	0,5	0,5
Sin Ansiedad / Alto	1	0,2	3,2
Ansiedad leve / Bajo	1	2,3	0,73478261
Ansiedad leve / Medio	1	0,5	0,5
Ansiedad leve / Alto	1	0,2	3,2
A. Moderada o grave/ Bajo	21	18,4	0,3673913

A. Moderada o grave/ Medio	3	4	0,25
A. Moderada o grave/ Alto	0,2	1,4	1,6
Total	30	30	11,0869565

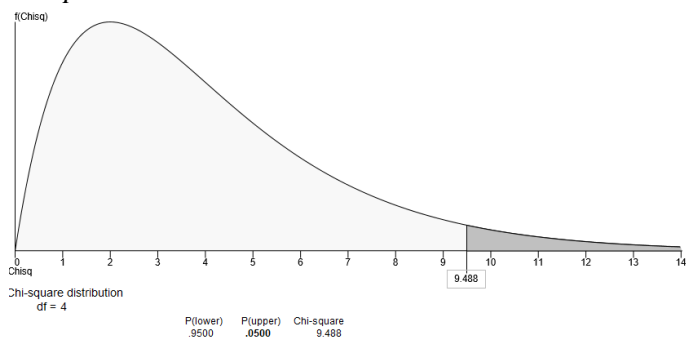
Nota: Elaboración Propia

Nivel de Significancia	0,05
Chi Experimental	11,08
Grado de Libertad	4
Valor Critico	9,48

Nota: Elaboración Propia

### Gráfico N° 16.

#### Campana de Gauss



### Tabla N° 31.

#### Observadas Ansiedad vs Inclusión Social

	Bajo	Medio	Alto	Total
Sin ansiedad	1	1	1	3
Ansiedad leve	1	1	1	3
A. moderada o grave	4	15	5	24
Total	6	17	7	30

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 32.***Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Inclusión Social*

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	0,6	1,7	0,7	3
Ansiedad leve	0,6	1,7	0,7	3
A. moderada o grave	4,8	13,6	5,6	24
Total	6	17	7	30

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 33.***Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Inclusión Social*

<b>RELACIÓN</b>	<b>VAL. OBS</b>	<b>VAL. ESP</b>	<b>Chi "2</b>
Sin Ansiedad / Bajo	1	0,6	1,6
Sin Ansiedad / Medio	1	1,7	2,07
Sin Ansiedad / Alto	1	0,7	2,07
Ansiedad leve / Bajo	1	0,6	0,26666667
Ansiedad leve / Medio	1	1,7	0,28823529
Ansiedad leve / Alto	1	0,7	0,12857143
A. Moderada o grave/ Bajo	4	4,8	0,13333333
A. Moderada o grave/ Medio	15	13,6	0,14411765
A. Moderada o grave/ Alto	5	5,6	0,06428571
Total	30	30	1,02521008

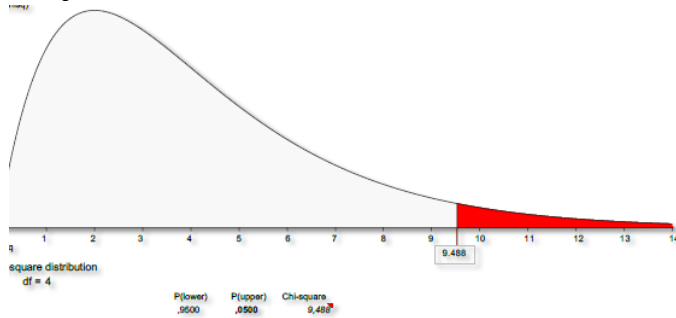
Nota: Elaboración Propia

Nivel de Significancia	0,05
Chi Experimental	1,03
Grado de Libertad	4
Valor Critico	9,48

Nota: Elaboración Propia

**Grafico N° 17.**

*Campana de Gauss*



**Tabla N° 34.**

*Frecuencias Observadas Ansiedad vs Derechos*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	5	17%
Medio	16	53%
Alto	9	30%
Total	30	100%

Nota: Elaboración Propia

**Tabla N° 35.**

*Frecuencias Esperadas Ansiedad vs Derechos*

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	0,5	1,6	0,9	3
Ansiedad leve	0,5	1,6	0,9	3
A. moderada o grave	4	12,8	7,2	24
Total	5	16	9	30

Nota: Elaboración Propia



**Tabla N° 36.**

*Frecuencias Chi Cuadrado Ansiedad vs Derechos*

RELACIÓN	VAL. OBS	VAL. ESP	Chi '2
Sin Ansiedad / Bajo	1	0,5	0,5
Sin Ansiedad / Medio	1	1,6	0,225
Sin Ansiedad / Alto	1	0,9	0,01111111
Ansiedad leve / Bajo	1	0,5	0,5
Ansiedad leve / Medio	1	1,6	0,225
Ansiedad leve / Alto	1	0,9	0,01111111
A. Moderada o grave/ Bajo	3	4	0,25
A. Moderada o grave/ Medio	14	12,8	0,1125
A. Moderada o grave/ Alto	7	7,2	0,00555556
Total	30	30	1,84027778

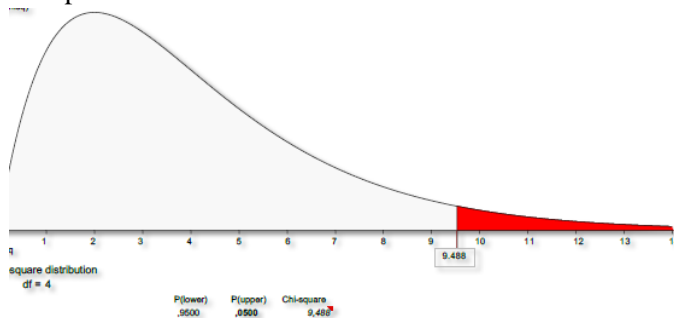
Nota: Elaboración Propia

Nivel de Significancia	0,05
Chi Experimental	1,84
Grado de Libertad	4
Valor Critico	9,48

Nota: Elaboración Propia

**Grafico N° 18.**

Campana de Gauss



**Tabla N° 37.***Correlación de las Variables*

<b>Ansiedad/Calidad de Vida</b>	<b>Valor Critico</b>	<b>Chi Cuadrado</b>	<b>Interpretación</b>
Ansiedad con Bienestar Emocional	9,48	12,29	Variables Relacionadas
Ansiedad con Relaciones Interpersonales	9,48	10,30	Variables Relacionadas
Ansiedad con Bienestar Material	9,48	1,57	Variables Independientes
Ansiedad con Desarrollo Personal	9,48	10,32	Variables Relacionadas
Ansiedad con Bienestar Físico	9,48	2,73	Variables Independientes
Ansiedad con Autodeterminación	9,48	11,08	Variables Relacionadas
Ansiedad con Inclusión Social	9,48	1,03	Variables Independientes
Ansiedad con Derechos	9,48	1,84	Variables Independientes

Nota: Elaboración Propia

**Decisión.**

Si el Chi experimental es mayor al valor crítico se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Existe una relación de las dos variables en cuatro de los ocho dominios de calidad de vida vs ansiedad, mientras que en los otros cuatro dominios no existe una relación, se determina que la ansiedad si influye en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro Social Ambato.

