

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR QUE UTILIZAN LOS
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE RECIBIERON
TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS DURANTE EL MES DE SETIEMBRE DE
2015 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado en Psicología Clínica para optar al grado y título de Especialista en
Psicología Clínica

CANDIDATA

LICDA. NICOLE ANDREA MARÍN HERNÁNDEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica

2016

DEDICATORIA

A Dios que me concedió el don de la vida, y le da sentido a mi existir, me demuestra su infinito amor con cada amanecer

A mi familia pilar fundamental en mi vida, me ha visto crecer, gracias a ellos por hacer de mí mejor ser humano y por inspirarme a utilizar la palabra como vehículo de esperanza para aquellos que más lo necesitan.

A mi esposo, por ser mi fiel aliado y cómplice en toda esta aventura, porque día a día su amor, sabiduría y comprensión me acompañan en cada uno de los pasos que doy.

A cada uno de los pacientes que conocí a lo largo de estos dos años, el destino nos unió, gracias por enseñarme a mirar el horizonte en su totalidad.

En especial a los pacientes del Servicio de Hemodiálisis del Hospital San Juan de Dios, inspiración de este trabajo. Gracias por regalarme un pedacito de cada una de sus historias de vida, las guardo en mi corazón. Con sus palabras y sus gestos me han enseñado lo sublime de cada minuto de la existencia humana. Gracias mis grandes héroes y heroínas.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser el piloto de mi vida y por conceder los deseos de mi corazón de acuerdo a su voluntad y sus planes perfectos.

A cada uno de los miembros de mi familia, por estar siempre ahí y por entender mi pasión por la Psicología, gracias por su comprensión, acompañamiento y afecto en todo este proceso de dedicación y esfuerzo constante.

A mi esposo por construir conmigo múltiples sueños que poco a poco tomados de la mano de Dios se culminan en su tiempo. Gracias por ser mi compañero de vida.

A cada uno de los supervisores por compartir tiempo, conocimientos y experiencia, gracias por trasmitirme parte de su legado, guardo lindos momentos en mi corazón.

A los supervisores de este trabajo de investigación, gracias por su valioso tiempo.

A los profesores, por construir cimientos de conocimiento y despertar la sed del aprendizaje diario y constante.

Al personal administrativo y de apoyo que me abrieron sus puertas en diferente Centros Hospitalarios, haciéndome sentir como en casa.

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudio de Posgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por al grado y título de Especialista en Psicología Clínica.

Dra. Karen Quesada Retana
Coordinadora Nacional
Posgrado en Psicología Clínica del Centro de Sistemas de Estudio de
Posgrados

Dr. Alfonso Villalobos Pérez
Director de tesis

MSc. Paola Echeverri Echeverría
Supervisora Institucional



Licda. Nicole Andrea Marín Hernández
Candidata

Tabla de contenido

PORTADA.....	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
Resumen	VIII
Lista de Cuadros, tablas y gráficos.....	X
CAPITULO I	XIII
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	XIII
Introducción y Justificación.....	1
Estudios preliminares	13
CAPITULO II	16
MARCO CONCEPTUAL	16
Anatomía y Fisiología de la Insuficiencia Renal	17
El aparato urinario	17
Funciones del aparato urinario	18
Vías urinarias	18
Uréteres.....	18
La vejiga urinaria.....	18
Uretra.....	19
Riñón Normal.....	19
Función Renal	22
Fallo Renal.....	22
Insuficiencia Renal Crónica.....	23
Causas.....	24
Consecuencias.....	25
Terapia de Sustitución renal	25
Hemodiálisis	26
Principios de tratamiento	29
Adherencia al tratamiento.....	29
Diálisis peritoneal.....	30
Aspectos psicológicos y psicosociales del paciente con Insuficiencia Renal Crónica	31
Variables Sociodemográficas.....	32
Variables Emocionales	33
Estrategias de Afrontamiento.....	35
Afrontamiento del Dolor Crónico	36

Catastrofización.....	39
Conductas distractoras	39
Autoinstrucciones	40
Ignorar el dolor.....	40
Reinterpretar el dolor.....	40
Esperanza	40
Fe y plegarias	41
Distracción cognitiva	41
Familia e Insuficiencia Renal.....	42
Entendiendo el Dolor Crónico	45
Naturaleza del dolor	47
Clasificación del dolor.....	48
Dolor agudo.....	48
Dolor crónico.....	49
Dolor crónico benigno	50
Dolor crónico maligno	50
Dolor psicógeno	50
Características de las personas con dolor Crónico	51
Evaluación del Dolor	52
Historia clínica	52
Exploración física.....	52
Instrumentos de medición	53
Tratamientos para el dolor	53
Hemodiálisis y Dolor.....	54
CAPITULO III.....	57
Problema y Objetivos	57
Problema de investigación.....	58
Objetivo general:.....	58
Objetivos específicos:.....	58
CAPITULO IV.....	59
Metodología	59
Diseño Metodológico	60
Búsqueda Bibliográfica	61
Fuentes de Información:	61

Sujetos	61
Población Meta.....	61
Muestra	62
Criterios de inclusión de los participantes	62
Criterios de exclusión	62
Técnica de recolección de datos e instrumentos utilizados	62
Análisis Riesgos-Beneficios	63
Riesgos potenciales	63
Clasificación de riesgo.....	64
Beneficios potenciales	64
Fases del Proceso Investigativo	65
Métodos de Análisis Estadístico	65
Variables del estudio	66
Variables Sociodemográficas.....	66
CAPITULO V	67
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	67
Variables Sociodemográficas.....	69
.....	72
Variables del instrumento aplicado	74
Catastrofizacion (CAT).....	74
Conductas distractoras	81
Autoinstrucciones	88
Ignorar el dolor.....	94
Reinterpretar el dolor.....	101
Esperanza	106
Fe y plegarias	110
Distracción cognitiva	114
CAPITULO VI.....	118
Discusión	119
Conclusiones	125
Recomendaciones.....	129
Bibliografía	131
ANEXO 1	143
ANEXO 2	145

Resumen

El presente trabajo se trata de una investigación de tipo descriptivo, observacional, transversal, mediante la cual se determinan las estrategias de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibieron tratamiento con hemodiálisis durante el mes de setiembre de 2015 en el Hospital San Juan de Dios, para ello se utilizó el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ), que es un instrumento de evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico, adaptado por Rodríguez, Cano y Blanco, (2004).

Esta es una enfermedad que va ganando terreno diariamente en cuanto a su incidencia, en la cual no se puede obviar la presencia del dolor crónico, aspecto que ha sido poco estudiado y que lleva a los pacientes a movilizar sus recursos internos para afrontar la enfermedad de una manera adaptativa.

Primeramente se brindan algunos datos sobre el comportamiento de dicha enfermedad a nivel nacional e internacional, seguidamente se hace referencia de algunos aspectos relevantes en torno a la Insuficiencia Renal Crónica, así como de su tratamiento con hemodiálisis y las repercusiones que genera en la vida de los pacientes.

Seguidamente se desarrolla el tema del dolor Crónico y su asociación con la enfermedad. Asimismo, las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes para afrontar el dolor. No menos importante se aborda el tema de las repercusiones que genera la enfermedad a nivel familiar y de pareja, así como algunos elementos importantes en cuanto al abordaje y el manejo del dolor que se presenta en esta población.

Finalmente se presenta la discusión de los resultados obtenidos, así como las conclusiones y las recomendaciones respectivas.

Summary

This research is based on an investigation of descriptive, observational, cross-sectional scope in which is being determined, the strategies to face pain that are being applied by patients with chronic renal failure receiving hemodialysis treatment during the month of September 2015 in the Hospital San Juan de Dios. The application that was utilized was the Coping Strategies Questionnaire (CSQ), which it is an instrument for assessing coping strategies of chronic pain, adapted by Rodriguez, Cano & Blanco (2004).

This is a disease that is gaining daily ground in terms of its occurrence, which it cannot be ignored the presence of chronic pain, an aspect that has been little studied and that leads patients to mobilize their inner resources to cope with the disease an adaptive manner.

First at all, some facts are provided about the behavior of the disease at national and international level, then there is a reference of some relevant aspects about CKD as well as its treatment with hemodialysis and the impact it has on the patients' lives.

After that it being developed the issue of chronic pain and its association with the disease. Also, the strategies used by patients to face pain. Not least important the issue of the impact generated by the disease to a family level and sentimental partner, as well as some important elements in terms of approach and management of pain that occurs in this population.

Finally the discussion of the results obtained, the conclusions and recommendations will be presented.

Lista de Cuadros, tablas y gráficos

Cuadros

Cuadro 1. Egresos hospitalarios debidos a Insuficiencia Renal Crónica por año, según red de servicios y centro de salud C.C.S.S., 1997-2014.	5
Cuadro 2. Egresos hospitalarios debido a Hemodiálisis por año según centro de salud C.C.S.S. 1997-2014.	5

Tablas

Tabla 1. Edad Cumplida en años.....	69
Tabla 2. Género.....	70
Tabla 3. Estado civil.....	71
Tabla 4. Nivel Académico.....	72
Tabla. 5 Tiempo.....	73
Tabla 6. Pregunta 2 “Creo que no puedo más”.....	75
Tabla 7. Pregunta 16 “Creo que no puedo soportarlos más”.....	76
Tabla 8. Pregunta 12 El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor...	76
Tabla 9. “Pienso que no vale la pena vivir así”.....	77
Tabla 10 Pregunta 31 El dolor es horrible y siento que me desborda.....	78
Tabla 11. Pregunta 32 Me paso el día preocupado de si acabará alguna vez el dolor.....	79
Tabla 12. Pregunta 4- Me pongo a cantar o a tararear canciones mentalmente	82
Tabla 13. Pregunta 6 Hago cosas que me gustan como ver televisión o escuchar la radio	83
Tabla 14. Pregunta 8-Realizo juegos o distracciones mentales para quitarme el dolor de la cabeza.....	84
Tabla 15. Pregunta 9- Salgo de casa y hago algo, como ir al cine o de compras.	85
Tabla 16. Pregunta 11 Paseo mucho.....	86
Tabla 17. Pregunta 35 Trato de estar con otras personas.....	86
Tabla 18- Pregunta 1 Veo el dolor como un desafío y no dejo que me moleste..	89
Tabla 19. Pregunta 3 Me digo a mi mismo que no puedo dejar que el dolor interfiera en lo que tengo que hacer.....	90
Tabla 20. Pregunta 10 Me digo a mi mismo que puedo superar el dolor.....	90
Tabla 21. Pregunta 25 No me importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él.....	91
Tabla 22. Pregunta 27 Me digo a mi mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor.....	92
Tabla 23. Pregunta 5 No presto atención al dolor.....	94
Tabla 24 Pregunta 7 No pienso en el dolor.....	95
Tabla 25. Pregunta 20 Me pongo a hacer cosas como tareas domésticas o planear actividades.....	96
Tabla 26 Pregunta 24 Aunque me duela sigo con lo que estaba haciendo.....	97
Tabla 27. Pregunta 28 Continuo con lo que estuviera haciendo como si no pasara nada.....	98

Tabla 28. Pregunta 29 Ignoro el dolor.....	99
Tabla 29. Pregunta 38 Me acuesto.....	99
Tabla 30. Pregunta 15 Me imagino que el dolor está fuera de mí.....	101
Tabla 31. Pregunta 17 Hago como si no me doliera nada.....	102
Tabla 32 Pregunta 18 Hago como si el dolor no fuera parte de mí.....	103
Tabla 33 Pregunta 22 Me digo a mi mismo que no me duele.....	103
Tabla 34. Pregunta 30 Trato de distanciarme del dolor, casi como si el dolor estuviera en otro cuerpo.....	104
Tabla 35. Pregunta 33 Trato de no pensar que el dolor está en mi cuerpo, sino fuera de mí.....	105
Tabla 36. Pregunta 13 Tengo confianza en que algún día los médicos me curaran el dolor.....	107
Tabla 37. Pregunta 14 Creo que algún día alguien me ayudara y el dolor desaparecerá.....	108
Tabla 38. Pregunta 26 Trato imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor.....	109
Tabla 39. Pregunta 19 Rezo a Dios para que no dure más el dolor.....	111
Tabla 40. Pregunta 21 Rezo para que pare el dolor.....	112
Tabla 41. Pregunta 37 Cuento con mi fe en Dios.....	112
Tabla 42. Pregunta 34 Pienso en cosas que disfruto haciendo.....	114
Tabla 43. Pregunta 39 Pienso en personas con las que me gusta estar.....	115
Tabla 44. Pregunta 36 Recuerdo buenos momentos del pasado.....	116

Gráficos

Gráfico 1. Edad Cumplida en años.....	69
Gráfico 2. Género.....	70
Gráfico 3. Estado civil.....	71
Gráfico 4. Lugar de Residencia.....	72
Gráfico 5. Nivel Académico.....	73
Gráfico. 6 Tiempo.....	73
Gráfico. 7. Pregunta 2 “Creo que no puedo más”.....	75
Gráfico. 8. Pregunta 16 “Creo que no puedo soportarlos más”.....	76
Gráfico 9. Pregunta 12 El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor	77
Gráfico 10. “Pienso que no vale la pena vivir así”.....	78
Gráfico 11. Pregunta 31 El dolor es horrible y siento que me desborda.....	78
Gráfico 12. Pregunta 32 Me paso el día preocupado de si acabará alguna vez el dolor.....	79
Gráfico 13. Pregunta 4- Me pongo a cantar o a tararear canciones mentalmente	82
Gráfico 14. Pregunta 6 Hago cosas que me gustan como ver televisión o escuchar la radio.....	83
Gráfico 15. Pregunta 8-Realizo juegos o distracciones mentales para quitarme el dolor de la cabeza.....	84
Gráfico 16. Pregunta 9- Salgo de casa y hago algo, como ir al cine o de	85

compras.....	
Gráfico 17. Pregunta 11 Paseo mucho.....	86
Gráfico 18. Pregunta 35 Trato de estar con otras personas.....	87
Gráfico 19. Pregunta 1 Veo el dolor como un desafío y no dejo que me moleste	89
Gráfico 20. Pregunta 3 Me digo a mi mismo que no puedo dejar que el dolor interfiera en lo que tengo que hacer.....	90
Gráfico 21. Pregunta 10 Me digo a mi mismo que puedo superar el dolor.....	91
Gráfico 22. Pregunta 25 No me importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él.....	92
Gráfico 23. Pregunta 27 Me digo a mi mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor.....	93
Gráfico 24. Pregunta 5 No presto atención al dolor.....	95
Gráfico 25 Pregunta 7 No pienso en el dolor.....	96
Gráfico 26. Pregunta 20 Me pongo a hacer cosas como tareas domésticas o planear actividades.....	96
Gráfico 27 Pregunta 24 Aunque me duela sigo con lo que estaba haciendo.....	97
Gráfico 28. Pregunta 28 Continuo con lo que estuviera haciendo como si no pasara nada.....	98
Gráfico 29. Pregunta 29 Ignoro el dolor.....	99
Gráfico 30. Pregunta 38 Me acuesto.....	100
Gráfico 31. Pregunta 15 Me imagino que el dolor está fuera de mí.....	101
Gráfico 32. Pregunta 17 Hago como si no me doliera nada.....	102
Gráfico 33 Pregunta 18 Hago como si el dolor no fuera parte de mí.....	103
Gráfico 34 Pregunta 22 Me digo a mi mismo que no me duele.....	104
Gráfico 35 Pregunta 30 Trato de distanciarme del dolor, casi como si el dolor estuviera en otro cuerpo.....	104
Gráfico 36. Pregunta 33 Trato de no pensar que el dolor está en mi cuerpo, sino fuera de mí.....	105
Gráfico 37. Pregunta 13 Tengo confianza en que algún día los médicos me curaran el dolor.....	107
Gráfico 38. Pregunta 14 Creo que algún día alguien me ayudara y el dolor desaparecerá.....	108
Gráfico 39. Pregunta 26 Trato imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor.....	109
Gráfico 40. Pregunta 19 Rezo a Dios para que no dure más el dolor.....	111
Gráfico 41. Pregunta 21 Rezo para que pare el dolor.....	112
Gráfico 42. Pregunta 37 Cuento con mi fe en Dios.....	113
Gráfico 43. Pregunta 34 Pienso en cosas que disfruto haciendo.....	114
Gráfico 44. Pregunta 39 Pienso en personas con las que me gusta estar.....	115
Gráfico 45. Pregunta 36 Recuerdo buenos momentos del pasado.....	116

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Introducción y Justificación

“La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública global debido a su alta prevalencia en ambos estadios inicial y final (fallo renal) y al alto costo y pobres resultados del tratamiento” (Almaguer, Herrera y Orantes, 2014, s/p). Según parece es una enfermedad que amenaza principalmente a la población de zonas rurales, que implica la pérdida gradual de la función de los riñones, pudiendo llegar a ser terminal. De los tratamientos utilizados la hemodiálisis se emplea en el 90% de los pacientes (Urzúa, Pavlov, Cortés y Pino, 2011).

Históricamente, las principales causas de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) son la diabetes y la hipertensión, asociadas al envejecimiento y la obesidad. Almaguer et al. (2014), mencionan que además de estas causas tradicionales se tiene las enfermedades glomerulares y tubulointersticiales debidas a infecciones, medicamentos nefrotóxicos, consumo de hierbas medicinales, toxinas ambientales y exposición ocupacional a pesticidas, las cuales son denominadas causas “no tradicionales”. Los citados autores mencionan que en países en vías de desarrollo como El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Egipto y la India, las características de la enfermedad difieren epidemiológicamente de la IRC tradicional, donde han identificado que hay un predominio en hombres jóvenes agricultores.

Esta enfermedad es un problema universal de salud pública, que afecta aproximadamente al 13% de la población. La IRC precisa de una terapia de sustitución renal, la hemodiálisis es una de ellas, esta terapia es un procedimiento invasivo que permite extraer los productos tóxicos generados por el organismo y acumulados en la sangre, a través de una máquina y filtros de diálisis, esto sucede normalmente cuando el riñón tiene entre un 10 o 15% de la función renal. Las personas sometidas al tratamiento con hemodiálisis poseen una esperanza de vida de un promedio de cuatro años (Lozano, Espinoza y Ramos, 2014).

Vinaccia y Quiceno (2011) señalan que constituye un grave problema sanitario mundial presentando una alta morbi-mortalidad general, no discrimina edad ni grupo étnico. Se ha establecido que las principales causas etiológicas en el mundo y también en América Latina son en primera instancia la diabetes y en segunda instancia la hipertensión arterial, que son responsables de hasta dos tercios de los casos, otros factores que pueden afectar los riñones son las glomerulonefritis que constituyen el tercer tipo de trastorno más común de IRC. En su orden, le siguen las enfermedades hereditarias (insuficiencia renal poliquística), las malformaciones, el lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades que pueden afectar el sistema inmunológico, las obstrucciones que son producto de problemas como cálculos renales, tumores o glándula prostática agrandada en los hombres e infecciones urinarias constantes, además de etiologías desconocidas. Si estas enfermedades progresan pueden llevar a la insuficiencia renal crónica terminal.

Según la literatura investigada, se utiliza diferentes nomenclaturas para nombrar la enfermedad de la IRC entre ellas se tiene: enfermedad renal crónica de origen desconocido, enfermedad renal crónica de origen incierto, enfermedad renal crónica de etiología desconocida. En algunos casos, se nombra por la región o país donde aparece.

Wyld, Morton, Hayen, Howard y Claire (2012), indican que la IRC es una enfermedad común y costosa en su tratamiento. En los Estados Unidos en el 2009, el 7% - 8% de la población total, es decir alrededor de 23 millones de personas tenían IRC. De esos, 570.000 fueron tratados con diálisis o trasplante de riñón. Por otra parte, en el Reino Unido se estima que hay 140.000 individuos con IRC bajo el cuidado de un nefrólogo y 50.000 que son tratados con diálisis o trasplante de riñón. En Francia, más de 38.000 personas son tratadas con diálisis o trasplante de riñón. Del mismo modo, en 12 de las 20 regiones de Italia casi 34.000 personas confían en diálisis o trasplante de riñón para sobrevivir.

Almaguer et al. (2014) (2014), señalan que en América Central se ha observado un creciente número de pacientes con IRC, así como un incremento en la mortalidad en esta región. Los hallazgos de mayor importancia con respecto al comportamiento

epidemiológico de dicha enfermedad provienen de los estudios en El Salvador, Nicaragua y Costa Rica, ya que según mencionan los autores, no encontraron publicaciones relacionadas con otros países en la región. Ellos mencionan que en América Central los más afectados son principalmente hombres jóvenes, entre la tercera y la quinta década de vida, que se dedican a labores agrícolas, tales como la caña de azúcar u otras actividades agrícolas a bajas altitudes y por consiguiente a temperaturas elevadas).

En Nicaragua, en el año 2009, se llevó a cabo una revisión de la epidemiología de esta enfermedad, encontrándose que entre 1992 y 2005 la mortalidad asociada con la IRC había aumentado de 4.5 a 10.9 por 100 000 habitantes, el aumento en las cifras se presentaron en las zonas de León y Chinandega. Por otra parte, en Costa Rica, la IRC se reportó mayoritariamente en la provincia de Guanacaste, donde al parecer la enfermedad no sigue los patrones epidemiológicos tradicionales encontrados en el resto del país. La enfermedad se presentó en hombres en edades entre 20 y 40 años quienes trabajaron largas jornadas en las plantaciones de caña de azúcar; a raíz de esto surge la necesidad de investigar el ambiente laboral de estas personas, así como identificar los factores de riesgo que podrían estar asociados (Almaguer et al. 2014). Finalmente, en lo que respecta al El Salvador, de acuerdo con un estudio de caracterización clínica de la IRC donde participaron 46 pacientes, encontraron que algunas manifestaciones clínicas extrarrenales no se explican por la uremia observada en la IRC terminal.

Los autores mencionan (Almaguer et al. 2014), que de acuerdo con estos estudios, en el sistema nervioso de los pacientes se encontraron alteraciones de los reflejos osteotendinosos (arreflexia, hiporreflexia, hiperreflexia) en 45.6% de los pacientes, por audiometría se detectó hipoacusia neurosensorial en 56.5% de los pacientes y por ultrasonido ecodoppler vascular en las arteriales tibiales se evidenciaron irregularidad de la pared en 66.7% de los pacientes. Consecuentemente, no es posible descartar una causa tóxica que explique tales manifestaciones clínicas neurológicas, auditivas y vasculares periféricas, por lo que existe la posibilidad de que la existencia de algún factor causal, que pudiera ser tóxico, responsable del daño en diversos órganos o sistemas.

Da Silva-Gane (2012), menciona que existe un aumento en la población adulta mayor que debe someterse a hemodiálisis y que muchas de estas personas con IRC avanzada, presentan, otras condiciones de comorbilidad y por lo tanto mayor dependencia, por lo que el tratamiento para la IRC puede ser insatisfactorio, con un pobre pronóstico. Aunado a esto, Ayanda y Peter (2014), mencionan que efectivamente muchos de los factores que afectan el tratamiento con hemodiálisis existían previamente, por lo que la atención oportuna y adecuada de estos factores en la etapa temprana de la enfermedad puede tener resultados positivos en su curso.

Al revisar datos a nivel nacional se tiene que en Costa Rica se reportó la IRC como una epidemia en la provincia de Guanacaste, al norte de Costa Rica, donde la enfermedad no sigue los patrones epidemiológicos tradicionales encontrados en el resto del país. Esta apareció en hombres en edades entre 20 y 40 años quienes laboraban largas jornadas en las plantaciones de caña de azúcar. La presentación clínica e histopatológica fue compatible con la nefritis intersticial crónica y los autores sugirieron explorar el ambiente laboral para identificar posibles factores de riesgo asociados.

De acuerdo con información suministrada por el Área de Estadísticas en Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, para el 2014 se registra a nivel nacional que egresaron un total de 252 pacientes quienes estuvieron internados recibiendo atención médica con el diagnóstico de IRC. Para ese mismo año se presentaron 170 egresos hospitalarios que se registraron por Hemodiálisis, tal y como se muestra en los siguientes cuadros.

Cuadro 1. Egresos hospitalarios debidos a Insuficiencia Renal Crónica por año, según red de servicios y centro de salud C.C.S.S., 1997-2014.

Egresos hospitalarios debidos a Insuficiencia Renal Crónica por año según red de servicios y centro de salud. C.C.S.S., 1997-2014																		
Red de Servicios y Centro de salud	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	371	329	335	368	293	308	270	332	290	298	281	237	260	243	290	262	258	252
Servicios Nacionales	30	33	37	41	36	47	28	38	30	36	45	41	41	55	42	22	32	27
Hospital Nacional de Niños Carlos Saenz Herrera	25	22	33	31	29	41	22	29	25	32	41	38	39	50	42	19	29	24
Hospital de Las Mujeres Adolfo Carit Eva	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospital Nacional de Geriátria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes	5	11	4	10	6	6	6	6	5	4	4	3	2	5	-	3	3	3
Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Red-Este	91	86	86	103	85	65	74	111	77	60	41	51	59	50	50	44	27	60
Hospital Rafael Angel Calderon Guardia	79	51	61	65	49	46	45	51	36	23	24	27	36	29	28	33	18	39
Hospital Maximiliano Peralta Jiménez	4	12	6	15	17	8	11	27	25	24	10	13	8	5	8	8	3	10
Hospital William Allen Taylor	4	7	12	12	6	4	7	16	7	6	2	1	3	3	5	-	1	5
Hospital Tony Facio Castro	1	10	5	5	13	4	10	14	6	2	3	7	11	11	6	2	5	4
Hospital de Guápiles	3	6	2	6	-	3	1	3	3	5	2	3	1	2	3	1	-	2
Red-Sur	58	46	55	42	29	84	73	47	76	71	39	55	45	38	67	34	43	30
Hospital San Juan de Dios	31	26	28	17	20	49	39	30	46	34	26	22	28	21	40	21	28	11
Hospital Fernando Escalante Pradilla	15	11	12	8	-	9	8	8	12	8	3	11	7	6	6	3	5	4
Hospital Manuel Mora Valverde	4	4	5	5	3	10	10	5	14	20	8	8	8	7	14	4	8	5
Hospital de Osa Tomás Casas Casajús	1	-	7	6	-	9	14	3	1	8	-	2	1	1	4	1	-	6
Hospital de Ciudad Neilly	7	4	3	5	5	7	2	1	1	1	2	8	-	3	3	4	2	4
Hospital de San Vito	-	1	-	1	1	-	-	-	2	-	-	4	1	-	-	1	-	-
Red-Noroeste	192	164	157	182	143	112	95	136	107	131	156	90	115	100	131	162	156	135
Hospital México	84	60	40	51	41	21	23	20	16	23	23	16	12	15	10	28	23	22
Hospital de San Rafael	18	10	16	16	13	5	8	24	16	11	14	4	16	15	11	5	7	10
Hospital San Francisco de Asís	8	8	13	12	5	9	3	8	5	9	9	3	9	2	-	-	1	2
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	5	5	1	3	3	7	10	9	5	7	2	3	5	3	5	4	-	4
Hospital San Vicente de Paúl	8	4	9	7	10	10	13	13	9	18	14	9	14	6	4	8	4	6
Hospital Max Terán Valls	-	2	2	1	6	6	-	4	1	1	-	1	2	2	-	5	4	10
Hospital de San Carlos	9	10	22	14	16	14	6	4	18	11	15	3	1	3	1	12	5	6
Hospital de Los Chiles	-	-	1	3	4	2	-	2	1	4	7	6	8	9	2	2	1	1
Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez	13	11	8	4	8	5	3	11	10	15	10	5	5	3	3	10	5	6
Hospital Enrique Baltodano Briceño	27	39	25	31	14	13	10	14	12	14	26	25	15	24	47	54	77	40
Hospital de La Anexión	17	15	18	39	23	19	19	24	12	16	34	11	26	17	38	30	18	18
Hospital de Upala	3	-	2	1	-	1	-	3	2	2	2	4	2	1	10	4	11	10

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Cuadro 2. Egresos hospitalarios debido a Hemodiálisis por año según centro de salud C.C.S.S. 1997-2014

Egresos hospitalarios debidos a Hemodiálisis ¹ por año según centro de salud. C.C.S.S. 1997 - 2014																		
Centro de salud	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	47	25	54	48	35	62	57	87	78	86	90	116	124	121	130	116	167	179
Hospital Rafael Angel Calderón Guardia	5	4	7	10	19	24	17	23	14	13	23	25	31	26	38	35	68	57
Hospital San Juan de Dios	9	2	12	10	10	5	9	12	15	18	10	22	19	13	7	9	7	17
Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera	1	2	1	3	1	4	1	2	-	2	1	3	2	3	3	1	1	5
Hospital México	30	15	33	19	5	9	15	29	26	22	23	27	30	24	32	32	33	47
Hospital de San Rafael	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	1	1	3	4	1	-	1
Hospital San Vicente de Paúl	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Hospital Maximiliano Peralta Jiménez	1	1	-	2	-	4	3	11	16	20	24	29	23	40	31	28	39	34
Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Hospital Enrique Baltodano Briceño	-	-	1	2	-	16	11	10	6	9	7	9	18	12	13	10	19	18
Hospital de La Anexión	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospital Tony Facio Castro	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1/ Dato seleccionado como procedimiento principal y secundarios.

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

En cuanto a la capacidad de atención de dicha patología por parte de los centros hospitalarios de nuestro país, Ramírez (2013), indicó en un reportaje periodístico, que el servicio de hemodiálisis del Hospital México estaba colapsado y saturado por la afluencia de pacientes que provienen de Guanacaste, provincia que se encuentra en la mira de científicos, médicos y especialistas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), debido a que desde hace diez años se detectó que era la provincia con el pico más alto de casos en el país, según el registro de personas con IRC, 112.9 por cada 100.000 habitantes, seguida por Cartago con 43.8 casos. Es importante señalar que solamente los hospitales México, San Juan de Dios, Rafael Ángel Calderón Guardia y el Max Peralta en Cartago, cuentan con unidades de hemodiálisis destinadas a atender la población con esta enfermedad a nivel nacional.

La exministra de salud (2006-2010 y 2010-2014) María Luisa Ávila Agüero, explicó en el reportaje realizado por Ramírez, que la IRC es descrita por algunos especialistas en la materia como una enfermedad “silenciosa y traicionera”, esto por cuanto es asintomática, ya que solamente se puede detectar a través de exámenes de laboratorio y en ocasiones cuando se realiza el diagnóstico ya la enfermedad está avanzada. En este mismo reportaje, el Jefe de Nefrología del Hospital México, Manuel Cerdas, explicó que padecer esta enfermedad es tan serio como tener un cáncer. *“Estadísticamente, a nivel mundial, 20 de cada 100 pacientes afectados mueren cada año”. Añadió que en América Latina el promedio de casos es de 250 a 300 por cada millón de habitantes, por lo que en Costa Rica, en circunstancias normales se deberían registrar unos 1.200 casos anualmente”*.