## **Discusión**

Una vez terminada la presente investigación se concluyó que la ansiedad si influye en la calidad de vida en los pacientes con IRC en tratamiento de Hemodiálisis del Seguro Social Ambato, después de la aplicación del Chi cuadrado donde se aceptó la hipótesis alternativa en cuatro de los ocho dominios, esto se determinó mediante la aplicación de reactivos y su respectiva interpretación dando como resultado la relación entre las variables, en los datos obtenidos existe variaciones en los estados emocionales del cómo es la ansiedad afectando en gran parte la vida del paciente y por otra parte también se encontraba la sintomatología propia de la enfermedad en conjunto que perjudica la calidad de vida de la persona influyendo en su condiciones ambientales, satisfacción personal, entorno social, condiciones vitales, aspectos cognitivos, en contraste con la investigación realizada por Álvarez et al. (2014) quien en su investigación que estos pacientes pueden padecer diversas alteraciones emocionales como es la ansiedad y depresión, se asocia a una sintomatología orgánica y por ende a las limitaciones que conlleva una enfermedad crónica y su tratamiento afectando su calidad de vida dentro de la habilidades individuales, adaptación al tratamiento, y pueden llegar a sufrir otras patologías como diabetes e hipertensión arterial, y por ende la insuficiencia renal crónica afecta de una manera significativa la calidad de vida de los pacientes. A su vez García et. al (2014) en su investigación se enfocó en la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica, donde se concluyó en 38 estudios previamente realizados, en 14 estudios se evidencio que la ansiedad en estos pacientes prevalece en un rango de 21% a 35,3%, mientras que en otra publicación se encontró que la ansiedad tiene un porcentaje de 71%, finalmente en ocho de estos estudios menciona que la ansiedad se relaciona directamente con esta enfermedad crónica, dentro de las investigaciones realizadas a diferentes grupos de pacientes con insuficiencia renal crónica se evidencio que la ansiedad influye de una manera considerable en la vida del paciente. Por otra parte, Yaya (2017) en su investigación realizada determina la calidad de vida en persona con consumo de sustancias psicoactivas el propósito es conocer la relación entre la calidad de vida, el tiempo de consumo y el tiempo de duración de los consumidores de sustancias psicoactivas en la comunidad de tratamiento, donde el estudio concluyo que la calidad de vida de la población es

mala, porque los niños y adolescentes empiezan demasiado temprano el consumo de sustancias psicoactiva la población más consumidora es en adolescentes, que provienen de familiares consumidores, viven en la calle, no tienen familia lo que representan el 88,4% de la población total.

## Capítulo IV

### Conclusiones y Recomendaciones

#### Conclusiones

1. Se concluye que la ansiedad influye en la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro Social Ambato (Tabla N. 35) para determinar la influencia de las variables estudiadas se utilizó el estadístico Chi Cuadrado, donde se acepta la hipótesis alternativa en cuatro dominios que son el bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal y autodeterminación, mientras que en bienestar material, bienestar físico, inclusión social, derechos se acepta la hipótesis nula.
2. Se estableció que más de la mitad de la población presenta una ansiedad que va de moderada a grave (Gráfico N. 2) y por otra parte, un bajo porcentaje de la población tiene un nivel leve y sin ansiedad, se concluye que los niveles de ansiedad son significativos en los pacientes, se relacionan directamente con los tratamientos de la insuficiencia renal, ya que al ser una enfermedad crónica, en cada etapa de tratamiento se presentarán diferentes niveles de ansiedad asociados a los resultados del nivel de disfunción y dependencia que cada paciente requiera.
3. Se determinó que los pacientes del área de unidad renal del Hospital del Seguro Social Ambato tienen una calidad de vida baja que se relaciona con el bienestar emocional, desarrollo personal, relaciones interpersonales, autodeterminación, bienestar psicológico y físico esto afecta su vida cotidiana generando un malestar significativo para el paciente.

## Recomendaciones

1. Tomando en cuenta que existe una influencia entre la ansiedad y la calidad de vida, se recomienda aumentar nuevas investigaciones sobre las dos variables en una población más amplia, a fin de obtener un conocimiento más específico sobre estos pacientes
2. Identificando que dentro de la población existe una ansiedad moderada a grave en más de la mitad, mientras que el resto constituye una ansiedad leve, es de gran importancia trabajar en el afrontamiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, abordar otros problemas psicológicos, mejorar el apoyo familiar, trabajar sobre los diferentes miedos que se presentan durante el proceso de hemodiálisis.
3. Se propone considerar la calidad de vida física, psicológica, social y medio ambiente en el plan de tratamiento terapéutico, preparando a los pacientes para poseer herramientas y conocimientos necesarios para adaptarse con facilidad a su entorno en el que se encuentran.
4. Realizar sesiones permitiendo implantar la comprensión acerca del manejo de la ansiedad y de esa forma disminuir esta problemática, y llegar a obtener una mejora en la calidad de vida.
5. Considerando que la presente investigación se aceptó la hipótesis alternativa en cuatro dominios, en los cuales manifiesta que la ansiedad influye en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, se llegó a la conclusión que la propuesta debe estar enfocada en la ansiedad por medio de sesiones para poder tener una mejora en la calidad de vida de la población investigada.

## Capítulo V

### Propuesta

#### TEMA

Intervención Cognitivo Conductual para disminuir la ansiedad en los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis.

#### Datos Informativos

**Institución:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ambato

**Ubicación:** Av. Rodrigo Pachano

**Provincia:** Tungurahua

**Cantón:** Ambato

**Parroquia:** Atocha

#### JUSTIFICACIÓN

La presente propuesta se fundamenta en los resultados obtenidos en la investigación sobre la ansiedad en los pacientes que acuden al área de unidad renal, tomando en cuenta la necesidad de disminuir y prevenir de modo integral la ansiedad en todas sus fases. Es importante implementar el presente conjunto con sesiones que a corto y mediano plazo pretenden potencializar. Es un tema de suma importancia para ayudar a las personas a mejorar su calidad de vida de manera significativa con el objetivo de así desarrollarse estrategias de prevención de la ansiedad, es novedoso porque se destaca el hecho de que no se han realizado talleres para manejar la ansiedad relacionada con la calidad de vida.

Resulta factible porque se cuenta con la información adecuada, la apertura a la institución, contando con los espacios y tiempo necesario.

Existen varios beneficiarios, en primer lugar y de manera directa los pacientes del área de unidad renal, y por otra parte la institución, se tiene la expectativa que estos talleres se mejore la calidad de vida y se pueda prevenir de manera eficaz la ansiedad, esto ayudara que los beneficiarios tengan un conocimiento más amplio de este trastorno.

Para la ejecución de las sesiones planificadas se usó la corriente cognitiva conductual es el tratamiento más efectivo cuando se trata de cambiar

pensamientos distorsionados sobre uno mismo que presentan los pacientes padecen enfermedades crónicas. Holguín et al., 2016 menciona que se puede enfocar en el desarrollo de habilidades prácticas les permite cumplir con actitudes y comportamientos que asocian positivamente al paciente con todo el proceso de tratamiento, de manera que puedan reconocer situaciones que producen emociones negativas y controlar la mejora de los síntomas en la vida a través de su manejo. Por tanto, todas las terapias implicarán la modificación de valoraciones personales, lo que ayudará a cambiar el proceso de respuesta (emoción y / o comportamiento), especialmente para la terapia cognitivo-conductual. Esta es la más eficaz estrategia de intervención en el control de los efectos psicológicos de las enfermedades crónicas. Pues estos mismos autores señalaron que se enfoca en enfrentar situaciones problemáticas para cambiar sus pensamientos y los estilos de afrontamiento, porque el destino de esta enfermedad, a largo plazo no se puede cambiar para lograr un tratamiento integral para los pacientes con insuficiencia renal crónica, es necesario considerar de manera integral los factores específicos de comprensión de los problemas psicológicos de los pacientes con enfermedad renal, y combinar una excelente atención médica y psicológica. Los aspectos del problema es biopsicosocial (emoción, función cognitiva) el comportamiento (no asiste al tratamiento). Finalmente, este tipo de intervención es tipo de comportamiento cognitivo, basado en la interrelación entre pensamientos, comportamientos y sentimientos humanos. Por tanto, es necesario que los pacientes reconozcan los pensamientos y comportamientos que afectan sus emociones y aprendan a controlar mejor sus sentimientos relacionados con la enfermedad (IRC) y el tratamiento.

La terapia cognitivo-conductual es un modelo de tratamiento para diversos trastornos mentales, su principio de funcionamiento es ayudar a los pacientes a cambiar sus pensamientos, emociones, comportamientos y disfunciones físicas para adaptarse a otras enfermedades más adaptativas para resolver sus problemas. Como sugiere su nombre, esto se deriva de la combinación de dos grandes teorías psicológicas. El modelo consiste en un conjunto de intervenciones que se ponen en práctica tras una valoración detallada de las características biopsicosociales del



paciente, teniendo en cuenta la aprobación, compromiso y colaboración de la persona y sus familiares (Puerto y Padilla, 2011).

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Diseñar sesiones de intervención psicológica basados en la corriente cognitiva conductual que permita disminuir la ansiedad.