Salinas (2013), en su artículo denominado *“OPS alerta sobre gravedad de IRC”*, indica que hace escasos dos años la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hizo un llamado a los gobiernos de Centroamérica sobre la gravedad de una devastadora epidemia, como lo es la IRC, que afectaba principalmente a las comunidades localizadas en las zonas del Pacífico de la región, y que ha cobrado la vida de miles de centroamericanos, principalmente hombres trabajadores en plantaciones agrícolas.

Tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) participaron en Washington-Estados Unidos, en la sesión número 152 de su Comité Ejecutivo, en la que abordaron la epidemia de la IRC en Centroamérica. En esa reunión se discutió el documento *“La Enfermedad Renal Crónica de las Comunidades agrícolas de Centroamérica”*. Al respecto, alertaron a los gobiernos de la región, en el sentido de que *“este tipo de enfermedad renal crónica es un problema apremiante y grave de salud pública, tomando en consideración su alta incidencia, prevalencia y mortalidad, así como la demanda insatisfecha de atención de salud, y la carga para las propias familias, comunidades, los sistemas de salud y la sociedad en general”* (Salinas, 2013 s/p).

En nuestro país, el Diario Oficial de la Gaceta No.94 del 19 de mayo de 2014 publicó el decreto referente a la creación de la Comisión de Gestión Institucional de Nefropatía Mesoamericana y la Comisión Nacional Interinstitucional de Nefropatía Mesoamericana en adelante conocida como CGINM, órgano asesor y de consulta del Ministro de Salud en esa materia. Algunos aspectos importantes que se establecen en dicho decreto son:

“2°—Que la enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública que afecta a la Región de Centro América y República Dominicana, dado la sobrecarga e incapacidad de respuesta de los servicios de salud, muertes prematuras, el deterioro de la calidad de vida y los costos que genera tanto a pacientes y sus familiares, sumergiéndolos en un círculo de sufrimiento y pobreza”.

“3°—Que dentro del grupo de las ERC sobresale una entidad clínica de etiología aún no determinada y el análisis de los datos disponibles a nivel mundial, nos permite señalar que afecta principalmente a hombres jóvenes que se dedican a trabajos físicos agrícolas y que se concentra en ciertas comunidades o regiones dentro de los países.”

5°—*Que en Costa Rica esta entidad clínica se presenta principalmente en hombres jóvenes, que se dedican a trabajos físicos agrícolas y que se concentra en comunidades de la provincia de Guanacaste.*

10.—*Que los factores de riesgo asociados a Enfermedad Renal Crónica son:*

- *Diabetes mellitus*
- *Hipertensión arterial*
- *Enfermedad cardiovascular*
- *Historia familiar de ERC*
- *Infecciones sistémicas*
- *Obesidad*
- *Tabaquismo*
- *Malformaciones renales congénitas*

Esta enfermedad, no solamente es una condición de salud que afecta a nuestro país, sino que de acuerdo con un estudio publicado en el año 2006 por Cuadra, Jakobsson, Hogstedt, y Wesseling, denominado “*Enfermedad Renal Crónica: Evaluación del conocimiento actual y la factibilidad para la investigación en América Central*”, la enfermedad renal crónica es un problema importante de salud en varias partes del mundo, ya que el número de pacientes está incrementándose tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, aumentando considerablemente la necesidad de tratamientos con hemodiálisis y trasplantes renales. Los autores indican que existe evidencia epidemiológica que refiere que tanto la diabetes como la hipertensión son factores de riesgo asociados y que el ascenso se podría explicar a partir de algunos factores de riesgo como lo son la agricultura, la exposición a pesticidas y el consumo de alcohol.

Sierra y Bentez (2014), explican que la IRC tratada con hemodiálisis, genera una afectación en el paciente de manera global: en su funcionamiento físico, social y emocional; por ende, en su calidad de vida, es decir en la percepción de bienestar que tiene acerca de su propia salud física, psicológica y social. Si bien el tratamiento de hemodiálisis

es indispensable para preservar la vida de las personas afectadas, lamentablemente los efectos son devastadores ya que le genera al paciente paralelamente dependencia y limitación. Rivera, Montero y Sandoval (2012), refuerzan lo dicho anteriormente ya que indican que los tratamientos sustitutivos de la IRC, si bien garantizan la supervivencia de la persona, no le aseguran un completo bienestar físico, psico-emocional y social, ya que aspectos vinculados a la calidad de vida y la estabilidad emocional y afectiva pueden ser determinantes para el éxito del tratamiento.

Rojel y Rosas (2010), confirman que el tratamiento que se ofrece en la etapa terminal de esta enfermedad es la sustitución renal por diálisis o trasplante y que es un tratamiento muy limitante y demandante para los individuos, pues impacta directamente la calidad de vida de éstos. Al recibir este tipo de tratamiento los individuos modifican la percepción de bienestar, esto desde los estadios iniciales de la enfermedad hasta su fase terminal, los síntomas, las restricciones (sobre todo dietéticas) y el tratamiento se ven reflejados en la vida diaria de estos pacientes (Rebollo, Morales, Pons-Raventos, y Mansilla, 2014).

Ocharan (2011), señala que el dolor está presente en los pacientes que viven en tratamiento con hemodiálisis y aunque esta terapia sustitutiva mantiene la vida de estos pacientes, es un componente desequilibrante en el bienestar de estos. El citado autor señala que tanto la edad de los pacientes que llegan al tratamiento sustitutivo, la comorbilidad asociada, así como el mayor tiempo con tratamiento de hemodiálisis son factores que potencian la aparición de dolor; de ahí que un tratamiento adecuado y eficaz del mismo sea un componente integral de la calidad de vida de los pacientes que reciben hemodiálisis.

El autor citado, señala que las diferentes clases o tipos del dolor en hemodiálisis se asocian con múltiples factores como son las enfermedades sistémicas subyacentes, isquemia de los miembros, afectación neuropática y por supuesto, relacionadas directamente con la hemodiálisis, así, como osteodistrofia o calcifilaxis. También el dolor puede aparecer con causas dependientes de la técnica, como cuadros isquémicos o neuropatías dependientes de las fístulas arteriovenosas (FAV) o de catéteres centrales.

Consecuentemente, el aumento en la incidencia de la enfermedad propone a los sistemas de salud pública y al personal de salud que labora con estos pacientes, la toma acciones para perfeccionar la atención que reciben dichas personas, esto por medio de un enfoque multidisciplinario, donde se destaquen los factores de índole social y psicológico, ya que esta patología impacta de manera significativa la vida social y la estabilidad psicológica de los afectados, siendo su condición médica un factor potencialmente discapacitante (Reyes, Sow, y Jones, 2013).

Martínez (2007), menciona que un concepto fundamental ante esta enfermedad es el de “afrentamiento” como un aspecto esencial para lograr la adaptación y el ajuste que propicie un adecuado funcionamiento personal. En este sentido se han elaborado dos conceptos relativos a la forma en que las personas manejan los estresores: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento, conceptos que no son contrapuestos, sino complementarios, representando el primero formas estables y consistentes de afrontar el estrés, mientras que el segundo hace alusión a acciones más específicas.

Fernández et al. (2009), indica que el proceso de afrontamiento es complejo, multidimensional y a su vez dinámico, por lo que las estrategias son cambiantes en el tiempo y sensibles tanto a las características personales como a factores externos o del entorno. Estos autores señalan que las estrategias de afrontamiento que intervienen en el proceso de vivir en tratamiento con hemodiálisis han sido poco estudiadas y señaladas como áreas de interés de estudio.

“Los estilos de afrontamiento son un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina psicológica, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes como lo son las enfermedades crónicas” (Contreras, Espinosa, y Esguerra, 2007, p. 169).

Dado que los estilos de afrontamiento son considerados variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación, su estudio es de gran relevancia por las

implicaciones en el diseño e implementación de intervenciones interdisciplinarias, con el objetivo común de mejorar la calidad de vida de las personas.

Restablecer y mantener el bienestar psicológico de estos pacientes puede incidir en la adaptación de comportamientos más funcionales, que redunden en su estado de salud, entre ellos, tener una mejor adherencia al tratamiento y asumir de forma consistente los cambios permanentes en el estilo de vida que su condición implica.

Estudiar las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes cuando perciben dolor provocado por la enfermedad, podría generar nuevo conocimiento para facilitar y orientar el actuar de los profesionales de salud que laboran en los servicios especializados de Nefrología y Hemodiálisis. Además, de ser un insumo importante para que los profesionales en psicología promuevan estrategias de afrontamiento focalizadas en el abordaje del dolor, esto a partir de las evidencias encontradas desde la experiencia de los propios pacientes.

Algunas de las situaciones más comunes que afectan la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con IRC son la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro, esto se asocia con una mayor tasa de mortalidad. Otras reacciones frecuentes son la hostilidad y la ira, dirigidas hacia el personal asistencial y el régimen terapéutico, como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento. En este sentido, el tratamiento con hemodiálisis y la enfermedad misma pueden convertirse para el paciente y su familia en una experiencia altamente estresante, no sólo por las características inherentes al tratamiento mismo, sino también por el malestar físico y las limitaciones que representa, lo cual constituye un evento que ocasiona un desajuste adaptativo en las diferentes áreas en las que se desenvuelve el individuo.

El paciente con IRC se enfrenta a una pérdida de salud que va a ser percibida como una amenaza y experimenta altos niveles de impacto emocional que pueden interferir con el funcionamiento habitual. Las personas con la enfermedad avanzada en estadios 4-5 presentan una alteración significativa en su calidad de vida, si se le compara con la

población, así como una afectación psicológica debido a que los síntomas aumentan a medida que disminuye el filtrado glomerular (García-Llana, et al. 2010).

Rivera et al., (2012, p. 331) indican que *“Es clara e importante la necesidad de contar con evidencia empírica que permita delimitar la problemática emocional y adaptativa del paciente con IRC y generar, con base en la evidencia, estrategias de intervención centradas en la realidad clínica...”*. Rodríguez, Cano y Blanco (2004, p.34) mencionan que *“La valoración del dolor y su afrontamiento son procesos indisolublemente unidos que determinan en gran medida la evolución de los síntomas e incluso la cronificación del cuadro...”*. Por lo tanto, algunos investigadores suman esfuerzos para determinar los modos de afrontamiento del dolor. Estos autores señalan que se ha tratado de determinar la estructura de las estrategias de afrontamiento utilizadas en el control del dolor, focalizándose más en las estrategias específicas, que propiamente el estilo.

Los resultados se dirigen hacia las estrategias de tipo cognitivo, como por ejemplo: hacer uso de la imaginación para ignorar el dolor o transformarlo en otra sensación, distracción y reestructuración cognitiva. También se tienen las estrategias conductuales, tales como la búsqueda de apoyo social, el descanso, la evitación de actividades o situaciones determinadas, la medicación, el ejercicio, entre otras.

En lo que respecta al proceso de valorar el dolor, los autores citados en el párrafo anterior, explican que las variables más relacionadas con el afrontamiento, son aquellas que tienen que ver con el lenguaje interno, especialmente con la pérdida de control, por lo que se han realizado investigaciones acerca de creencias irracionales, pensamientos negativos automáticos y las expectativas de autoeficacia percibidas. Ellos mencionan que los resultados del afrontamiento generan cambios en los parámetros del dolor, tanto a nivel sensorial (intensidad, frecuencia, duración), emocional (ansiedad y depresión), así como funcional (conductas de dolor, discapacidad, interferencia en la vida laboral etc.). También citan a Gil et al., quienes al parecer encontraron que las estrategias de afrontamiento determinan el ajuste a la enfermedad. Es así como a lo largo de este trabajo de investigación se presenta el estudio realizado con la participación de 38 pacientes que

recibieron el servicio con hemodiálisis en el Hospital San Juan de Dios durante el mes de setiembre de 2015. El objetivo fundamental de dicho trabajo es conocer cuáles son las principales estrategias de afrontamiento que utilizan ante la presencia del dolor.

Estudios preliminares

Lozano et al., (2014), en su artículo denominado “*30 Años en hemodiálisis. Afrontamiento de la enfermedad renal crónica*” explican que la aparición de los primeros dializadores, el desarrollo de membranas e instrumentos de Tecnología Sanitaria altamente sofisticados, junto con las heparinas y eritropoyetinas han propiciado que el enfermo con insuficiencia renal, viva y logre mantener una calidad de vida digna y adaptada a sus necesidades. Se estima que las personas sometidas a tratamientos de diálisis renal poseen una esperanza de vida general con un promedio de cuatro años. Sin embargo, entran en juego muchos casos de pacientes que han disfrutado una vida plena de hasta 25 años.

Las complicaciones derivadas del tratamiento sustitutivo y de la propia enfermedad se van agravando con el tiempo, percibiendo estas personas una forma de vivir significativamente más limitada con respecto a la vida normal de otros. A pesar de la optimización en las técnicas dialíticas, el paciente y la familia sufren cambios importantes a nivel físico, psicológico y social, teniendo que activar diferentes mecanismos de afrontamiento adaptativos que lleven a una óptima calidad de vida relacionada con la salud (Lozano et. al, 2014, p. 2).

Ruiz, Basabe, y Saracho, en su trabajo acerca del *Afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico*, pretendieron analizar el impacto de las formas de afrontamiento de la diálisis sobre la calidad de vida y la salud emocional. Al respecto, explican que:

El procedimiento de diálisis impone cambios físicos, psicológicos y sociales que exigen adaptaciones a una nueva forma de vivir, para lo

cual la persona tiene que autorregular su estado emocional ante esta nueva situación adversa. Ya es conocido que las personas que se dializan tienen una alta prevalencia de ansiedad y depresión, viven con un elevado nivel de estrés y tienen una percepción deteriorada de la calidad de vida (2013, p. 342-343).

Otro estudio realizado por Guerra, Sanhueza y Cáceres (2012), denominado *“Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio”*, indica que la calidad de vida es un constructo ampliamente estudiado en varias enfermedades, entre ellas la IRC, ya que por sus características y tratamiento se convierte en una de las patologías que más preocupación genera a los profesionales del campo de la salud. Estos autores señalan que en 1994, la Organización Mundial de la Salud definió el citado concepto como *“la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”*. (p.3).

Por otra parte, Perales, García y Reyes (2012), mencionan en su trabajo denominado *“Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”*, que el tratamiento de diálisis genera diversos cambios en la vida del paciente que, de no ser atendidos, pueden afectar en la evolución y el tratamiento de la enfermedad. Los autores mencionados señalan que para lograr una atención integral del paciente con insuficiencia renal es relevante identificar las variables psicosociales que podrían afectar la calidad de vida del paciente, modulando la interferencia que produce la enfermedad en el funcionamiento adaptativo.

Otro estudio denominado *“Calidad de vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014”*, tesis realizada por Sánchez (2014), para optar por el grado de Médico Cirujano, Trujillo- Perú, concluye que la propia enfermedad, como el tratamiento de hemodiálisis *“fuerzan una reestructuración en la vida de las personas por*

las alteraciones que sufren en diferentes áreas: física, psicológica, familiar, laboral, económica y social” (2013, p. 35).