### **OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Planificar actividades para el desarrollo de sesiones que disminuyan la ansiedad en los pacientes.
- Aplicar técnicas cognitivo conductuales para disminuir los niveles de ansiedad.
- Valorar la eficacia de las sesiones a través de los testimonios personales

## **ESTRUCTURACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA**

Después de haber visualizado el problema de los pacientes se realizó una serie de sesiones que permitan disminuir la ansiedad y puedan manejar de mejor manera las situaciones que se les presenten en su entorno y así puedan gozar con plenitud un bienestar psicológico y emocional. Las actividades propuestas se realizaron de forma colectiva fomentándoles el trabajo en equipo, recalando que cuando el individuo se sienta bien sea más productivo, creativo y social siendo capaz de relacionarse de una mejor manera.

Cabe mencionar que la propuesta consta de nueve reuniones, cada sesión tiene una duración de 60 minutos, el objetivo es proponer temas que cumplan con las metas establecidas y realizar actividades que sean beneficiosas para los pacientes, alentándolos a trabajar con su ansiedad, reduciendo así la ansiedad.

Estas sesiones permitirán a los pacientes vivir diferentes experiencias, promoviendo así su aprendizaje y crecimiento, lo que ayudará a su desarrollo personal en cada tema. Cada sesión tiene una temática diferente y se desarrollará a través de discusiones grupales y ejercicios individuales con el apoyo de materiales didácticos, además se proporcionarán materiales audiovisuales, que derivarán en

planes y presentaciones para la superación de problemas relacionados con la ansiedad.

## **ARGUMENTACIÓN TEÓRICA**

### **La Corriente Cognitivo Conductual**

En la actualidad la ansiedad es un trastorno más común en la población, y es de aplicación universal a personas de cualquier edad. Alrededor del 80% de la población ha experimentado trastornos de ansiedad en diversas situaciones en algún momento de su vida, psicóloga Desirée (2018) llevo a cabo una técnica de para relajación el cuerpo y la mente mediante la implementación de técnicas de respiración profunda y constante, que pueden ayudar a oxigenar y renovar las células humanas, y tienen la capacidad de actuar sobre el cuerpo humano de manera similar a los ansiolíticos, cambiando rápidamente los estados de ánimo.

Hayes (2018) mencionó que la terapia de aceptación y confianza es un desarrollo del conductismo radical, que conduce a la reducción de la ansiedad y la evitación experimental, mostrando una mejora en las acciones prometidas.

De igual manera, Luciano (2016) mencionó que recibir terapia es una especie de intervención psicológica para pacientes con ansiedad, no luchando contra emociones, pensamientos, recuerdos y disgustos, sino aceptando de tal manera que una persona esté dispuesta a sentir cada momento.

De acuerdo con la investigación de Díaz (2019), desarrollo una técnica de exposición para fobias, trastornos de ansiedad y situaciones de control de impulsos, se basa en que el paciente se enfrente a un estímulo de miedo o al productor de ansiedad hasta que los síntomas se reduzcan o se eliminen. Aprende a manejar la conducta, y al mismo tiempo reconstruye el proceso de pensamiento a nivel cognitivo, para que te sientas incómodo ante los estímulos o situaciones anteriores. Habitualmente, se establece una jerarquía de estímulos de miedo entre el paciente y el terapeuta para que este último pueda ser abordado y expuesto a ellos paulatinamente.

A partir de estos resultados, se puede ver que las intervenciones que utilizan métodos cognitivo-conductuales han mostrado efectividad para reducir el nivel de ansiedad de los sujetos del estudio. Los principales autores del modelo son Albert Ellis y Aarón Beck. Ambos creen que la cognición afecta el comportamiento individual. Han desarrollado intervenciones terapéuticas dirigidas a cambiar a las personas. , Su forma de pensar o su forma de pensar para mejorar a las personas. Respecto a sus emociones y comportamientos en respuesta a diferentes estímulos del entorno (Esquivel, 2016).

El supuesto básico de la terapia cognitivo-conductual es la interdependencia o interrelación entre pensamientos, sentimientos, comportamientos o acciones, que los representa. (Álvarez, Escoffie, Rosado y Sosa, 2016). Por otro lado, Baker desarrolló su terapia cognitiva a partir de la interpretación que entendió en su experiencia clínica, la cual se centró en el reconocimiento y corrección de conductas disfuncionales, aberraciones cognitivas relacionadas con eventos específicos y desajustes relacionados con la depresión (Barradas, 2014). El autor insiste en que la depresión se manifiesta por tres percepciones negativas: como individuo (soy un inútil, su experiencia y las vivencias de los demás), es muy pesimista sobre el futuro (nunca superaré esto, nunca seré feliz); (McCloure y Friedberg, 2014).

## CRONOGRAMA Y PLANIFICACIÓN

Tabla N° 37. Cronograma y Planificación

CRONOGRAMA Y PLANIFICACIÓN													
Sesión	Tema	Objetivo	Técnica de Rapport	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Presentación	Lograr que la población participe en programa de intervención; determinados y comprometidos en la asistencia y colaboración de las actividades propuestas.	Dinámica “Canciones del Recuerdo”										
2	Sobre mi Enfermedad.	Realizar una psico educación sobre su enfermedad crónica y la relación existente con los aspectos psicológicos y sociales que impactan la calidad de vida del paciente.	Dinámica “Las virtudes de mis compañeros”										
3	A relajar mi cuerpo	Lograr una relajación interna y autorregulación de funciones orgánicas	Dinámica “La tarjeta”										
4	Respirar y lograr tranquilidad.	Educar sobre como las emociones se asocian a situaciones que pueden generar tensión, estrés y ansiedad, se entrenara con la técnica de control emocional que es la respiración	Dinámica “Toca, Toca”										

		abdominal.																	
5	¿Que afecta a mi salud?	Identificar los pensamientos negativos y auto enunciados correctos e incorrectos que afecta su enfermedad generando una desadaptación.	Dinámica “Manualidades”																
6	Eliminar mis pensamientos negativos para optimizar mi estado de ánimo.	Trasformar los pensamientos negativos ya identificados.	Dinámica “Rompecabezas”																
7	Una solución a mis problemas	Educar a los pacientes en técnicas de resolución de problemas que se dirige a la solución de las diferentes dificultades al momento del inicio del tratamiento.	Dinámica “Mejorar mi memoria”																
8	A que llamo una distorsión.	Identificar las distorsiones cognitivas asociadas	Dinámica “Ponle nombre a la canción”																

9	Retroalimentación.	Verificar el aprendizaje de los pacientes	Dinámica "Sigo, Sigo"																	
---	--------------------	---	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nora: Elaboración Propia

## SESIÓN 1

**Tema:** Presentación.

✓ **Objetivo:** Presentar a los pacientes el programa de intervención, la finalidad que tiene y la importancia de su participación.

✓ **Dinámica:** Dinámica “Canciones del recuerdo”

Tema: Canciones del Recuerdo

Objetivo: Integración de los participantes al grupo.

Tiempo de duración: 20 minutos.

Materiales: Un espacio amplio, tarjetas o cartulinas, esferas, canciones y grabadora.

Cada participante recibirá una tarjeta y luego escuchará una canción. Después de terminar, deben escribir tres o cuatro palabras para expresar sus sentimientos, recuerdos y pensamientos. Luego discutirán en un grupo grande. Es importante elegir una canción de cinco a seis canciones apropiadas para la edad de la banda para mejorar su memoria de emociones positivas y momentos importantes en sus vidas. Normalmente, las canciones que se utilizan habitualmente en este tipo de actividades harán que los participantes revivan anécdotas muy interesantes e interesantes sobre su tiempo libre.

✓ **Alcance:** Lograr que la población participe en programa de intervención; determinados y comprometidos en la asistencia y colaboración de las actividades propuestas.

✓ **Técnica:** Presentar diapositivas con los diferentes tópicos a tratar, los beneficios que tendrán para sí mismos, de la misma manera se llevara a cabo la presentación de la investigadora.

✓ **Material:** Presentación de diapositivas, trípticos informativos que contengan la información de la presentación.

✓ **Tarea:** Asistir con puntualidad al programa.

✓ **Tiempo de la sesión:** 60 minutos.

## SESIÓN 2

**Tema:** Sobre mi Enfermedad.

- ✓ **Objetivo:** Realizar una psico educación sobre su enfermedad crónica y la relación existente con los aspectos psicológicos y sociales que impactan la calidad de vida del paciente.
- ✓ **Dinámica:** Las virtudes de mis compañeros  
Tema: Las virtudes de mis compañeros  
Objetivo: Ideales para la aceptación del yo, descubrir cualidades y sentir aprecio, amor y confianza.  
Tiempo de duración: 15 minutos  
Materiales: tarjetas o cartulinas, esferos  

Para esta dinámica, los participantes deben conocerse entre sí. Todos forman un círculo y todos reciben una tarjeta o cartulina en la que escribirán su nombre. Posterior a eso se les dirá que piensen en las cualidades y habilidades que pueden tener sus compañeros. Después de escribir el nombre, cada participante entrega su tarjeta a la persona de la derecha, quien debe escribir la cualidad de la persona cuyo nombre aparece en la tarjeta, estas personas se moverán en el círculo hasta llegar al mismo dueño.
- ✓ **Alcance:** Tener un dominio de elementos teóricos, los pacientes podrán comentar sus experiencias de la enfermedad y como ha cambiado su estilo de vida. Como lo menciona Beck, J (2000) es muy importante que el profesional logre que el proceso de la terapia sea claro tanto para él como para el paciente.
- ✓ **Técnica:** Psico educar sobre los aspectos biopsicosociales de la enfermedad y el tratamiento, presentando técnicas básicas para un correcto manejo del estado de ánimo y las respuestas de ansiedad que surgen al recibir el tratamiento de Hemodialisis, debido a que los problemas de salud de la persona no se consideran algo simple a nivel físico, si no que van a estar asociados con el punto de vista psicológico, donde se incluye la conducta, comportamiento, emociones los mismo que interceptan en la calidad de vida.
- ✓ **Material requerido:** Presentación de diapositivas, dominio teórico
- ✓ **Tarea para casa:** Asistir puntualmente
- ✓ **Tiempo de la sesión:** 60 minutos.



### SESIÓN 3

**Tema:** A relajar mi cuerpo

✓ **Objetivo:** Lograr una relajación interna y autorregulación de funciones orgánicas

✓ **Dinámica:** La tarjeta

Tema: La tarjeta

Objetivo: Favorecen la conexión de los participantes, es ideal para fomentar amistad y generar auto confianza.

Tiempo de duración: 15 minutos

Materiales: tarjetas o cartulinas, cinta adhesiva y esferos.

Para esta dinámica es necesario distribuir una tarjeta y cinta a cada paciente para que puedan completar su nombre, actividad favorita, música favorita, comida favorita y otra información, finalmente se pegarán a su pecho y pasarán las alas del compañero. Lea lo que han escrito y disfrútelo con personas con gustos similares.

✓ **Alcance:** Que los pacientes aprendan a utilizar la relajación en el momento que comienza el tratamiento.

✓ **Técnica:** Para comenzar con la técnica de relajación es importante que se la realice en lugar tranquilo, agradable, la posición del paciente debe ser con la que se sienta cómoda sentarse en una silla cómoda o recostarse boca arriba, también se puede realizar en un taburete o banco sin respaldo, en esta modalidad usaremos la posición descrita por Schultz, a la que él denomina la "posición del conductor" debe mantener los ojos cerrados, esta técnica sirve para que la persona que la realice descansa, es muy útil para disminuir el dolor y regular su organismo. La postura inicial debe ser cómoda para "Se caracteriza por el hecho de que las personas puedan descansar.

Los pacientes deben seguir al investigador repitiendo:

1. "Mi brazo derecho está muy pesado" (repetir la frase 6 veces)
2. "Estoy tranquilo" (repetir la frase 1 vez)
3. "El brazo derecho está caliente" (repetir la frase 6 veces)
4. "Estoy tranquilo" (repetir la frase 1 vez)

5. “Mi pulso es tranquilo y regular” (repetir la frase 6 veces)
6. “Estoy tranquilo” (repetir la frase 1 vez)
7. “Mi respiración es tranquila” (repetir la frase 6 veces)
8. “Estoy respirando” (repetir la frase 1 vez)
9. “Estoy tranquilo” (repetir la frase 6 veces)
10. “Estoy tranquilo” (repetir la frase 1 vez)
11. “Estoy tranquilo” (repetir la frase 6 veces)
12. “Mi frente está agradablemente fresca” (repetir la frase 1 vez)
13. “Estoy tranquilo” (repetir la frase 6 veces)

Al momento de que se termine la relajación debe ser de una manera lenta para evitar posibles mareos e inconvenientes en los participantes.

- ✓ **Material didáctico:** Música de relajación, grabadora.
- ✓ **Tarea para casa:** Practicar el ejercicio en casa.
- ✓ **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

## SESIÓN 4

**Tema:** Respirar y lograr tranquilidad.

- ✓ **Objetivo:** Educar sobre como las emociones se asocian a situaciones que pueden generar tensión, estrés y ansiedad, se entrenara con la técnica de control emocional que es la respiración diafragmática.
- ✓ **Dinámica:** Toca, Toca

Tema: “Toca, Toca”

Objetivo: Favorecer la memoria

Tiempo de duración: 20 minutos

Para empezar con la dinámica primero se distribuirá un objeto a cada participante. Ellos se sentarán en círculo con los ojos rodeados por un pañuelo. Deberán elegir uno de los objetos. Deben tocarlos, percibirlos y recordar su forma y textura. luego volverán a poner el artículo en la bolsa, y luego el participante se quitará el pañuelo de los ojos y buscará el objeto que ha tocado antes, y cuando el participante crea que lo ha encontrado, no lo verá ni lo sentirá,

tome Sacarlo de la bolsa y mostrarlo a la gente, para que todos los presentes puedan hacerlo.

- ✓ **Logro:** Que los pacientes aprendan la respiración abdominal y emplee la forma adecuada de hacerlo al momento de sentirse ansioso en el momento de que empiece el tratamiento.
- ✓ **Técnica:** Respiración diafragmática realizar en un lugar cómodo, libre de ruido, los pasos son los siguientes:
  - Sentarse (o acostarse, si lo desea) y relajar los hombros, para que puedan recostarse sin tensión.
  - Colocar una mano en el abdomen y la otra en el pecho.
  - Inhalar por la nariz durante dos segundos y sentir el aire moverse y expandirse hacia el abdomen. Las costillas inferiores se mueven hacia afuera, aunque el estómago debe elevarse por encima del pecho.
  - Presione suavemente el abdomen para fruncir los labios (como si fuera a soplar una vela) y expulsar el aire durante unos segundos.
  - La exhalación no requiere ningún trabajo muscular porque los pulmones son "flexibles", por lo que cuando el diafragma deja de contraerse, volver a su posición de reposo.
  - Repetir este proceso durante un minuto para aumentar el tiempo para dominar la técnica.
- ✓ **Material requerido:** Grabadora, música de relajación.
- ✓ **Tarea para casa:** Practicar el ejercicio en casa.
- ✓ **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

## SESIÓN 5

**Tema:** ¿Que afecta a mi salud?

- ✓ **Objetivo:** Identificar los pensamiento negativos y auto enunciados correctos e incorrectos que afecta su enfermedad generando una desadaptación.
- ✓ **Dinámica:** Manualidades

Tema: Manualidades

Objetivo: Estimular las capacidades sensoriales, mentales y motrices

Tiempo de duración: 20 minutos

Materiales: Pinturas, hojas, cartulinas, papelografos, imágenes, lápices, colores, esferos, plastilina, marcadores, papel cometa.

En las actividades a realizar puede estar las siguientes:

**Pintura.** - los participantes elegirán la manera de pintar más acorde con sus gustos y preferencias.

**Dibujo.**- Podemos utilizar colores, pintura, marcadores, el participante podrá dibujar lo que le guste, por lo que será dibujos libres.

**Modelaje.** - En este caso utilizaremos plastilina de colores. Esta técnica artística despierta muchas habilidades escondidas.

**Collage.** - Consiste en cortar y encolado papeles sobre una superficie para dar forma a lo que le participante desee y posteriormente a eso se puede pintar.

- ✓ **Alcance:** Lograr que los pacientes evaluados identifiquen los pensamientos de polaridad positiva y negativa que interfieren en su correcto control emocional.
- ✓ **Técnica:** Educar a los pacientes sobre la exploración y auto monitoreo de pensamientos, las imágenes que pueden asociarse a la enfermedad, para lograr esto se usará los auto registros.