Montero, Rivera, Zavala, Chapa y Gómez (2014), en su artículo denominado *“Familia e Insuficiencia Renal Crónica Terminal”*, relatan que dicha enfermedad impacta las dimensiones física, psíquica, socioeconómica, relacional y temporal del paciente y de su familia. Por consiguiente, las demandas del familiar afectado ameritan que alguna persona de la familia adopte el rol de cuidador principal o primario, por lo que al interior de la familia se deben hacer ajustes, lo que conlleva al establecimiento de nuevos patrones de convivencia.

Finalmente otro trabajo de investigación realizado por Santelices, Garrido, Fuentes, Guzmán y Lizano (2009), indican que la insuficiencia renal crónica terminal, es una enfermedad crónica y además catastrófica que con frecuencia, el diagnóstico así como el tratamiento, afecta la vida del paciente y su entorno, ya que se asocia con el sufrimiento y el riesgo de muerte que existe. La persona experimenta una alteración en la percepción del presente y del futuro, producto de los cambios amenazadores, los cuales se relacionan de manera directa con la enfermedad, los efectos secundarios, los tratamientos etc., que generan angustia asociada al sentimiento de incertidumbre ante la espera de una solución médica, así como a los cambios en los roles, la pérdida de ciertas capacidades funcionales o del trabajo, cambios en la imagen corporal, el temor del afrontamiento de la propia muerte y lo que ella conlleva.

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

Anatomía y Fisiología de la Insuficiencia Renal

El aparato urinario

El National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (2012) explica que el aparato urinario se compone de una serie de órganos, entre ellos tubos, músculos y nervios que trabajan en conjunto para producir, almacenar y transportar orina, consta de dos riñones, dos uréteres, la vejiga, dos músculos esfínteres y la uretra. Trabaja con los pulmones, la piel y los intestinos, los cuales también se encargan de excretar desechos para así mantener en equilibrio las sustancias químicas y el agua en el cuerpo. Las personas adultas eliminan cerca de un litro y medio de orina al día, esta cantidad depende de ciertos factores, especialmente del consumo de líquido y alimento que una persona ingiere y de la cantidad de líquido que pierde al sudar y respirar.

Martínez (2012), indica que este aparato urinario, está compuesto por los riñones y las vías urinarias, a los riñones llegan las arterias renales, procedentes de la aorta abdominal, que se encargan del transporte de la sangre que debe ser filtrada. De los riñones salen las venas renales, que desembocan a la vena cava inferior. Los riñones conectan con la vejiga por medio de los uréteres. La vejiga comunica con el exterior por medio de la uretra, que elimina de la sangre un tipo de desecho llamado urea el cual se produce cuando los alimentos que contienen proteína, tales como la carne de res, la carne de ave y ciertos vegetales, se descomponen en el cuerpo. La urea se transporta a los riñones a través del torrente sanguíneo (National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse 2009).

Su principal tarea es eliminar aquellos productos de desecho de nuestro organismo, es decir los productos tóxicos nitrogenados, como el amoníaco y la urea, así como iones como Na^+ , Cl^- , SO_4^{2-} , PO_4^{3-} , H^+ , que tienden a acumularse en exceso. La concentración de estos productos en la orina variará en función de las necesidades de eliminación del cuerpo (Martínez, 2012).

Funciones del aparato urinario

Dentro de las principales funciones que cumple el aparato urinario se encuentran las siguientes:

- Mantener la composición y volumen de la sangre, controlando tanto la cantidad de sangre, como su pH, concentración de iones, etc.
- Controlar la presión arterial. No solo mediante el control del volumen de sangre.
- Interviene en otras funciones, como la gluconeogénesis (fabricar glucosa a partir de intermediarios derivados del metabolismo anaeróbico), fabricación de hormonas (como la eritropoyetina), fabricación de vitaminas (intervienen en la formación de la vitamina).

Vías urinarias

Uréteres.

En cada riñón hay un uréter, estos conectan al riñón con la vejiga, tienen entre 25 y 30 centímetros, la orina que se forma en la nefrona pasa a los tubos colectores y de ahí acaban llegando a unas estructuras cónicas denominadas cálices, en la pelvis renal. Desembocan en un conducto conocido como uréter. La estructura de la desembocadura del uréter en la vejiga hace que, cuando esta se llena de orina, los orificios de comunicación se cierren. Esto se consigue gracias a que entran en dirección transversal, evitando así mismo el reflujo de orina de la vejiga al riñón. La orina se mueve por los uréteres gracias a la presión hidrostática, la gravedad y los movimientos peristálticos de la pared del tubo.

La vejiga urinaria.

Es un órgano muscular hueco, que se ubica en la zona anterior al recto (en los hombres) y por detrás de la vagina y debajo del útero (en mujeres). Es aplanada cuando está vacía o colapsada, cogiendo forma esférica según se va llenando, hasta adquirir forma de pera cuando está totalmente llena. Tiene una capacidad de entre 700 y 800 mililitros,

aunque cuando sobrepasa los 200 o 400 mililitros los sensores de tensión de la superficie comienzan a enviar señales que marcan el comienzo del deseo consciente de micción. El esfínter uretral externo, que comprime la uretra, es un músculo voluntario, solo se abre bajo control consciente. En cambio, la acción de contracción muscular de la vejiga es involuntaria, así como la apertura de un esfínter llamado esfínter uretral interno.

Uretra.

Es un conducto que comunica la vejiga, a la que se une por su base con el exterior. Es un poco diferente en hombres y en mujeres. En mujeres, es un tubo oblicuo de entre 3, 5 y 4 centímetros de longitud, que se abre un poco por encima de la vagina. En cambio, en los hombres mide unos 20 centímetros y cruza la próstata, el diafragma urogenital y el pene, en cuyo extremo se abre al exterior.

Riñón Normal

Los riñones son dos órganos de color rojizo, se localizan por encima de la cintura, entre el peritoneo y la parte posterior del abdomen, están protegidos parcialmente por las costillas once y doce, su posición no es totalmente simétrica, el derecho está a menor altura que el izquierdo esto por el espacio ocupado por el hígado. Cada riñón mide entre diez y doce centímetros de largo, entre cinco y siete y medio de ancho y alrededor de dos centímetros y medio de grosor (Martínez, 2012).

El National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (2009) explica que los riñones poseen la forma de un frijol y que su tamaño corresponde aproximadamente al tamaño del puño de la mano, se ubican justo debajo de la caja torácica, ellos se encargan de eliminar la urea del cuerpo a través de las nefronas, que son unidades minúsculas de filtrado. Cada nefrona consta de una bola formada por capilares sanguíneos, llamados glomérulos y un tubo pequeño llamado túbulo renal. La urea, junto con el agua y otras sustancias de desecho, forman la orina mientras pasa por las nefronas y a través de los túbulos renales del riñón.

Martínez (2010), indica que el 70% de nuestro organismo es agua, son muchos los mecanismos que intervienen en su regulación, entre éstos el sistema renal, que posee una gran área de filtrado (glomérulo) con el fin regular la cantidad de algunos solventes y solutos. Las variaciones diarias en la cantidad y composición de los alimentos y líquidos, requieren la excreción de estos productos y de sus metabolitos en cantidades precisas que se equilibren con las ingeridas. Los riñones actúan principalmente para mantener el volumen y la composición del medio extracelular, pero el continuo intercambio de agua y de solutos a través de las membranas celulares, permite que también contribuyan indirectamente a la regulación y tonicidad del líquido intracelular.

El National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC) es un Centro Coordinador de Información sobre las Enfermedades Renales y Urológicas. En una de sus publicaciones del año 2009, explican que los riñones son dos órganos de vital importancia que realizan funciones esenciales para mantener la sangre limpia y químicamente equilibrada, por lo que es necesario conocer su funcionamiento para así lograr mantenerlos sanos. Martínez explica que:

Los sistemas renal y urinario están constituidos por un grupo complejo de órganos que en conjunto se encargan de filtrar los productos residuales de la sangre y de fabricar, almacenar y eliminar la orina. Estos órganos son esenciales para la homeostasis, ya que mantienen el equilibrio hídrico, el equilibrio acidobásico y la presión arterial (2010, p.1).

Los riñones se encargan del reprocesamiento, procesa alrededor de 190 litros de sangre para eliminar 2 litros de productos de desecho y agua en exceso, los cuales se convierten en orina que fluye hacia la vejiga a través de los conductos llamados uréteres, la vejiga se encarga de almacenar orina hasta que éste se libera al orinar. Según explica El National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC) (2009), los desechos en la sangre provienen de la descomposición normal de tejidos activos, como los músculos, y de los alimentos. El cuerpo usa la comida para obtener energía y repararse a sí

mismo, una vez que el cuerpo ha obtenido los nutrientes necesarios, los desechos son enviados a la sangre. Los riñones son los que se encargan de realizar la función de limpieza y excreción de los mismos, si esto no sucede tales desechos se acumularían en la sangre y dañarían el cuerpo. La eliminación de los desechos tienen lugar en las unidades dentro de los riñones llamadas nefronas, cada riñón tiene alrededor de un millón de nefronas.

En la nefrona se encuentra un glomérulo que es un vaso sanguíneo capilar que se encuentra entrelazado con un tubo minúsculo llamado túbulo, que se encarga de recolectar la orina, este vaso sanguíneo es una unidad de filtrado o colador, mantiene las proteínas y células normales en el torrente sanguíneo y permite que pasen los desechos y el agua en exceso, se da un intercambio químico complejo, mientras los materiales de desecho y el agua abandonan la sangre e ingresan al aparato urinario. Martínez indica que las nefronas son conductos largos y serpenteantes que se compone de varios segmentos, cada uno de los cuales desempeña diversas funciones relacionadas con el mantenimiento de los mecanismos homeostáticos del organismo.

Existen dos grandes tipos de nefronas. Por un lado están las nefronas corticales, que suponen alrededor del 80 % del total y que tienen el glomérulo en la parte más superficial de la corteza. Y por otro están las nefronas yuxtaposales, que son minoritarias, alrededor del 20 % del total y cuyo glomérulo está en la zona de corteza cercano a la médula. (Martínez, 2012).

Martínez (2010, p.2), explica que *“El riñón consta de tres capas: la corteza (capa exterior), la médula y la pelvis renal. La sangre fluye a la corteza y la médula a través de la arteria renal, que se ramifica en arterias cada vez más pequeñas. Cada una de las arterias termina en una unidad de filtración sanguínea denominada nefrona”*. También explica que el plasma, la fracción líquida de la sangre, es empujado a través del glomérulo al interior de la cápsula de Bowman y pasa después, en forma de plasma filtrado al túbulo contorneado. Alrededor del 98-99% del agua y los nutrientes esenciales filtrados son reabsorbidos por las células tubulares y pasan a los capilares que rodean el túbulo

contorneado. La sangre sin filtrar que permanece en el glomérulo, fluye también a los capilares y vuelve a la circulación sistémica venosa.

Función Renal

La función renal hace referencia a la eficiencia con la que los riñones filtran la sangre. Las personas con los dos riñones sanos tienen el 100 % de la función de sus riñones, la función de los riñones ahora se calcula usando una muestra de sangre y una fórmula para determinar la tasa de filtración glomerular estimada. Cuando la función de los riñones es menor de 25 % se dan problemas de salud graves, cuando dicha función disminuye a menos de 10 o 15 %, se presenta la necesidad de que para mantenerse con vida la persona necesita alguna forma de terapia de reemplazo renal, ya sea el tratamiento que limpian la sangre llamados diálisis o un trasplante de riñón.

Fallo Renal

Cuando se presentan enfermedades en los riñones, éstas atacan directamente a las nefronas, las cuales van perdiendo su capacidad de filtración. Las nefronas pueden dañarse rápidamente debido a una lesión o envenenamiento, la mayoría de las enfermedades de los riñones destruyen las nefronas lentamente y de manera silenciosa, es con el pasar del tiempo que el daño se hace evidente. Muchas de las enfermedades de los riñones atacan simultáneamente a ambos riñones, dentro de las dos causas más comunes de la IRC se tiene la diabetes y la presión arterial alta, así también aquellas personas que poseen antecedentes familiares de cualquier tipo de problema renal, también corren el riesgo de presentar insuficiencia renal. Los problemas que causan daños en los riñones pueden ser: a) prerrenales donde se afecta el aporte sanguíneo a los riñones, b) renales que afectan al propio riñón o c) postrenales que afectan a cualquier punto de la ruta que sigue la orina desde el riñón hasta la salida de la uretra. Martínez (2010), menciona que las principales dificultades postrenales suelen ser de tipo obstructivo; un punto de obstrucción muy frecuente es la próstata, que se encuentra entre la vejiga y la uretra. Cualquier trastorno preexistente de la próstata, la vejiga o los uréteres, en particular las infecciones, las

obstrucciones o los cuerpos extraños (como los cálculos), puede comprometer la función renal y aumentar la sensibilidad a los defectos adquiridos o genéticos.

Insuficiencia Renal Crónica

La enfermedad crónica se entiende como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, afectando aspectos importantes en la vida de quien lo padece (Acosta, Chaparro y Rey, 2008). La IRC se entiende como la *“pérdida progresiva e irreversible de la función renal. Se inicia con el deterioro progresivo de volumen de filtrado glomerular, por el reclutamiento de nefronas dañadas, al que se agregan los trastornos tubulares de homeostasis y finaliza con la falla de las funciones hormonales del órgano”* (Sierra y Bentez, 2014). Produce paulatinamente una crisis global en las funciones depuradoras, reguladoras y endocrino- metabólicas del riñón que a diario en condiciones normales purifican unos 190 litros de sangre para filtrar unos 1.9 litros de desechos y exceso de agua.

Es una enfermedad que implica la pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para eliminar los productos de desecho, mantener en equilibrio la cantidad de líquidos en el organismo, controlar la presión arterial, facilitar la producción y mantenimiento de glóbulos rojos, así como regular los niveles de calcio y fósforo. La persona que presenta IRC debe vivir con una disminución en su función renal lo que puede generar una alta probabilidad de deterioro de los demás órganos internos, lo que podría llevarle a sufrir enfermedades cardiovasculares, neuropatía, descalcificación de los huesos, anemia entre otros (Contreras, Espinosa y Esguerra, 2008).

Vinaccia y Quice (2011) indican que la IRC se define como la pérdida de función de los riñones, se clasifica en aguda, sub-aguda y crónica en función de la forma de aparición (días, semanas, meses o años). La Insuficiencia Renal aguda comienza súbitamente y es potencialmente reversible en gran parte de los casos, la forma sub-aguda lo es en menor frecuencia y la crónica presenta un curso progresivo durante un periodo de por lo menos tres meses y puede conducir hacia la insuficiencia permanente. Los citados autores mencionan que:

...es entonces una patología del sistema renal que produce paulatinamente una crisis global en las funciones depuradoras, reguladoras y endocrino- metabólicas del riñón que a diario en condiciones normales purifican unos 190 litros de sangre para filtrar unos 1.9 litros de desechos y exceso de agua (Vinaccia y Quice, 2011).

Rodríguez, Campillo y Avilés, explican que la IRC corresponde a “... *la pérdida de la capacidad funcional de los riñones en forma permanente, llegando a un grado funcional tan bajo que requiere diálisis*” (s/a, p.4). Se puede decir que es una situación clínica que resulta de procesos patológicos que provocan un desajuste e insuficiencia en la función excretora. Esta enfermedad se puede producir como resultado de infecciones renales crónicas, trastornos vasculares, anomalías en el desarrollo y destrucción de los túbulos renales. De acuerdo con Acosta et al. (2008), es una de las que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un periodo de meses o años.