Con la ayuda de auto registros se busca que los pacientes tengan la idea de que los auto-enunciados negativos al igual que los pensamientos negativos pueden influenciar en la persona causando un malestar emocional y afectar su salud mental. Así como lo señala Cormier (200), la reestructuración cognitiva tiene un propósito de iniciar con un auto monitoreo de eventos que tiene el fin de mostrar a la persona la inutilidad de los pensamientos negativos y cómo estos destruyen metas, objetivos.

La investigadora a cargo explicara a cada paciente que debe reconocer sus pensamientos negativos y relacionarlos con sus emociones y su conducta desde el punto de vista emocional, esto ocurre cuando se logre conocer en qué momento específico se produce los auto enunciados y los pensamientos negativos.

El auto registro de Ellis incluye desencadenantes. Cognición; consecuencias emocionales y conductuales; evaluación cognitiva durante el tratamiento; y efectos cognitivos, emocionales y conductuales de la evaluación.

El auto registro de Clark incluye seis columnas además de la fecha: (1). la situación que provocó las emociones desagradables, lo que se está haciendo o lo que generalmente se considera; (2), las emociones vividas y su intensidad, (3), pensamientos específicos antes que emociones; un método alternativo es preguntar también sobre los pensamientos que exacerban las emociones y el grado de creencia en ellos durante el tratamiento, (4), pensamientos alternativos y grado de creencia en ellos, creer en el tipo y alcance de los pensamientos negativos iniciales y las emociones posteriores, (5), acciones tomadas o por tomar (la última columna se puede fusionar con la columna anterior) (Arturo Bados y Eugeni García , 2010).

- ✓ **Material requerido:** Hojas de auto registro.
- ✓ **Tarea para casa:** En el auto registro describir situaciones en las cuales se observen eventos, pensamientos y emociones asociadas.

Este punto es importante ya que es una forma de establecer si el paciente posee de auto enunciados positivos o negativos y los pensamientos negativos, los cuales serán anotados en el auto registro cada día al terminar sus actividades diarias.

- ✓ **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

## SESIÓN 6

**Tema:** Eliminar mis pensamientos negativos para optimizar mi estado de ánimo.

- ✓ **Objetivo:** Trasformar los pensamientos negativos ya identificados.
- ✓ **Dinámica:** Rompecabezas

Tema: Rompecabezas

Objetivo: Mejorar su habilidad en concentración.

Tiempo: 20 minutos

Material: Rompecabezas

Los rompecabezas es una de las mejores dinámicas para adultos mayores, ya que pueden mejorar su habilidad para concentrarse, además de la observación y evaluación de las funciones cognitivas como es la memoria y la

atención, en este juego se mostrará la imagen completa que tiene que ir formando, se les entregara las piezas y una tabla donde deberán ir colocando las piezas en una posición que llegue a su imagen original.

- ✓ **Alcance:** Una vez identificados los pensamientos negativos, debatir y reestructurar esos pensamientos que les afectan emocionalmente al inicio del tratamiento.
- ✓ **Técnica:** La reestructuración cognitiva es una técnica de la terapia cognitivo-conductual, que tiene como objetivo que el paciente reconozca los pensamientos negativos que le puedan molestar, y sea capaz de cambiarlos a través de pensamientos positivos, ayudándole así a afrontar posibles problemas. La reconstrucción cognitiva es la más utilizada debido a su efectividad. A través esta técnica, se puede cambiar la forma de pensar y explicar las cosas para apoyar los objetivos determinados en el tratamiento, varias veces, gran parte de las dificultades que encuentran los pacientes en las consultas de psicoterapia están relacionados con la imposibilidad de encontrar explicaciones alternativas a lo que está sucediendo, pero sus pensamientos conducen a callejones sin salida, ansiedad, tristeza, existen seis pasos dentro de esta técnica:
  1. Explicación, propósitos y revisión del procedimiento.
  2. Identificación de los pensamientos del paciente durante las situaciones problemáticas.
  3. Introducción y práctica de los pensamientos de manejo.
  4. Sustitución de los pensamientos auto-punitivos por pensamientos de manejo.
  5. Introducción y práctica de auto-enunciados positivos o reforzantes.
  6. Tareas para casa y seguimiento.

- El moderador de las sesiones pedirá a los participantes que recuerden tres situaciones en las que se utilizan creencias personales negativas y sus respectivas consecuencias emocionales o conductuales.

-A continuación, se pedirá a los participantes que recuerden y anoten tres situaciones en las que se enfrentaron con éxito a una situación difícil.

-Se les preguntó cómo sería diferente la primera situación si pensarán en los rasgos que posee cada persona de manera positiva.

-Se les pedirá que vuelvan a escribir la primera situación, pero esta vez usando afirmaciones afirmativas, describiendo la forma en que los resultados o reacciones han cambiado mientras tanto.

-Finalmente, se requiere que los participantes recuerden estas fuertes cualidades que cada persona tiene cuando encuentra dificultades para poder cambiar su forma de pensar.

- ✓ **Material didáctico:** Registros de pensamiento
- ✓ **Tarea para casa:** Registro de pensamiento donde estén incluidos pensamientos alternativos.
- ✓ **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

## SESIÓN 7

**Tema:** Una solución a mis problemas

- ✓ **Objetivo:** Educar a los pacientes en técnicas de resolución de problemas que se dirige a la solución de las diferentes dificultades al momento del inicio del tratamiento.
- ✓ **Dinámica:** Mejorar mi memoria  
Tema: Mejorar mi memoria  
Objetivo: Conservar la lucidez, mejorar el razonamiento y las habilidades cognitivas  
Tiempo: 15 minutos  
Materiales: Naipes  
Primero, coloque las cartas boca abajo en filas y columnas. Los participantes levantarán una carta y luego otra carta hasta encontrar el par de cada carta. Cuando levanten la carta en lugar de ese par, deberán Colocarla boca abajo nuevamente.
- ✓ **Alcance:** Lograr que los pacientes reduzcan la sintomatología que perturba su estado del ánimo.
- ✓ **Técnica:** La terapia de solución de problemas es una intervención cognitiva conductual esta diseña para incrementar la habilidad de una persona para solucionar sus problemas, esto quiere decir que puede afrontar las experiencias estresantes de su vida y conseguir de esta manera identificar y

poner en marcha opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes (Ruiz, Díaz, Villalobos, 2012)

En el proceso de solución de problemas las personas tratan de identificar soluciones más eficaces para los problemas de su vida cotidiana utilizando y generando una serie de actitudes, destrezas y habilidades.

El modelo (A) Brinda la oportunidad de iniciar un comportamiento de resolución de problemas (B), que afectará las consecuencias personales y sociales (C), este modelo también asume la interacción entre los problemas diarios y las habilidades de resolución de problemas. Por un lado, los problemas pueden tener un impacto negativo en la capacidad para resolver problemas, por otro lado, las capacidades ineficaces de resolución de problemas pueden conducir al desarrollo de problemas diarios más complejos. El modelo ABC es una teoría propuesta por el psicoterapeuta cognitivo Albert Ellis (2010), que intenta explicar por qué las personas experimentan el mismo evento, pero pueden reaccionar de manera diferente según sus creencias. Estas creencias son un pilar fundamental a la hora de comprender cómo una persona ve el mundo y cómo decide afrontar las necesidades de la vida diaria (Camacho, 2003).

- ✓ Acontecimiento Activador.- En el modelo, un evento de activación se entiende como un fenómeno individual, o un fenómeno que él mismo ha provocado, que lleva a la activación de una serie de pensamientos y comportamientos problemáticos.
- ✓ Sistema de creencias.- Esta parte incluye pensamientos, recuerdos, suposiciones, inferencias, imágenes, normas, valores, actitudes, patrones y otros aspectos que dan forma a la forma en que se perciben las amenazas y oportunidades. Por lo general, estos pensamientos se generan automáticamente, atravesando la mente como un rayo, controlándolos inconscientemente.
- ✓ Consecuencias.- Como último eslabón de la cadena A-B-C, obtenemos la consecuencia C, incluidas las consecuencias emocionales y conductuales ("consecuencias"). Éstas son la respuesta del individuo a un evento de activación y están reguladas por su propio sistema de creencias.