Causas

Históricamente, las principales causas de la IRC son la diabetes y la hipertensión, asociadas al envejecimiento y la obesidad. Almaguer et al. (2014), mencionan que además de estas causas tradicionales se tiene las enfermedades glomerulares y tubulointersticiales debidas a infecciones, medicamentos nefrotóxicos, consumo de hierbas medicinales, toxinas ambientales y exposición ocupacional a pesticidas, las cuales son denominadas causas “no tradicionales”. Los citados autores mencionan que en países en vías de desarrollo como El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Egipto y la India, las características de la enfermedad difieren epidemiológicamente, donde han identificado que hay un predominio en hombres jóvenes agricultores.

Vinaccia y Quiceno (2011) señala que es un grave problema sanitario mundial presentando una alta morbi-mortalidad que afecta de 3-5% de la población general no discriminando edad ni grupo étnico. Se ha establecido que las principales causas etiológicas en el mundo y también en América Latina son en primera instancia la diabetes y en segunda la hipertensión arterial que son responsables de hasta dos tercios de los casos, otros factores que pueden afectar los riñones son las glomerulonefritis que constituyen el tercer tipo de trastornos más comunes de insuficiencia renal. En su orden, le siguen las enfermedades hereditarias (insuficiencia renal poliquística), las malformaciones, el lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades que pueden afectar el sistema inmunológico, las obstrucciones que son producto de problemas como cálculos renales, tumores o glándula prostática agrandada en los hombres e infecciones urinarias constantes, además de etiologías desconocidas. Si estas enfermedades progresan pueden llevar a la IRC terminal.

Consecuencias

La persona puede experimentar un severo deterioro físico; suele presentar insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón de pies y tobillos y una percepción de mal sabor en la boca debido a la falta de eliminación de desechos, situaciones que lo limitan en su vida diaria, generándole sentimientos de minusvalía, incapacidad e indefensión, efectos que redundan en la percepción de su calidad de vida y que repercuten en el tratamiento (Contreras et al. 2008). Algunos estudios parecen concordar en que la percepción de la calidad de vida disminuye conforme aumenta la edad tanto en la población en general como en los pacientes que reciben el tratamiento con hemodiálisis.

Terapia de Sustitución renal

La IRC precisa de una terapia de reposición renal, la hemodiálisis es una de ellas, esta terapia es un procedimiento invasivo que permite extraer los productos tóxicos generados por el organismo y acumulados en la sangre como consecuencia de la IRC, esto a través de una máquina y filtros de diálisis, sucede normalmente cuando el riñón tiene entre un 10 o 15% de la función renal. Las personas sometidas a tratamientos de hemodiálisis poseen una esperanza de vida de un promedio de cuatro años (Lozano et al.

2014). Guerrero (2014), expone que si bien ante esta enfermedad la medicina no ofrece cura, si brinda la posibilidad de que la persona afectada pueda seguir con su vida por medio de tratamientos sustitativos de la función renal. Explica que hasta aproximadamente 1960 todos los pacientes afectados con esta condición estaban abocados a la muerte.

Consecuentemente, los tratamientos para esta enfermedad son la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. La hemodiálisis que se lleva a cabo por medio de las membranas semipermeables como lo son el peritoneo o los aparatos dializadores que separan la sangre del líquido dializante. La diálisis peritoneal se realiza por medio de la membrana peritoneal del cuerpo que se encuentra dentro del abdomen como membrana semipermeable, se infunden soluciones especiales que ayudan a eliminar las toxinas, las cuales permanecen en el abdomen por un lapso de tiempo y luego se drenan. Además, saca el exceso de agua, los desechos y las sustancias químicas del cuerpo.

Hemodiálisis

Contreras et al. (2008), explican que la hemodiálisis es un procedimiento que se realiza a través de una máquina que filtra la sangre del paciente para extraer los desechos urémicos, para ello el paciente debe asistir al menos tres veces por semana al centro hospitalario y permanecer allí de tres a cuatro horas en promedio. El paciente, según cita Contreras et al. (2007, p.166) *“debe vivir con la función renal notablemente disminuida y con una alta probabilidad de deterioro de los demás órganos internos, causando en algunos casos enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos y anemia, entre otros”* A pesar del avance tecnológico, la mortalidad de los pacientes en diálisis continúa siendo elevada (tres o cuatro veces más alta que la población en general).

En un estudio descriptivo y analítico con pacientes con insuficiencia renal crónica, denominado *“Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal”*, los cuales eran tratados en la unidad de hemodiálisis de un hospital universitario en Goiânia, Goiás, reportaron que tener una enfermedad crónica y recibir el tratamiento de hemodiálisis de manera continua les provocaba cambios importantes en su

vida, ya que gastaban gran parte de su tiempo en la enfermedad, además algunos de ellos sentían ser una carga para sus familias (Franco, Zatta, Vasconcelos, Barbosa, Santana dos Santos, y De Oliveira, 2011).

Fernández, et al. (2009), señalan que los pacientes que tienen menos tiempo de recibir el tratamiento con hemodiálisis recurren a la búsqueda de apoyo social, establecen contacto con las personas cercanas para obtener apoyo afectivo, asimismo se relacionan con otras personas que están pasando por la misma situación, también recurren a la distracción y tratan de no pensar en su situación de salud, estas estrategias les permite centrar su atención en otros aspectos disminuyendo así las emociones negativas y los pensamientos repetitivos. Sucede lo contrario con aquellos pacientes que tienen más tiempo de recibir el tratamiento ya que tienden al aislamiento, la confrontación y oposición, tratar de evitar a las otras personas y se muestran enfadados por su condición, tales estrategias tienen efectos negativos en la salud emocional de estos pacientes.

El tratamiento con hemodiálisis provoca cambios en los estilos de vida y en las conductas cotidianas de los pacientes que lo reciben, entre estos cambios se pueden citar: dieta alimentaria, ingesta de líquidos y uso de medicamentos. También el uso de tratamientos produce efectos adversos a nivel físico y psicológico, se puede observar efectos a nivel psicosocial como problemas maritales, disfunción sexual y problemas socioeconómicos (Urzúa, et al. 2011). Estos autores mencionan que de acuerdo con la literatura revisada, es esperable que los hombres presenten una mejor calidad de vida que las mujeres. Además, los pacientes con mayor tiempo de recibir tratamiento de hemodiálisis presentan una peor calidad de vida y los pacientes que perciben tener una familia con una relación armónica presentan mejor calidad de vida.

Sierra y Bentez (2014), reafirman que la IRC tratada con hemodiálisis afecta al paciente de manera global en lo que respecta a su funcionamiento e influye así mismo en su calidad de vida, es decir, en la percepción de bienestar que tiene acerca de su propia salud física, psicológica y social.

Si bien el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para preservar la vida de las personas afectadas, lamentablemente los efectos físicos y emocionales son devastadores para los mismos, por lo que no le aseguran al paciente un completo bienestar, ya que aspectos vinculados con la calidad de vida y la estabilidad emocional y afectiva pueden ser determinantes para el éxito del tratamiento (Rivera et al., 2012).

El tratamiento que se ofrece para aquellos pacientes que presentan Insuficiencia Renal en etapa terminal, es la sustitución renal por diálisis; tratamiento muy limitante y demandante para los individuos, pues como se mencionó anteriormente genera secuelas adversas que atentan contra la calidad de vida de éstos (Rojel y Rosas 2010). Desde los estadios iniciales de la enfermedad hasta su fase terminal, los síntomas, las restricciones (sobre todo dietéticas) y su tratamiento se ven reflejados en la vida diaria de estos pacientes. (Rebollo et al., 2014).

Un estudio realizado por Guenoun y Bauça (2012, p.58), señala que *“el estrés mantenido en el tiempo junto con la inhibición emocional y el enojo produce baja respuesta inmune y aumento de la depresión”*, estas respuestas emocionales se presentan en los pacientes que reciben hemodiálisis, provocándoles un empeoramiento en su bienestar psicológico. Recibir dicho tratamiento de dos a tres veces por semana, durante cuatro horas por día, puede resultar ser una experiencia tediosa e incómoda, donde los pacientes perciben que el tiempo transcurre lentamente y las sesiones se tornan monótonas y rutinarias, lo que podría detonar crisis de ansiedad o depresión.

Por consiguiente, Guenoun y Bauça (2012), proponen que el personal de salud pueda ayudarles a los pacientes a que se diviertan, compartan con sus compañeros ratos agradables. Por ejemplo, señalan que han tenido resultados exitosos en los talleres con mándalas y el de los disfraces para carnaval, ya que solicitan repetir la experiencia. También recomiendan la importancia de preguntarles a los pacientes cuáles son sus gustos, lo que implica para ellos ser considerados en la toma de estas decisiones y conocer su predisposición e inclinación por unas opciones u otras. También ayuda a que valoren la

opinión del resto de compañeros, lo que fomenta el debate de unos con otros y el conocimiento del otro.

Principios de tratamiento

El objetivo primordial del tratamiento con hemodiálisis corresponde en sustituir la función excretora de los riñones, esto por medios artificiales, donde se busca eliminar el exceso de líquido y los solutos superfluos del cuerpo. Durante un tratamiento de hemodiálisis, la sangre del paciente está circulando fuera del cuerpo a través de un riñón artificial, el dializador. En principio, un dializador contiene dos cámaras separadas por una membrana, una de ellas inundada por la sangre y la otra por un líquido especial de diálisis. La membrana es semipermeable, permitiendo así el paso del agua y de los solutos hasta cierto tamaño. La circulación extracorpórea es controlada por una máquina de diálisis, la cual prepara también el líquido de diálisis.

Cuando comienza el tratamiento, la sangre del paciente contiene exceso de líquido y productos de desecho. Para eliminar el líquido se aplica un gradiente de presión a través de la membrana en el dializador. Esto fuerza al agua a abandonar la sangre, a penetrar la membrana y entrar en el líquido diálisis mediante el proceso de ultrafiltración. La cantidad de líquido ultrafiltrado durante la sesión entera de tratamiento deberá corresponder al exceso de volumen. A medida que el líquido de diálisis se ve libre de productos de desecho, se genera un gradiente de concentración a través de la membrana. Esto hace que los productos de desecho pasen mediante difusión desde la sangre a través de la membrana y entren en el líquido de diálisis. El resultado del tratamiento es que el volumen de la sangre queda ajustado, y que los productos de desecho son eliminados de ella. Los dos procesos de eliminación de líquido (ultrafiltración) y de eliminación de solutos (difusión) tienen lugar normalmente en forma simultánea (Banderas, Pendón y Rodríguez, 2014).

Adherencia al tratamiento

Estudios mencionan que los pacientes que reciben la hemodiálisis, en algunos casos, son poco adherentes al tratamiento, esto debido a que la persona debe realizar una

serie de cambios en sus hábitos y en su rutina de vida diaria, pues debe someterse a un tratamiento altamente demandante y complejo que consiste en restricciones en la dieta y en el consumo de líquidos e ingesta de medicamentos diarios. La restricción de líquidos constituye uno de los mayores retos ya que a los pacientes se les dificulta cumplir con esto al pie de la letra (Contreras et al., 2008). Las características sociodemográficas que se podrían asociar con la adherencia al tratamiento son: el sexo y la edad, donde los hombres más jóvenes suelen tener más riesgo de no ser adherentes. La familia juega un papel muy importante como recurso de apoyo social que tienen los pacientes hemodializados, la adherencia al tratamiento es mayor en aquellos que tienen familias cohesionadas. En aquellos casos en que el nivel sociocultural es menor, hay más problemas de adaptación al tratamiento (Contreras et al., 2008).

Diálisis peritoneal

La diálisis peritoneal es una técnica de tratamiento sustitutivo de la función renal que utiliza como membrana de diálisis la membrana peritoneal, membrana biológica que opera como una membrana dialítica (Rivera et al., 2012).

Los citados autores indican que existen dos modalidades de diálisis peritoneal: la diálisis peritoneal continua ambulatoria que se lleva a cabo manualmente y otra que se sigue de manera automatizada. La diálisis peritoneal automática consiste en la aplicación de bolsas gemelas para el intercambio de líquido de diálisis previamente introducido en la cavidad peritoneal, el líquido se vacía en una de las bolsas, para posteriormente introducir líquido nuevo proveniente de la segunda bolsa. Las toxinas y el exceso de agua de la sangre pasan al líquido que se recambia varias veces al día manualmente. Esto mantiene la función renal residual durante más tiempo. Los tratamientos sustitutivos de la IRC garantizan la supervivencia pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, psico-emocional y social, por lo que aspectos vinculados a la calidad de vida y la estabilidad emocional y afectiva del paciente pueden ser determinantes.

Aspectos psicológicos y psicosociales del paciente con Insuficiencia Renal Crónica

La IRC tiene características que la hacen sumamente adversa, debido a que los pacientes se encuentran expuestos a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales. Aunado a esto, deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, donde debe vivir con una función renal disminuida y con una elevada probabilidad de deterioro de los demás órganos internos. A pesar del avance tecnológico, la mortalidad de los pacientes renales crónicos sigue siendo elevada (tres o cuatro veces más alta que la población en general (Romero, Martínez, Makaiza, Guarín y Pérez, 2013)).

Lerma et al. (2012), indica que la diálisis impone cambios físicos, psicológicos y sociales que exigen adaptaciones a una nueva forma de vivir, para lo cual la persona tiene que autorregular su estado emocional. Se conoce que las personas que se dializan tienen una alta prevalencia de ansiedad y depresión, viven con un elevado nivel de estrés, y tienen una percepción deteriorada de la calidad de vida.

Como se ha venido mencionando a lo largo de este trabajo, los pacientes con IRC deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico. Mok y Tam (2001) citados por Contreras et al. (2007) señalan que la IRC produce problemas en los cuales la amenaza constante de muerte y el carácter restrictivo del tratamiento se hacen presentes; los pacientes deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismos, así como cambios en los roles dentro de la familia.

Cada vez hay más aportaciones que resaltan que las variables físicas no son suficientes para comprender el impacto de la diálisis en la calidad de vida, induciendo a explorar variables psicológicas y sociales que permitan identificar nuevos moduladores de la calidad de vida, como el afrontamiento (Ruíz de Alegría et al., 2013, p.343).

De acuerdo con García-Llana, et al. (2010), la depresión es uno de los problema psicológico más frecuentes en la población con IRC en estadios avanzados, se puede tratar con intervenciones farmacológicas y psicológicas. En pacientes sometidos a hemodiálisis el diagnóstico de depresión se sitúa en el 44% y la población con IRC en estadio 5 constituye un grupo de riesgo debido a los estresores vitales a los que se enfrentan. Otros problemas psicológicos importantes que citan, son los trastornos de ansiedad en esta población, los cuales de alguna manera han sido infravalorados al asociarse a los cuadros depresivos.

Los autores citados en el párrafo anterior, también mencionan que la labor del profesional en psicología debe estar enfocada en promover los recursos que tiene la persona, así como propiciar estrategias y respuestas adaptativas, también apoyar la adherencia al tratamiento y el manejo de los síntomas. Por lo tanto el abordaje debe realizarse con una visión integral que contemple los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales derivados de su condición.

A continuación, se analizan las variables sociodemográficas y emocionales que influyen en el bienestar psíquico de las personas que presentan esta enfermedad.

Variables Sociodemográficas

Contreras et al. (2008), indican que la edad es una variable que ha mostrado relación con la calidad de vida; sin embargo, sus resultados son controversiales. Algunos estudios coinciden en afirmar que la percepción de calidad de vida disminuye a medida que aumenta la edad, tanto en la población general como en los pacientes en diálisis y que posiblemente se genera una mejor calidad de vida en los más jóvenes al ser más activos laboralmente. Ellos señalan que por el contrario, algunos otros autores sostienen que la calidad de vida suele ser mejor en el adulto mayor que en el joven, otros no encuentran diferencia alguna. Los autores citados mencionan que con respecto al sexo, las mujeres manifiestan un mayor detrimento en la calidad de vida, lo que puede atribuirse a la ansiedad y depresión que exhiben con mayor frecuencia. De igual forma, los viudos, solteros o divorciados perciben una calidad de vida más deteriorada, al igual que los que se encuentran inactivos laboralmente.

Variables Emocionales

Algunos estudios se han dado a la tarea de analizar el impacto psicológico que genera la enfermedad en el estilo de vida de las personas que diariamente enfrentan la IRC. García y Calvanese (2008), indican que precisamente un estudio realizado por Calvanese (1991) en pacientes con IRC determinó que los problemas que se presentan en las personas son: depresión, ansiedad y dependencia por la inminente sensación de muerte. Estos autores indican que *“el repertorio funcional y psicológico de dichos pacientes se ve reducido drásticamente en vista de que una buena parte de su versatilidad se ocupa en atender a ese nuevo huésped que consume energía atención continua y dedicada a la enfermedad”* (2008, p.6). Ellos mencionan que tanto la depresión como la ansiedad pueden influir en la adherencia al tratamiento y la evaluación de la calidad de vida, y estas percepciones pueden acortar la supervivencia del afectado.

Contreras et al. (2008), concuerdan en que las variables psicológicas que ejercen mayor repercusión sobre la calidad de vida son la depresión, la ansiedad, la incertidumbre acerca del futuro y el reconocimiento de la pérdida de calidad de vida, situaciones que influyen de manera significativa en el bienestar de los pacientes y que se ha asociado con una mayor mortalidad. Otras reacciones esperables en los pacientes que reciben hemodiálisis son la hostilidad y la ira, la dependencia emocional y psicológica que se deriva de la dependencia del tratamiento sustitutivo. Los pacientes se enfrentan a severas limitaciones y exigencias, lo que genera en muchos casos cambios en las relaciones familiares, roles sociales, relaciones de pareja asociadas al deterioro en la respuesta sexual y problemas económicos, pues el paciente por lo general deja de trabajar.

No solamente se afecta la salud de la persona, sino que también su familia, pareja, situación económica, trabajo, ocio y las relaciones sociales. Por lo que dada las características de dicha enfermedad, el tratamiento, la incertidumbre por la que atraviesan con respecto al futuro que les espera, la dependencia al tratamiento de hemodiálisis y al personal sanitario, limitaciones en la dietas, cambios que se presentan en las relaciones sociales etc., provocan la presencia de trastornos emocionales en tales personas.

En algunos estudios se ha encontrado que la ansiedad es más elevada cuando se tienen más años de vida y durante los primeros meses de hemodiálisis, mientras que la depresión ha sido mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad avanzada. Otras reacciones emocionales de los pacientes en tratamiento son la ira/hostilidad, dirigidas hacia el personal asistencial y el régimen terapéutico, como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento (Vinaccia, y Quiceno 2011). Vinaccia, y Quiceno (2011), indican que los factores individuales como el sexo, la forma de vida, los hábitos higiénico-dietéticos, las creencias y prácticas religiosas/espirituales, la situación económica y familiar y la habilidad personal en el enfoque de la enfermedad causan cambios en el abordaje del desarrollo de dichas patologías y en las modalidades de tratamiento

Calvo y Cuenca (s.f.), mencionan que cualquier persona que tiene una patología determinada sufrirá alteraciones físicas y psíquicas, en el caso de la población que sufre IRC y que deben someterse al proceso de hemodiálisis, atraviesan por un proceso de ajuste ante un nuevo mundo que deben vivir, donde forma parte su terapia sustitutiva que sobreañadirá a tal condición sentimientos de pérdida de la independencia, frustración, culpabilidad, tristeza y ansiedad, ante el hecho de que ahora depende totalmente de una máquina que realiza la función del riñón, limpiar su sangre para sobrevivir. Según un trabajo de investigación realizado por estos autores, el 70 % de la población percibió la primera sesión de hemodiálisis como:

El comienzo de una nueva etapa, un cambio en sus vidas o un mundo nuevo, por pasar a depender de una máquina. Para un paciente significó una experiencia de miedo; otro no pensó en su significado pues tenía asumido que llegaría la primera vez (s/a, p.3).

Según este trabajo, entre los pacientes que reportaron que la pasaron mal durante la primera sesión de diálisis, se cita que habían llorado y que pensaron en el fin de la vida. En contraposición con estas apreciaciones se tiene que los pacientes que reportaron haber pasado bien la primera sesión, contaban con suficiente información previa y habían

asumido tal tratamiento como algo cercano, más de la mitad de la población asumió la enfermedad con el apoyo de la familia, además aunado a esto recibieron tratamiento psicológico. De este estudio se desprende que las acciones que ejecuta el personal de salud en la primera sesión son determinantes ya que contribuyen a que esta experiencia se percibida de una forma menos amenazante.

Estrategias de Afrontamiento

Con el tiempo las complicaciones derivadas del tratamiento sustitutivo de la función renal y de la propia enfermedad se van agravando, percibiendo las personas afectadas un estilo de vida significativamente limitado con respecto a otras personas, tal situación implica cambios de vida significativos a nivel físico, psicológico y social para el paciente y su familia. Para adaptarse la persona pone en marcha, pensamientos y acciones, es decir, pone en acción las llamadas estrategias de afrontamiento (Fernández, et al. 2009).

Romero (2013), menciona que el afrontamiento se refiere a los esfuerzos comportamentales y cognitivos que hacen las personas para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para conservar sus procesos vitales y su integridad. Por su parte, Acosta et al. (2008, p.12), citan que de acuerdo con Lazarus y Folkman (1985), el afrontamiento se entiende como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*. Las personas según indica Romero (2013), utilizan dos tipos de estrategias de afrontamiento: las estrategias comportamentales que tienen como objetivo controlar el estímulo o estresor en forma directa y las estrategias afectivas que buscan controlar las reacciones emocionales que el problema genera.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución activa y positiva del problema han sido asociadas con una mejor adaptación al tratamiento dialítico, en tanto que estrategias evasivas o pasivas se han asociado con una menor capacidad adaptativa y malos resultados en la intervención terapéutica (Rivera et al., 2012).

Cabe mencionar que una enfermedad crónica amerita de manera paulatina que la persona logre cierto nivel de adaptación, el concepto de adaptación se puede entender según Romero *“como el proceso y resultado por el que las personas piensan y sienten, como grupos o individuos usando conscientemente el conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental”* (2013, p.34). Romero (2013), cita a Rudnick, quien en un estudio realizado encontró en los pacientes desequilibrio adaptativo, en cuanto a la imagen corporal y relaciones corporales. Concluyó que del equilibrio de este proceso de adaptación, se previene, como en toda enfermedad crónica.

Los pacientes con IRC como se ha dicho experimentan diversas dificultades asociadas, entre ellas están las de carácter físico que son consecuencia directa de la enfermedad, tal y como es el dolor, los cambios metabólicos, dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos; además de las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos como náuseas, vómitos, somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual, dolor crónico, entre otros.

Afrontamiento del Dolor Crónico

Rodríguez et al., exponen que las estrategias de afrontamiento son de suma importancia en los casos de dolor crónico, estos autores de manera muy atinada indican que la evaluación del dolor y el afrontamiento van de la mano, *“son procesos indisolubles, unidos que determinan en gran medida, la evolución de los síntomas e incluso la cronificación del cuadro”* (2004, p. 34). En este sentido los autores mencionados anteriormente, se enfocaron en estudiar los modos de afrontamiento del dolor, señalan que más que estilos o modos, se podría hablar de estrategias específicas, destacándose las de tipo cognitivo como por ejemplo: utilizar la imaginación para ignorar el dolor o transformarlo en otra sensación, de distracción o reestructuración cognitiva. También citan las estrategias conductuales como lo son: búsqueda de apoyo social, descanso, evitación de actividades o situaciones determinadas, la medicación, el ejercicio, entre otros.

Rodríguez et al. (2004), señalan en cuanto a la valoración del dolor, que las variables que más se relacionan con el afrontamiento son las que corresponden al lenguaje interno, especialmente las creencias de control. También mencionan que los resultados de

afrontamiento se relacionan con cambios en los parámetros del dolor, como lo son los sensoriales (intensidad, frecuencia y duración), emocionales (depresión, ansiedad) y funcionales (conductas de dolor, discapacidad, interferencia en la vida social, laboral etc.).

La desesperanza y la catastrofización se asocian con altos niveles de discapacidad emocional y depresión, en cambio rezar y tener esperanza, se asocian con alto nivel de discapacidad física. El afrontamiento religioso constituye una estrategia comúnmente seguida por los pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis, puede ser visto como una estrategia dirigida a conseguir ayuda de un ser superior sobrenatural. Está diseñada para ayudar a las personas a encontrar significado y propósito en la vida, confort emocional, control personal, intimidad con otros, salud física o espiritualidad, mediante métodos como el perdón, la purificación, la confesión y el apoyo espiritual.

Se han destacado dos aspectos básicos de la vida espiritual: uno vinculado con la satisfacción ante la vida y otro asociado al establecimiento de una relación personal con lo divino. Se ha reportado una importante relación entre salud mental, espiritualidad y la habilidad para afrontar la enfermedad y las situaciones de duelo, aunque algunos investigadores han obtenido resultados poco alentadores en pacientes diabéticos, con IRC o en sujetos de la comunidad (Rivera et al., 2012).

Rosenstiel y Keefe, citado por Rodríguez et al. (2004) desarrollaron el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ) y plantearon una estructura teórica que incluía seis estrategias cognitivas: distracción, reinterpretación del dolor, autoverbalizaciones de afrontamiento, ignorancia del dolor, rezar o tener esperanza y catastrofización. Dos estrategias conductuales: incremento del nivel de actividad e incremento de las conductas del dolor y finalmente dos escalas de efectividad: control sobre el dolor y capacidad para disminuir el dolor. Partiendo de dicha estructura teórica se dieron a la tarea de factorizar las puntuaciones de las sub-escalas, la estructura resultante de segundo orden se compuso de tres factores:

1. Afrontamiento cognitivo y supresión, incluye las estrategias de reinterpretación del dolor, auto-verbalizaciones de afrontamiento e ignorancia de dolor que implican un afrontamiento activo y generalmente adaptativo. Los pacientes que hacían uso de este primer grupo se mostraban menos impedidos funcionalmente.
2. Desesperanza, incluye las estrategias de catastrofización y escaso incremento en el nivel de actividad y se asocia con un afrontamiento pasivo y poco eficaz. Los pacientes que hacen uso de estas estrategias estaban más ansiosos y deprimidos.
3. Distracción y rezos, se refiere a un afrontamiento centrado en aspectos externos, los pacientes que hacen uso de este tercer grupo padecían más dolor y más limitación funcional.

Acosta et al. (2008,) señalan que el estilo de afrontamiento más usado es el centrado en la emoción, seguido por el estilo centrado en el problema. En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento encontraron que la planificación, aceptación y reinterpretación positiva-crecimiento, destacan como las más utilizadas. Los citados autores consideran que la estrategia de planificación ayuda a los pacientes a desarrollar un plan de acción para responder a los nuevos cambios y demandas de la enfermedad y sus tratamientos. Igualmente, el uso de la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento puede coadyuvar a responder a las demandas emocionales.

Consecuentemente, es importante conocer más sobre las estrategias específicas que utilizan los pacientes ante el dolor que sienten, debido a una enfermedad crónica, para ello se utiliza como una base importante el trabajo realizado por Rodríguez et al. (2004) sobre la adaptación a la población española del cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Coping Strategies Questionnaire), elaborado originalmente por y Rosenstiel y Keefe (1983), el cual se utilizó en la presente investigación para la recolección de datos.

De acuerdo con el citado autor, seguidamente se conceptualizan las estrategias de afrontamiento que se sometieron a evaluación con el objetivo de determinar cuáles son las

que más utilizan, los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibieron tratamiento con hemodiálisis en el Hospital San Juan de Dios durante el mes de setiembre de 2015:

Catastrofización

Rodríguez et al. (2004, p.33), citan que Jensen, et al., encontraron que la desesperanza y la catastrofización se asocian directamente con altos niveles de discapacidad emocional y depresión.

García y Roderob (2011, p.59) menciona que *“la catastrofización ante el dolor es un constructo psicológico fácilmente medible y que se correlaciona con una serie de variables de mal pronóstico...”*. Estos autores definen el catastrofismo como un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico.

Los individuos que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico ante cualquier tratamiento. Barragán y Almanza (2013) sugieren que este concepto se refiere a la ideación negativa y dramática del dolor, con consecuencias y dificultades para afrontarlo.

Conductas distractoras

Rodríguez et al. (2004), indican que las conductas distractoras son una estrategia de afrontamiento cognitiva más activa que permite una mayor adaptación, así como una disminución en los parámetros del dolor. Por lo tanto, incluye actividades de ocio no mentales encaminadas a distraerse de la percepción dolorosa (Barragán y Almanza 2013).

Rosenstiel y Keefe (1983), refieren que se puede entender de manera operacionalizada como el hecho de pensar en las cosas que sirven como distractor del dolor, como por ejemplo: cantar una canción, realizar juegos mentales etc.

Autoinstrucciones

Rodríguez et al. (2004), menciona que esta estrategia hace referencia a una serie de autoverbalizaciones dirigidas a afrontar con éxito el dolor. Es una estrategia adaptativa por medio de la cual las personas son capaces mentalmente de darse afirmaciones para controlar el dolor, son conductas psicológicas de autoayuda (Barragán y Almanza, 2013).

Ignorar el dolor

Corresponde a una estrategia cognitiva que permite hacer uso de la imaginación para ignorar el dolor o transformarlo en otra sensación (Rodríguez et al., 2004). Sugiere comportamientos que pretenden eliminar la influencia del dolor en la vida diaria (Barragán y Almanza, 2013).

Reinterpretar el dolor

Hace referencia a la intención de transformar la percepción dolorosa, para así aliviar su impacto (Rodríguez et al., 2004). Evalúa las estrategias que utilizan las personas para alejarse del dolor; no siempre recurren a actividades simples, debido a la complejidad que representa convencerse a sí mismos de que el dolor está fuera de su cuerpo y que se puede alejar mentalmente (Barragán y Almanza, 2013).

Esperanza

Barragán y Almanza (2013), indican que esta estrategia se refiere a los pensamientos que tienen las personas acerca de la creencia en un futuro, respecto a la mejoría de la enfermedad y que está casi siempre presente en las personas que creen en un futuro con mejor calidad de vida, esta estrategia influye de manera positiva en el afrontamiento del dolor. Rodríguez et al. (2004), menciona que la esperanza se relaciona con alta discapacidad física. Según Luque, López, Torollo y Crespo, esta estrategia se relaciona con el concepto de “optimismo disposicional” desarrollado por Scheier y Carver, el cual se refiere a *“una creencia o expectativa generalizada y estable de que ocurrirán sucesos positivos. Cuando surgen dificultades, las expectativas positivas aumentan los*

esfuerzos por alcanzar las metas, promoviendo un afrontamiento activo y persistente, mientras que las expectativas negativas tienen el efecto opuesto” (2014, p.262).