Con base en los componentes explicados anteriormente, el modelo cree que ante el hecho de que no existe una amenaza objetiva, los trastornos psicológicos estarán formados por formas de pensar inadecuadas y disfuncionales. Los pensamientos irracionales son relativamente normales y comunes. Todos tenemos opiniones negativas sobre ciertos aspectos de nosotros mismos. El problema es que esto limita enormemente nuestra forma de vida y nos priva de nuestra felicidad. En la mayoría de los casos, las creencias irracionales extremas pueden llevar al desarrollo de un estado de ánimo bajo, como depresión y ansiedad. A su vez, estas enfermedades se mantienen debido a la propia forma de pensar de las personas (Camacho, 2003).

- ✓ **Material didáctico:** Presentación
- ✓ **Tarea para casa:** El paciente deberá identificar en qué momento y que situaciones le generan problemas y piensa que no hay solución.
- ✓ **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

## SESIÓN 8

**Tema:** A que llamo una distorsión.

- ✓ **Objetivos:** Identificar las distorsiones cognitivas asociadas
- ✓ **Dinámica:** Ponle nombre a la canción

Tema: Ponle nombre a la canción

Objetivo: Mejorar la memoria y concertación

Tiempo: 15 minutos

Materiales: Grabadora y músicas.

Para iniciar con la dinámica es importante poner canciones que sean del recuerdo de los pacientes, ya que recordaran su juventud y sus canciones de moda en ese tiempo, se basa en poner la canción que los pacientes la canten, recuerden épocas bonitas de su juventud, experiencias, al terminar de escuchar la canción podrán decir cuál es el nombre y que momento importantes en su vida le recuerdan y como en su juventud luchaban por seguir adelante con su vida y ahora con su condición médica no puede dejarse vencer.

- ✓ **Alcance:** Lograr que los pacientes conozcan las distorsiones más comunes en su enfermedad.
- ✓ **Técnica:** Explicar las distorsiones latentes en su condición médica y la técnica cognitiva conductual de las tres columnas.

- La sobregeneralización. - este es un tipo de pensamiento que se caracteriza por sacar una conclusión general que viene a partir de un acontecimiento que hay sucedido en su entorno inconscientemente se crea una filosofía que suele ser poco adaptativa para la persona, por otra parte este pensamiento se usa con mucha frecuencia provocando emociones disfuncionales como es la tristeza, rabia, sentimientos de inferioridad, esto induce que la persona se sienta incomoda consigo misma y con su medio que le rodea, normalmente piensa que todo está mal, que cualquier actividad que realice va a salir mal y que cada vez se cierre más en su idea de negatividad.
- El pensamiento polarizado, blanco o negro. - la realidad en la que percibe es de una manera polarizada y extremista esto quiere decir o es maravillosa, fuerte o muy desagradable, débil. Es una forma una realidad en que todo es bueno o malo, es un modo de atribuir un valor que es extremo y así causa una forma más alta de sufrimiento
- El negativismo. - esta distorsión se refiere al hecho de negar ciertas situaciones por la que un individuo está pasando, es un pensamiento irracional donde una persona no acepta una situación adversaria, la cual genera algún tipo de dolor,

La técnica de las tres columnas tiene como objetivo refutar los pensamientos ilógicos que aparecen involuntariamente cuando ocurren acontecimientos negativos y reemplazarlos con pensamientos racionales, para esto se divide una hoja en tres columnas.

- Primero, escribir los pensamientos en los que se pensaba cuando aparecieron las emociones negativas. Puede ser difícil de identificar al principio, pero a medida que se desarrolle la práctica, se hará más obvio, no se puede escribir reacciones emocionales, sino pensamientos que provocan emociones.
- En la segunda columna, utilizando la lista de distorsiones cognitivas, se empareja errores en esta forma de pensar.
- Finalmente, en la tercera columna, se refuta esto desde un punto de vista racional y realista. Esta técnica debe hacerse siempre por escrito, no

mentalmente, porque la escritura hará a la persona más objetiva y más fácil de reconocer errores mentales (Echeverría, 2017).

- ✓ **Material didáctico:** Presentación
- ✓ **Tarea para casa:** Practicar la parada del pensamiento.
- ✓ **Tiempo de la sesión:** 50 minutos.

## SESIÓN 9

**Tema:** Retroalimentación.

- ✓ **Objetivo:** Verificar el aprendizaje de los pacientes
- ✓ **Dinámica:** Sigo, Sigo

Tema: Sigo, Sigo

Objetivo: Optimizar la memoria

Tiempo: 15 minutos

Para esta dinámica será en el medio del tratamiento, porque el paciente se sentará en su asiento, el primer participante dirá una palabra, el siguiente participante dirá otra palabra, la cual es completada por el paciente anterior. Sus palabras comienzan con las letras, y así seguirán hasta que todos participen.

- ✓ **Logro:** Que los pacientes pongan en práctica lo explicado en el programa.
- ✓ **Técnica:** Al finalizar las sesiones se dará retroalimentación a todos los participantes, debido a la estabilidad de los conocimientos adquiridos, se les preguntará a los pacientes sobre sus conocimientos y su aplicación en la vida diaria.

Se realizará una nueva aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton para ver cómo se encuentra su estado emocional, para conocer el estado emocional en el que está el paciente después de la intervención de las sesiones de la terapia cognitivo conductual y además de eso como funcionó la práctica de la técnica de relajación.

- ✓ **Material didáctico:** Escala de Ansiedad de Hamilton.
- ✓ **Tiempo de la sesión:** 60 minutos.

## Bibliografía

- Alvarez, G. P. (2014). Prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes en hemodiálisis. *Scielo*.
- Arturo Bados y Eugeni García . (15 de Abril de 2010). *La tecnica de la reestructuracion cognitiva*. Obtenido de Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona: [https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=partner-pub-3317167162609756:3134777453&q=http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%25C3%25B3n.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwjFmrz9-sjuAhViuVkKHa0tAlwQFjAAegQIABAC&usg=AOvVaw0W5DN-W\\_](https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=partner-pub-3317167162609756:3134777453&q=http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%25C3%25B3n.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwjFmrz9-sjuAhViuVkKHa0tAlwQFjAAegQIABAC&usg=AOvVaw0W5DN-W_)
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington, VA.: Asociación Americana de Psiquiatría. Obtenido de <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>
- Ballesteros , F., & Labrador, F. (2018). Análisis de las tecnicas psicológicas utilizadas en el trastorno de fobia social en un centro sanitario de psicología. *Clínica y Salud*, 29(2), 71-80. doi:10.5093/clysa2018a11
- Barnhill, J. W. (Abril de 2020). *Manual Msd*. Obtenido de Manual Msd: <https://www.msdmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/agorafobia>
- Barnhill, J. (2018). *Agorafobia*. Weill Cornell Medical College and New York Presbyterian Hospital. Nwe York: Manual MSD. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/agorafobia>
- Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., Calisto, N., & Navarro, S. (2019). Ansiedad y vida cotidiana como blancos farmacológicos en Uruguay. *Psicología y Sociedades*, 1-16. doi:10.1590/1807-0310/2019v311176766

- Bimanis, J., & Medina, T. (2015). Calidad de vida del paciente hemolítico desde la mirada del pensamiento Complejo de Edgar Morin. *Salus*, 19, 11-15. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375943551003.pdf>
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Obtenido de El ABC de la Terapia Cognitiva: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Carbó, M., Guárdia, O., & Giné, J. (2015). Propiedad psicométricas de las versión española de la Escala de resultados personales. *International Journal Of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 236-252. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33741175007.pdf>
- Cardona, J., & Higuera, L. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003)
- Castellanos, P. (2015). *Ansiedad y depresión en las interrelaciones de pareja*. Quito: Universidad Católica del Ecuador.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad*. USA: Desclee de Brouwer.
- Cpsi, S. V. (06 de 09 de 2017). *Scribd*. Obtenido de Scribd: <https://es.scribd.com/document/358187971/Manual-Escala-de-Ansiedad-de-Hamilton>
- Echeverría, S. (Mayo de 2017). *Universidad de Especialidades Espíritu Santo*. Obtenido de <http://repositorio.uees.edu.ec/bitstream/123456789/2326/1/ECHEVERRIA%20SAMANTHA%20PAPER.pdf>.
- Elia, J. (2019). *Trastorno de ansiedad por separación*. Manual Merck. Obtenido de <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/trastorno-de-ansiedad-por-separaci%C3%B3n>