Los citados autores exponen que el optimismo es un rasgo positivo de la personalidad, ya que se asocia con un mayor bienestar, juega un papel importante en la salud física de las personas. Algunas investigaciones indican que se relaciona con mayor protección ante la enfermedad y la esperanza de vida. *“Las personas más optimistas generan ante situaciones de estrés unas respuestas de inmunocompetencia mejores que la de los pesimistas”* (Luque, et al. 2014, p.262), el optimismo, también se asocia con un mejor estado de ánimo y de citotóxica.

Fe y plegarias

El afrontamiento religioso se asume como un acto supersticioso que puede aportar apoyo emocional para el individuo pero no una modificación más profunda del carácter. Por otro lado, se ha encontrado, en sujetos mexicanos, que la espiritualidad resultante de una productiva relación con la vida y las personas, sin relación directa con lo religioso, genera cambios de carácter que pueden impactar positivamente la salud mental del sujeto. (Rivera et al., 2012). Según Barragán y Almanza (2013), las personas se aferran a la fe y a las conductas religiosas con el fin de mejorar su estado de salud.

Distracción cognitiva

Barragán y Almanza (2013), señalan que ésta constituye una estrategia de tipo adaptativa frente al dolor. De acuerdo con Rodríguez y Cano (2004), el dolor es un percepción compleja donde más allá de toda la teoría neurofisiológica, se debe considerar la reconceptualización del dolor como una experiencia no sólo sensorial sino también emocional y cognitiva. Una de las preguntas con respecto a este tema es por qué en algunas personas el dolor se crónifica, por lo que metafóricamente hablando se podría decir desde la teoría de la puerta, que no cierran la puerta del dolor.

Familia e Insuficiencia Renal

El incremento de las enfermedades crónicas como lo es la IRC es una preocupación del campo de la salud ya que demandan una atención permanente y adecuada, aunado a esto repercute directamente en la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, lo que les genera interrogantes con respecto a su autovaloración, predicción y control. A esto también se le debe agregar el hecho de que se considera una enfermedad catastrófica que amenaza la vida y que también provoca secuela psicosociales lo que altera el proceso de evolución y de rehabilitación. Sánchez (2000, p. 47), indica que *“Toda enfermedad compromete al individuo en su totalidad como organismo, como persona y como ser social”*.

Al respecto, Santelices, et al. (2009), indican que la insuficiencia renal crónica terminal, es una enfermedad crónica y además catastrófica que con frecuencia, el diagnóstico así como el tratamiento afecta la vida del paciente y su entorno, ya que se asocia con el sufrimiento y el riesgo de muerte que existe. La persona experimenta una alteración en la percepción del presente y del futuro, producto de los cambios amenazadores que experimenta, los cuales se relacionan de manera directa con la enfermedad, los efectos secundarios, los tratamientos que generan angustia asociada al sentimiento de incertidumbre ante la espera de una solución médica, así como los cambios en los roles, la pérdida de ciertas capacidades funcionales o del trabajo, los cambios en su imagen corporal, el temor del afrontamiento de la propia muerte y lo que ella conlleva.

Ingresar a un servicio de hemodiálisis, desencadena una situación que provoca crisis en la que el paciente debe hacer grandes esfuerzos para lograr adaptarse y rediseñar su vida de acuerdo con las limitaciones que genera la misma enfermedad. Santelices et al (2009), exponen que la persona afectada percibe que su control ahora lo tienen personas extrañas a él, por lo que mantiene una relación ambivalente con el equipo médico. Montero, et al. (2014) en su artículo denominado *“Familia e Insuficiencia Renal Crónica Terminal”*, relatan que dicha enfermedad impacta las dimensiones física, psíquica, socioeconómica, relacional y temporal del paciente y de su familia. Por consiguiente, las demandas del

familiar afectado ameritan que alguna persona de la familia adopte el rol de cuidador principal o primario, por lo que al interior de la familia se deben hacer ajustes, lo que conlleva al establecimiento de nuevos patrones de convivencia. Gamboa (2014), explica que la familia es reconocida como una red de apoyo social cercana e inmediata a las personas, tiene una función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, el funcionamiento adecuado de las relaciones familiares y de pareja contribuye en el bienestar y la salud de sus miembros, la disfuncionalidad genera malestar y vulnerabilidad.

El funcionamiento familiar no es ni más ni menos un proceso psicológico que tiene lugar en el seno de la familia y permite que sus miembros se desarrollen como parte de un grupo así como a nivel individual. Integra a todos los procesos psicológicos que ocurren en el seno de la familia y permite un adecuado desarrollo como grupo y de los individuos que la conforman. La adaptación a nivel familiar a la enfermedad crónica puede seguir los dos siguientes rumbos, según lo explica Gamboa (2014).

- 1) La adaptación familiar eficaz: cuando las familias son flexibles y las reglas permiten a sus miembros expresar emociones.
- 2) La adaptación familiar ineficaz: tiene lugar cuando los roles son rígidos o cuando las reglas familiares prohíben la expresión emocional.

Por lo tanto, aquellas familias que tienen un mejor sostén emocional y material logran adaptarse de una manera más efectiva a la enfermedad; por otra parte, aquellas más vulnerables pueden tener mayor dificultad para adaptarse. La actitud de la familia resulta crucial en la determinación del curso de la enfermedad y contribuye para el mejoramiento o exacerbación de los síntomas. Conocer la manera en que una familia funciona es fundamental ya que esto hace referencia acerca de lo acontecido en la familia y de los recursos con los que esta cuenta para hacerle frente a las situaciones diarias. Para conocer ese funcionamiento es necesario considerar el contexto socio-cultural en el que la familia vive, reflejando su herencia, lealtad, confianza, independencia y dinamismo.

En cuanto a la relación de pareja como tal, Vélez et al., (2006), en su artículo denominado *“Pacientes con Enfermedad Renal Terminal bajo Hemodiálisis: Libido y Función Eréctil”*, señalan que los hombres que se encuentran en un estado avanzado de la enfermedad de la IRC y que por ende reciben tratamiento de hemodiálisis presentan dificultades de disfunción eréctil, este tema cobra gran relevancia ya que repercute directamente en la vida de pareja. También señalan que los pacientes en una etapa avanzada tienen una prevalencia de Disfunción Eréctil entre el 86, 4% y 90%. Las alteraciones hormonales pueden tener influencia en el libido de los pacientes. Producto de las condiciones médicas que presentan las personas con IRC, es esperable que pierdan su deseo sexual, así lo demostraron en un estudio que realizaron en Colombia, donde de un total de 117 personas el 89% presentó algún tipo de Disfunción Eréctil, el 19% se indicaron que su nivel de disfunción era leve.

Guerrero (2014), menciona que los trastornos de la erección (tipo disfunción eréctil) son los más frecuentes, seguidos por los trastornos del orgasmo, anorgasmia, trastornos del deseo sexual, disminución de la libido y por ende de la frecuencia de los contactos sexuales. Lo más preocupante de los resultados es que los pacientes no son conscientes de la presencia de estas patologías por lo que no han consultado con un profesional de la salud que pueda ayudarle a reducir el impacto que estas pueden tener sobre sus relaciones afectivas.

Llama la atención el distanciamiento de parejas que desencadena la enfermedad, al ser fuente principal la pérdida de la libido, pérdida de erección, el aliento urémico, existen parejas que convivieron por varios años y no se sintieron afectadas porque en diálogos indican que el amor es el que mantiene su relación (Guerrero, 2014).

“El 80% de los pacientes con IRC en hemodiálisis tenían disminuida la potencia sexual. Un estudio más reciente en Londrina, Brasil reportó algún grado de DE en 86,4% de una muestra de 118 pacientes con enfermedad renal terminal bajo hemodiálisis. Otra cohorte similar en Filadelfia informó 82% de prevalencia de DE” (Vélez, et al., 2006, p-250).

Los hallazgos encontrados apuntan que la disfunción eréctil debe ser considerada como un factor que afecta la calidad de vida de estos pacientes. Rosas y col., citado por Vélez (2006), concluye en un estudio de 307 pacientes que la disfunción eréctil estaba asociada con una pobre calidad de vida, en particular en la interacción social y disminución de la sensación de bienestar. Ellos también citaron a Turk y col., quienes se dieron a la tarea de evaluar la calidad de vida entre 148 pacientes en hemodiálisis en Turquía y encontraron que los que sufrían disfunción eréctil tenían puntajes más pobres en casi todos los componentes mentales del SF-36 (Medical Outcome Score), una herramienta de medición de calidad de vida.

Entendiendo el Dolor Crónico

El dolor es una alarma interna que nos avisa cuando algo no está bien, es un signo de enfermedad y es el motivo que con mayor frecuencia lleva al paciente a consultar con el médico. La función del sistema de percepción es proteger al cuerpo y conservar la homeostasis; realiza esa función al detectar, localizar e identificar elementos nocivos para los tejidos. *“El dolor es descrito como una sensación no placentera asociada con una parte específica del cuerpo. Es producido por procesos que dañan o son capaces de dañar los tejidos”* (Zegarra, 2007, p. 105). Ramírez et al., (2001), mencionan que el dolor crónico, se puede entender como una situación de tensión mantenida, que la persona percibe como amenazante, que se conceptualiza desde el modelo del análisis procesal del estrés (Lazarus y Folkman, 1986) como situación estresante.

Por otra parte, Rodríguez et al., (2004, p.36), mencionan que *“el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión histórica real o potencial o descrita en términos de la misma”*. Estos mismos autores indican que estos hechos dieron lugar al estudio del dolor y que es así como Melzack y Wall formularon los procesos que abren y cierran la puerta, los cuales pueden ser desde una lesión histórica, una disfunción fisiológica, una ira reactiva o la desesperación. Mencionan que en esencia son tres: ¿cómo me siento con el dolor?, ¿qué pienso del dolor?, y finalmente ¿qué hago con él?

Las secuelas al respecto, pueden ser numerosas, la persona afectada puede hasta experimentar pérdidas significativas en su trabajo, en la vida, familiar, social, sexual inclusive económicas. El hecho de sentir una amenaza conduce a la persona a movilizarse y a buscar una manera para controlar el dolor de diversas maneras. El paciente busca sus propios mecanismos, los cuales como ya se ha explicado corresponden al conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales que están en constante cambio, para así hacerle frente a las demandas de acuerdo con los recursos que la persona cree que tiene a su disposición con el fin de reducir el malestar que le genera la amenaza percibida.

Ramírez et al., (2001) citan a Sánchez Cánovas y Sánchez López, (1994), quienes indicaron que el dolor se determina a partir de:

1. La capacidad del sujeto para manejar una situación que es, en sí misma y dadas sus características contextuales, estresante (lo cual alude al concepto de afrontamiento).
2. Los recursos (internos y externos) con los que cuenta para hacerles frente.
3. Las características personales (sexo, edad, variables de personalidad) que, en interacción con las anteriormente reseñadas, pueden actuar como variables diferenciales en la vivencia de la experiencia de dolor.

Van-der Hofstadt y Quiles (2001), indican que el dolor es una de las causas de incapacidad más frecuentes y una de las razones que llevan al individuo a buscar cuidados médicos, esto genera que sea un tema central en el campo de la salud pública, con unos costos económicos y en términos de sufrimiento humano altamente elevados, especialmente en el caso del dolor crónico.

Pese a ello, hasta hace relativamente poco tiempo no se había desarrollado suficiente investigación, aunque cada vez es más evidente que el camino hacia el análisis y solución del problema pasa por ascenso del modelo biopsicosocial. Aunque no hay unanimidad en los resultados de las diferentes líneas de investigación, sí existe al

considerar que el problema del dolor debe ser abordado desde una perspectiva multidimensional.

En alusión a este tema, Moix y Casado (2011), consideran el dolor crónico como aquel que persiste más de tres meses; bajo la calificación de dolor crónico se suelen englobar diversas patologías como lumbalgia, fibromialgia, artrosis y cefaleas, en las que la psicología actual está trabajando de forma importante para la determinación de los factores psicológicos implicados en su desarrollo, mantenimiento, cronificación, tratamiento y/o recuperación.

Naturaleza del dolor

Zegarra (2007), explica que los estímulos causantes del dolor reciben el nombre de “noxious”, estos son detectados por receptores sensoriales específicos llamados “nociceptores”. Los nociceptores son identificados como fibras C y fibras A, responden selectivamente a estímulos, estos son terminaciones nerviosas libres con cuerpos celulares en los ganglios de las raíces dorsales con terminación en el asta dorsal de la medula espinal, se encuentran en todo el cuerpo, pero están más extensamente localizados en: periostio, pared arterial, dientes, superficie articular, bóveda craneana. En la medula espinal los nociceptores se encargan de liberar mensajes a través de la liberación de neurotransmisores del dolor: glutamato, sustancia P, péptido relacionado con el gen de la calcitonina (PRGC).

Zegarra (2007), señala que los neurotransmisores del dolor activan la neurona de segundo orden vía los receptores correspondientes. Dicha neurona cruza la medula espinal al lado contralateral, y viaja por el haz espinotalámico hasta alcanzar el tálamo. En el tálamo se activa la neurona de tercer orden, y viaja a la corteza somatosensorial, la cual percibe el dolor. El abordaje del dolor crónico comienza a tener relevancia para la psicología a partir de los años ‘60 gracias al desarrollo del Modelo Multidimensional del Dolor de Melzack y Wall (1967), quienes a través de la “Teoría de la Compuerta”, lograron demostrar la importancia que asume la cognición en la modulación de la experiencia subjetiva del dolor. (Rosales, et al. 2014).

Dicha teoría, con amplio apoyo empírico en la actualidad, explica cómo la actividad de determinadas fibras nerviosas produce analgesia a nivel medular y cómo la influencia de estructuras superiores del Sistema Nervioso Central opera también en la modulación del dolor. Es decir que la relación entre la magnitud de la lesión y la experiencia sensorial deja de ser unívoca y cobran relevancia los factores afectivos y evaluativos del dolor. De esta manera, el componente cognitivo pasa a ocupar un rol protagónico, la manera de pensar acerca del dolor parece afectar la intensidad y la frecuencia de percepción de la experiencia dolorosa.

Moretti (2010), menciona que con la aparición de la esta teoría se realiza una reconceptualización de la experiencia de dolor, ya que esta teoría explica cómo la mente desempeña un papel esencial en la experiencia final de dolor. Pues se sugiere que existe un sistema de bloqueo (compuerta), a nivel del sistema nervioso central, que posibilita la apertura o cierre de las vías relacionadas al dolor. La compuerta puede abrirse permitiendo la transmisión del dolor a través de las fibras aferentes y eferentes desde y hacia el cerebro o en caso contrario, la compuerta puede cerrarse para bloquear la transmisión del dolor. El mensaje que envía el cerebro (vías eferentes) al área donde se siente dolor puede ser modulado por la interpretación que la mente hace sobre esa experiencia de dolor. En este sentido, una buena cantidad de factores modulan la interpretación del dolor como las emociones y las experiencias previas con el dolor.

Clasificación del dolor

Atendiendo a su temporalidad y desde el punto de vista clínico, existe el dolor agudo y el dolor crónico. De acuerdo con los mecanismos fisiopatológicos, se habla de dolor: nociceptivo, neuropático, psicógeno y mixto. Según anatomía: dolor somático, dolor visceral, y según su rapidez de viaje en el sistema nervioso: dolor “rápido”, dolor “lento” (Zegarra, 2007).