- Flores Vega, C. (2016). *Nivel de Ansiedad asociada a la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos de medicina*. Arequipa-Perú: Universidad Nacional de San Agustín. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3460/MDflvece.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lopera , J. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud exclusion de la subejtividad. *Ciencia y salud colectiva*, 25(2). Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n2/693-702/>
- Manjar, M., Mendieta , D., Muñoz, M., Díaz, A., & Cortés, J. (2014). Cañidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Mental*, 37(6), 509-516. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n6/v37n6a9.pdf>
- Medicina, F. d. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Scielo*, 10.
- Mercer y Sardy. (20 de Marzo de 2018). Obtenido de PRESENTA MERCER LA EDICIÓN NÚMERO 20 DE CALIDAD DE VIDA INTERNACIONAL: <https://www.latam.mercer.com/newsroom/2018-calidad-de-vida-internacional.html>
- Montagud, N. (2020). *Las 3 teorías biológicas de la ansiedad más importantes*. Barcelona-España: Psicología y Mente. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/clinica/teorias-biologicas-ansiedad>
- Mora, M. (2013). Ciencia y Psicología. Universidad de Madrid, 65-89.
- Puerto y Padilla. (Julio de 2011). Obtenido de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) Como tratamiento para la depresion: Una revision del estado de arte: <file:///C:/Users/Pablo/AppData/Local/Temp/Dialnet-TerapiaCognitivaConductualTCCComoTratamientoParaLa-3903329-1.pdf>
- Roemer y Orsillo,. (2014). La Ansiedad . *Scielo*.
- Ruiz, Díaz, Villalobos. (2012). *Manual de Tecnicas de Intervencion Cognitiva Conductual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Roca, E. (2015). El trastoro de pánico y su tratamiento: terapia Cognitivo focal en formato de grupo. *Colegiados*, 1-22. Obtenido de

<https://www.cop.es/colegiados/PV00520/articulo%20webs%202,%203,%205.pdf>

Samaniego, D. (2018). *Terapia de grupo orientada cognitiva conductualmente sobre la ansiedad-estado de docentes de la Región de Panamá oeste*. Panamá: Universidad de Panamá.

Sandoval, G. (2018). *Ansiedad en estudiantes de tercer grado de educación primaria de la Institución educativa N° 110 "República de Panamá" de Lima metropolitana*. Lima- Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Obtenido de <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2494/TRAB.SUF.PROF.Grecia%20Lucero%20Sandoval%20Mech%20a1n.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Silvia, V. (06 de 09 de 2017). *Scribd*. Obtenido de Manual Escala de Ansiedad de Hamilton: <https://es.scribd.com/document/358187971/Manual-Escala-de-Ansiedad-de-Hamilton>

Terol, C., Cabrera, V., & Martín, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503. doi:10.6018/analesps.31.2.172701

Tortella, M. (2014). Los trastorno de Ansiedad en el DSM-5. *C. Med. Psicosom*, 62-69. Obtenido de <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-LosTrastornosDeAnsiedadEnElDSM5-4803018.pdf>

Unit, T. E. (21 de Agosto de 2015). *Centro de Investigacion en Politica Publica*. Obtenido de <https://imco.org.mx/indice-global-de-calidad-de-vida-2015-via-the-economist/>

Vasquez, S. (06 de 09 de 2017). *Manual Escala de Ansiedad de Hamilton*. Obtenido de Scribd: <https://es.scribd.com/document/358187971/Manual-Escala-de-Ansiedad-de-Hamilton>

Verdugo, Schalock, Arias, Gómez y Urrés. (2013). *Calidad de Vida*. Obtenido de *Calidad de Vida* : [https://www.researchgate.net/profile/Miguel\\_Verdugo/publication/283211086\\_Calidad\\_de\\_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432ec3/Calidad-de-Vida.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432ec3/Calidad-de-Vida.pdf)

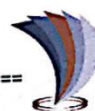
- Verdugo, Arias, Gómez, Schalock . (2009). *Escala de Vida Gencat*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya.
- Vinueza, M. (Febrero de 2016). *NIVELES DE ANSIEDAD Y ASERTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO PARTICULAR BAUTISTA*. Obtenido de UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO:  
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/20313/2/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Vinueza, M. (2016). *Niveles de ansiedad y asertividad en los estudiantes del Colegio Particular Bautista*. Ambato-Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de  
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/20313/2/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Yaya, C. E. (2017). *RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA, TIEMPO DE CONSUMO Y TIEMPO DE PERMANENCIA DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE LIMA*. Obtenido de Repositorio Universidad Peruana Cayetano Heredia: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/971>



## Anexos

### Anexo N° 1

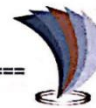
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMERICA



Facultad de Ciencias  
Humanas y de la Salud

OFIC 0202/ FCHS/2019  
Ambato, 19 de agosto de 2019

Dr.  
William Robles  
**DIRECTOR IESS**  
Pres



OFIC 0056/ FCHS/2019  
Ambato, 07 de octubre del 2019

Señorita  
Silva Cortez María Augusta  
**ESTUDIANTE FCHS**  
Presente.-

De mi consideración.-

Permítame ser la portadora de un saludo cordial y afectuoso, en representación de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica, por el presente me permito comunicar que su trabajo de titulación modalidad Proyecto de Investigación con el tema **“LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL DE AMBATO”**, de acuerdo a la **RESOLUCIÓN N°.UTI-CA-SO-07-007-2019** aprobado el **04 de septiembre del 2019**, ha sido autorizado para su ejecución, que deberá ser presentado para su disertación, siendo asignado como tutor a la Mg. Renato Betancourt.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente,  
  
Dra. Norma Escobar  
**DECANA FCHS**



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: La ansiedad y su influencia en la calidad de vida en los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro Social  
 INSTRUMENTO A VALIDAR: Escala de Hamilton para la Ansiedad

OBJETIVO GENERAL: Identificar la influencia de la ansiedad en la calidad de vida en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro Social  
 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1 Establecer el nivel de ansiedad que tienen los pacientes con IRC en hemodiálisis
- 2 Determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes con IRC en hemodiálisis
- 3 Establecer una propuesta al problema identificado

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION METODOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento SI  NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Gisela Llerena  
 PROFESION: Psicóloga Clínico  
 OCUPACION: Psicóloga Clínica  
 FIRMA DEL EVALUADOR: [Firma manuscrita]  
 FECHA: 2019 - 07 - 18

HOSPITAL GENERAL AMBATO  
 [Firma manuscrita]  
 GISELA LLERENA  
 PSICÓLOGA CLÍNICA  
 CI: 1804974937

Anexo N. 4



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: La ansiedad y su influencia en la calidad de vida en los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro Social  
 INSTRUMENTO A VALIDAR: GENCAT - Escala de Calidad de Vida

OBJETIVO GENERAL: Identificar la influencia de la ansiedad en la calidad de vida en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro S.  
 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1 Establecer el nivel de ansiedad que tienen los pacientes con IRC en hemodiálisis
- 2 Determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes con IRC en hemodiálisis
- 3 Establecer una propuesta a la problemática identificada

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION METODOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento SI  NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Gineh Blexano  
 PROFESION: Psicóloga Clínica  
 OCUPACION: Psicólogo Clínico

FIRMA DEL EVALUADOR: [Firma manuscrita]

FECHA: 2019-07-18

HOSPITAL GENERAL AMBIATO  
 Psic. Gineh Blexano  
 PSICÓLOGA CLÍNICA  
 C.I. 1804974937



Anexo N. 5

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: La ansiedad y su influencia en la calidad de vida en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro Social  
 INSTRUMENTO A VALIDAR: Escala de Hamilton para la Ansiedad

OBJETIVO GENERAL: Identificar la influencia de la ansiedad en la calidad de vida en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro Social  
 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1 Establecer el nivel de ansiedad que tienen los pacientes con IRC en hemodiálisis
- 2 Determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes con IRC en hemodiálisis
- 3 Establecer una propuesta a la problemática identificada

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION METODOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento SI  NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Ana Moya  
 PROFESION: Psicóloga Clínica  
 OCUPACION: Psicóloga Clínica

FIRMA DEL EVALUADOR:   
 FECHA: 2019-07-18

HOSPITAL GENERAL AMRATO  
  
 Dra. Ana Cristina Moya C.  
 PSICÓLOGA CLÍNICA  
 C.I. 1804026746

Anexo N.º 6



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: La ansiedad y su influencia en la calidad de vida en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro Social  
 INSTRUMENTO A VALIDAR: GENCBT. Escala de Calidad de Vida

OBJETIVO GENERAL: Identificar la influencia de la ansiedad en la calidad de vida en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro Social.  
 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1 Establecer el nivel de ansiedad que tienen los pacientes con IRC en hemodiálisis
- 2 Determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes con IRC en hemodiálisis
- 3 Establecer un puente a la problemática identificada

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION METODOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento SI  NO


DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Ana Mapei  
 PROFESION: Psicóloga Clínica  
 OCUPACION: Psicóloga Clínica

FIRMA DEL EVALUADOR: Ana Mapei

FECHA: 2019-02-18

HOSPITAL GENERAL AMBATO  
  
 Dra Ana Cristina Moya  
 PSICÓLOGA CLÍNICA  
 C.I. 1804026746



Anexo N. 7



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: La ansiedad y su influencia de la calidad de vida en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro Social

INSTRUMENTO A VALIDAR: G-NCAT Escala de Calidad de Vida

OBJETIVO GENERAL: Identificar la influencia de la ansiedad en la calidad de vida en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro S.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 Establecer el nivel de ansiedad que tienen los pacientes con IRC en hemodiálisis
- 2 Determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes con IRC en hemodiálisis
- 3

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION METODOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIGENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento

SI  NO

DATOS DEL EVALUADOR

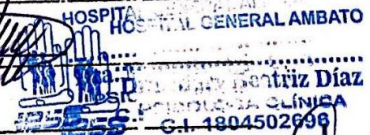
NOMBRE Mary Díaz

PROFESIÓN Psicóloga Clínica

OCUPACION Psicóloga Clínica

FIRMA DEL EVALUADOR 

FECHA: 18/07/2019







FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL PROYECTO: La ansiedad y su influencia de la calidad de vida en  
pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro Social  
 INSTRUMENTO A VALIDAR: Escala de Hamilton para la ansiedad

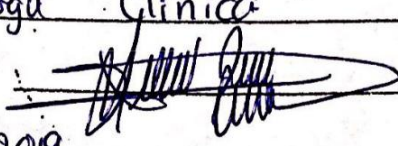
OBJETIVO GENERAL: Identificar la influencia de la ansiedad en la calidad de  
vida en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis del Hospital del Seguro Social.  
 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 Establecer el nivel de ansiedad que tienen los pacientes con IRC en hemodiálisis
- 2 Determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes con IRC en hemodiálisis
- 3

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACION METODOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento SI  NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: Mary Díaz  
 PROFESIÓN: Psicóloga Clínica  
 OCUPACIÓN: Psicóloga Clínica  
 FIRMA DEL EVALUADOR:   
 FECHA: 18/07/2019

HOSPITAL GENERAL DE CAROLINA  
 Dr. Mary Beatriz Díaz  
 PSICÓLOGA CLÍNICA  
 C.I. 180450-3



## Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquiétude, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

## GENCAT. Escala de Calidad de vida

### Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					
<p><b>ITEM 15:</b> si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.  <b>ITEM 17:</b> tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

Anexo N° 11

## GENCAT. Escala de Calidad de vida

<b>BIENESTAR MATERIAL</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					
ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.					

<b>DESARROLLO PERSONAL</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					
ITEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.					

## GENCAT. Escala de Calidad de vida

<b>BIENESTAR FÍSICO</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

**Puntuación directa TOTAL** \_\_\_\_\_

**ITEM 36:** si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.  
**ITEM 39:** se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.  
**ITEM 40:** si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.  
**ITEM 41:** si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

<b>AUTODETERMINACIÓN</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1

**Puntuación directa TOTAL** \_\_\_\_\_

**ITEMS 43, 44 y 50:** en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

### GENCAT. Escala de Calidad de vida

<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

<b>DERECHOS</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

## GENCAT. Escala de Calidad de vida

<p><b>Número de identificación:</b>  <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></p> <p><b>Nombre y apellidos</b>  <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></p> <p><b>Informante</b>  <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></p> <p><b>Fecha de aplicación</b>  <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></p>	<p><b>Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT</b>                      1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones                      2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles                      3. Introducir el Índice de Calidad de vida</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="width: 25%;">Dimensiones de Calidad de vida</th> <th style="width: 25%;">Puntuaciones directas totales</th> <th style="width: 25%;">Puntuaciones estándar</th> <th style="width: 25%;">Percentiles de las dimensiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Bienestar emocional</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Relaciones interpersonales</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bienestar material</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Desarrollo personal</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bienestar físico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Autodeterminación</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Inclusión social</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Derechos</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">Puntuación estándar TOTAL (suma)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"><b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b> (Puntuación estándar compuesta)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">Percentil del Índice de Calidad de vida</p>	Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones	Bienestar emocional				Relaciones interpersonales				Bienestar material				Desarrollo personal				Bienestar físico				Autodeterminación				Inclusión social				Derechos			
Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones																																		
Bienestar emocional																																					
Relaciones interpersonales																																					
Bienestar material																																					
Desarrollo personal																																					
Bienestar físico																																					
Autodeterminación																																					
Inclusión social																																					
Derechos																																					

<b>Sección 1b. Perfil de Calidad de vida</b>										
Rodee la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida. Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.										
Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>130	99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85
80									112-113	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									108-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65
60									104-105	60
55									102-103	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45									98-99	45
40									96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25
20									86-88	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	79-83	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	68-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1

## Anexo N° 15

Baremo para la muestra general

Puntuación estándar	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Percentil
20									>99
19		40							>99
18		39							>99
17		38		32			32		99
16		36-37		31			31		98
15	31-32	35		29-30		35-36	29-30		95
14	30	33-34		27-28	32	33-34	28		91
13	28-29	32	32	26	31	30-32	27	40	84
12	26-27	30-31	31	24-25	30	28-29	25-26	38-39	75
11	25	28-29	30	23	29	26-27	24	37	63
10	23-24	27	29	21-22	28	23-25	23	36	50
9	21-22	25-26	28	20	27	21-22	22	34-35	37
8	20	24	27	18-19	26	19-20	20-21	33	25
7	18-19	22-23	26	17	25	17-18	19	32	16
6	16-17	20-21	25	15-16	24	14-16	18	30-31	9
5	15	19	24	13-14	23	12-13	16-17	29	5
4	13-14	17-18	23	12	22	10-11	15	28	2
3	12	16	22	10-11	21	9	14	26-27	1
2	10-11	14-15	21	9	20		13	25	<1
1	8-9	10-13	8-20	8	8-19		8-12	10-24	<1

## Anexo N° 16

### Índice de Calidad de Vida

Total (suma de las PE)	ICV (PE compuesta)	Percentil	Total (suma de las PE)	ICV (PE compuesta)	Percentil	Total (suma de las PE)	ICV (PE compuesta)	Percentil
120	138	>99	88	107	69	57	78	8
119	137	>99	87	107	67	56	78	7
118	135	>99	86	106	65	55	77	6
117	135	99	85	105	62	54	76	5
116	134	99	84	104	60	53	75	5
115	133	99	83	103	57	52	74	4
114	132	98	82	102	55	51	73	4
113	131	98	81	101	53	50	72	3
112	130	98	80	100	50	49	71	3
111	129	97	79	99	48	48	70	2
110	128	97	78	98	45	47	69	2
109	127	97	77	97	43	46	68	2
108	126	96	76	96	40	45	67	1
107	125	95	75	95	38	44	66	1
106	124	95	74	94	35	43	65	1
105	123	94	73	93	33	42	64	1
104	122	93	72	92	31	41	63	1
103	122	93	71	92	29	40	62	1
102	121	92	70	91	27	39	61	1
101	120	91	69	90	25	38	60	<1
100	119	89	68	89	23	37	60	<1
99	118	88	67	88	21	36	59	<1
98	117	87	66	87	19	35	58	<1
97	116	86	65	86	17	34	57	<1
96	115	84	64	85	16	33	57	<1
95	114	83	63	84	14	32	56	<1
94	113	81	62	83	13	31	56	<1
93	112	79	61	82	12	30	55	<1
92	111	77	60	81	11	29	54	<1
91	110	75	59	80	9	28	53	<1
90	109	73	58	79	8	27	52	<1
89	108	71						