Dolor agudo

Según explica Zegarra (2007), el dolor agudo, es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptores por una noxa, señala al respecto que aparece por

estimulación química, mecánica o térmica de nociceptores específicos; tiene una función de protección biológica. Los síntomas psicológicos son escasos.

Este tipo de dolor es la señal de alarma del organismo agredido y una vez que ha cumplido su misión se transforma en algo inútil y destructivo, si no es aliviado. El dolor no guarda ninguna relación cuantitativa con la lesión tisular que lo provoca, pero alerta al paciente cuando su tolerancia al dolor ha sido alcanzada, induciéndole a solicitar ayuda médica, sirviendo al médico como orientación diagnóstica y terapéutica. El dolor agudo produce una serie de efectos indeseables, como consecuencia de la llegada del estímulo doloroso a distintos niveles del SNC. Su duración es corta, bien localizado, se acompaña de ansiedad y de signos físicos autonómicos (taquicardia, hipertensión, taquipnea, fleo, ríaseas, vómitos, sudoración, palidez, entre otros).

Dolor crónico

Zegarra, (2007) explica que el dolor crónico, no posee una función de protección, sino que éste es persistente y puede perpetuarse por tiempo prolongado después de una lesión, e incluso en ausencia de la misma. Suele ser refractario al tratamiento y se asocia a importantes síntomas psicológicos. El autor citado en el párrafo anterior, explica que este dolor es de origen inflamatorio o neuropático, se caracteriza por una magnitud en la sensación del dolor a los estímulos nociceptivos: hiperalgesia; y la percepción nueva de un estímulo normalmente inocua como muy dolorosa: alodinia. Además, señala que el estado de dolor crónico dependerá de la sensibilización de la medula espinal, la activación de las vías nociceptivas que se proyectan a la medula y mesencéfalo; y de la activación de los sistemas facilitadores descendentes del dolor, que es esencial en el mantenimiento del estado sensibilizado de la medula espinal. Por otra parte, la sensibilización espinal es el resultado directo del incremento de las descargas aferentes primarias dentro de la medula espinal, lo cual mantiene el estado de excitación.

Dolor crónico benigno

Se acepta que el dolor crónico es aquel que persiste mucho más que el tiempo, también se define como el dolor que dura más de 3 a 6 meses, esto pese a los tratamientos adecuados. Cuando el dolor crónico no está asociado con el cáncer o SIDA se denomina Dolor Crónico Benigno. No responde al tratamiento de una causa específica y no hay signos de actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Se asocia con cambios de la personalidad y depresión (tristeza, pérdida de peso, insomnio, desesperanza), convirtiéndose el dolor, no ya en un síntoma como en el caso del dolor agudo sino en una enfermedad. En la mayoría de los casos se requiere un enfoque terapéutico pluridisciplinar.

Dolor crónico maligno

El dolor producido en el paciente oncológico constituye una verdadera urgencia que debe tratarse de inmediato y en el que están representados todos los tipos de dolor posibles. Puede ser un dolor continuo y constante, si bien no es infrecuente que aparezcan períodos de agudización en relación con la expansión del proceso tumoral.

Dolor psicógeno

El dolor psicógeno es un dolor no orgánico, que surge como consecuencia de padecimientos de origen psíquico. Entre ellos, puede incluirse los que aparecen en las neurosis (histeria, estados obsesivos compulsivos, estado de ansiedad e hipocondriasis) y en la psicosis (esquizofrenia en forma de alucinaciones y especialmente en los trastornos afectivos en forma de equivalentes). No hay que olvidar que el dolor psicógeno forma parte de los síndromes dolorosos crónicos, que es real y que precisa de un tratamiento específico por el psiquiatra. El dolor psicógeno es un dolor en el que predomina la dimensión afectiva-emocional y no encontramos causa de enfermedad orgánica que lo justifique. Son cuadros en los que la expresión física aparece en primer plano, pero no hay justificación somática. En algunos, esta expresión somática es muy abigarrada, y en otros, se advierte una evidente ganancia psicológica del enfermo. Es un dolor casi siempre prolongado, que

no cede al tratamiento habitual con analgésicos. Hay tipos de dolor en los que no hay evidente ganancia del enfermo.

Características de las personas con dolor Crónico

Spencer (2007), señala que los médicos de distintas especialidades se ven enfrentados a pacientes de dolor crónico en diversas patologías asociadas. Podemos mencionar como ejemplo:

- Dolor lumbar crónico, con o sin cirugía de columna que persisten con dolor; Lesión de extremidades que desarrolla cuadro de dolor regional complejo (distrofia simpática refleja y otros).
- Cuadros neurológicos que se acompañan de dolor crónico (neuropatía postherpética, polineuropatías, neuralgia facial atípica, etc).
- Dolor crónico pelviano.
- Patología gastrointestinal acompañada de dolor crónico (Sn.colon irritable y otros).
- Patología urogenital acompañada de dolor crónico (Sn.uretral, cistitis intersticial, orquialgia crónica, etc.).
- Diversas patologías reumatológicas y patologías asociadas.

Los paciente “difíciles” que tienen características comunes:

1.- El paciente se presenta habitualmente con un ánimo “quejoso”, es inconsistente en su sintomatología (ya no sabe por dónde empezar a relatar su larga historia) y no sigue el tratamiento indicado.

2.- Las consultas son largas, tediosas y atrasan el resto de la consulta; 3.- consulta diferentes especialistas (“vitrineo médico”) por el mismo cuadro u otro relacionado.

4.- Consulta en forma repetida al Servicio de Urgencia y tiene múltiples hospitalizaciones y/o cirugías, etc.

5.- El personal administrativo y el médico temen las consultas de estos pacientes.

Evaluación del Dolor

En los últimos años se han desarrollado diferentes escalas y métodos de evaluación que cada vez nos acercan más a la realidad. Es necesario distinguir entre el umbral de percepción del dolor: intensidad con la que se siente por primera vez dolor tras la aplicación de un estímulo doloroso, y el umbral de dolor importante, como intensidad en la que el dolor se hace insoportable para la persona. Entre ambos umbrales situaríamos el grado de tolerancia al dolor que debe determinarse de forma individual y es variable e influenciado por múltiples factores. En la evaluación del dolor, sobre todo en el dolor crónico, hay que considerar que éste tiene un impacto extraordinario, promoviendo la aparición de alteraciones afectivas y de conducta, signos vegetativos, trastornos del sueño, aislamiento social, pérdida de capacidad funcional, que se ha englobado en la denominada conducta enfermiza anormal. El estudio del dolor debe incluir las siguientes valoraciones:

Historia clínica

Debe ser pormenorizada, incluyendo las patologías que presenta, los medicamentos que toma y la anamnesis de los síntomas. Se debe indagar sobre siguientes aspectos: a) localización, b) tiempo de evolución, c) forma de comienzo, d) circunstancias acompañantes, e) características del dolor, f) intensidad, g) ritmo, h) evolución, i) situaciones de mejora o empeoramiento, j) empleo y efecto de los analgésicos, k) patologías asociadas y l) medicaciones concomitantes y coadyuvantes.

Exploración física

La exploración debe ser integral y pormenorizada, evitando focalizaciones a causas «evidentes» de dolor, como puede ser una articulación deformada, y pensando siempre en la pluripatología y la presentación atípica de enfermedades. La exploración debe enfocarse desde el punto de vista de la valoración funcional, considerando las capacidades del sujeto explorado para la realización de actividades y funcionamiento libre de dolor, si bien toda la información es importante.

Instrumentos de medición

La utilización de escalas tiene el objetivo de evaluar, reevaluar y permitir comparaciones en el dolor, teniendo su aplicación fundamental en la valoración de la respuesta al tratamiento. Por lo tanto, los instrumentos diseñados para medir el dolor son subjetivos, existen algunos que miden una única dimensión y otros que son multidimensionales.

Tratamientos para el dolor

Debido a esta nueva concepción, numerosas investigaciones demuestran que existen una gran cantidad de variables (cognitivas, conductuales, emocionales, físicas y sociales) que juegan un rol importante en la experiencia final de dolor.

Las Guías Clínicas de mayor rigurosidad y difusión (NICE, APA, NIMH, Guías Clínicas de la Secretaría de Salud de México, Guías Clínicas Fisterra, entre otras) sugieren el TC, como estrategia de primera elección para la remisión y mejoría en la calidad de vida de los pacientes con Dolor Crónico, incluso para casos de comorbilidad con sintomatología psiquiátrica. Entre los abordajes psicosociales se recomienda la TCC, con resultados optimistas respecto de las estrategias incorporadas del modelo cognitivo-conductual de tercera generación (Terapia de Aceptación y Cambio y estrategias de Mindfulness o “Conciencia Plena”). Rosales, et al. (2014, p. 120).

La combinación de tratamientos médicos y psicofarmacológicos es insuficiente para el abordaje integral del paciente con dolor, siendo una prioridad incorporar el abordaje psicosocial para dar una respuesta efectiva a una problemática tan compleja y cada vez más frecuente como es el dolor crónico. Aspectos psicológicos comunes en todas las personas con dolor crónico hacen que sea un fenómeno singular independientemente de la enfermedad o daño real o potencial que posee el paciente. El modelo biopsicosocial

concibe tanto a la enfermedad como a los eventos que la causan como determinada por la interacción compleja múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales.

Van-der Hofstadt y Quiles (2001), explican que el dolor es un fenómeno complejo resultante de la interacción de componentes sensoriales, cognitivos y afectivos. Por tanto, el dolor crónico puede ser debido a la nocicepción, a causas psicológicas o a fenómenos puramente conductuales basados en el aprendizaje. Entre los numerosos factores psicológicos que pueden afectar al dolor destacan:

- Pensamientos y emociones pueden influir directamente sobre las respuestas fisiológicas; así por ejemplo, los pensamientos estresantes pueden conducir al dolor en las partes del cuerpo que son vulnerables.
- Factores psicológicos afectan también al enfrentamiento del dolor, con aspectos como los sentimientos de indefensión que pueden incrementar el dolor o las interacciones con otras personas que pueden reforzarlo.

Hemodiálisis y Dolor

Ocharan (2011), explica que el dolor está presente en los pacientes que viven en tratamiento con hemodiálisis y aunque esta terapia sustitutiva mantiene la vida de estos pacientes, es un componente desequilibrante en la calidad de vida de estos. El citado autor señala que tanto la edad de los pacientes que llegan al tratamiento sustitutivo, la comorbilidad asociada así como el mayor tiempo con tratamiento de hemodiálisis son factores que potencian la aparición de dolor; de ahí que un tratamiento adecuado y eficaz del mismo sea un componente integral de la calidad de vida de los pacientes que reciben hemodiálisis. Así también lo confirman González y García (2013), quienes señalan que el dolor crónico es un síntoma muy frecuente en los pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis, lo que influye negativamente en su percepción de calidad de vida. Citan que en un estudio encontraron que el 82,1% de los pacientes, de la Unidad de Hemodiálisis de la Fundación Hospital de Manacor, referían tener dolor en casa. Este dolor proviene de la

coexistencia de múltiples patologías que presentan estos pacientes como: cardiovasculares, neuropáticas e isquémicas.

Cerezo, et al. (2005), indican que la prevalencia del dolor en los pacientes que reciben tratamiento con hemodiálisis varía de manera significativa, además menciona que las diferentes clases o tipos del dolor que se asocian a la hemodiálisis se relacionan con diversos factores como lo son: enfermedades sistémicas subyacentes, isquemia de los miembros, afectación neuropática, así como osteodistrofia o calcifilaxis, también el dolor puede depender de la técnica en cuanto al procedimiento médico, como por ejemplo cuadros isquémicos o neuropatías dependientes de las fistulas arteriovenosas (FAV) o de catéteres centrales. En un estudio realizado por los citados autores con 205 pacientes en hemodiálisis, encontraron que 103 presentaba algún tipo de dolor, entre estos: Músculo esquelético: 63%, en relación técnica de HD: 13%, polineuropatía periférica: 12%, enfermedad vascular periférica: 10% y otras: 21%.

Ellos destacan una alta presencia del dolor musculo esquelético, principalmente el dolor de espalda, se sustituye por dolor articular con relación a osteodistrofia renal. También se destaca la frecuencia alta de dolor neuropático e isquémico frente a estudios de población general. También hacen referencia que para algunos otros autores la cefalea es el tipo de dolor más frecuente ya que aparece en más del 70% de la población que recibe hemodiálisis y que se relaciona con factores como la hipertensión y la hipotensión. Un aspecto importante de rescatar del cual hacen mención estos autores es el hecho de que en la literatura se tiene poca información con respecto a la intensidad del dolor, de la manera en que los pacientes se refieren a ese dolor y la forma en que éste de alguna manera los invalida.

Ellos también citan un estudio interesante realizado por Davison, quien se dio a la tarea de clasificar los casos según la intensidad del dolor, esto por medio de una encuesta en tres grados: leve, moderado y grave. Al respecto, los resultados dieron la siguiente distribución: 17,5% leve, 27,2% moderado y 55,3% grave, ante esto llegó a la conclusión que un porcentaje muy alto, el 82,5%, de los pacientes presentan dolor de características

moderado o grave, datos que según mencionó demuestran con claridad que los pacientes en diálisis tienen una frecuencia e intensidad de dolor mucho más grande que la población normal. Cerezo, et al. (2005), menciona que les llama la atención el hecho de la alta frecuencia de asociación del dolor en los pacientes en hemodiálisis con síntomas de la esfera psicológica como ansiedad y depresión. Ellos enfatizan en la importancia de que se establezca un tratamiento para esta población pues como se ha podido analizar, el dolor es una constante presente en la vida de estos pacientes.

Las Guías Clínicas de mayor rigurosidad y difusión (NICE, APA, NIMH, Guías Clínicas de la Secretaría de Salud de México, Guías Clínicas Fisterra, entre otras), sugieren el tratamiento cognitivo, como estrategia de primera elección para la remisión y mejoría en la calidad de vida de los pacientes con Dolor Crónico, incluso para casos de comorbilidad con sintomatología psiquiátrica (Rosales, et al. 2014). La combinación de tratamientos médicos y psicofarmacológicos es insuficiente para el abordaje integral del paciente con dolor, siendo una prioridad incorporar el abordaje psicosocial para dar una respuesta efectiva a una problemática tan compleja y cada vez más frecuente como es el dolor crónico. Aspectos psicológicos comunes en todas las personas con dolor crónico hacen que sea un fenómeno singular independientemente de la enfermedad o daño real o potencial que posee el paciente.

CAPITULO III

Problema y Objetivos

Problema de investigación

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibieron tratamiento con hemodiálisis durante el mes de setiembre de 2015 en el Hospital San Juan de Dios?

Objetivo general:

Identificar las estrategias de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibieron tratamiento de hemodiálisis en el Hospital San Juan de Dios.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
2. Describir las estrategias de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibieron tratamiento con hemodiálisis en el Hospital San Juan de Dios.
3. Determinar si existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes según el sexo y su grupo etario.
4. Establecer si existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes según el tiempo que llevan de recibir el tratamiento con hemodiálisis.

CAPITULO IV

Metodología

Diseño Metodológico

El presente trabajo se trata de una investigación de tipo descriptivo, observacional, transversal, mediante el cual se logró determinar las estrategias de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibieron tratamiento con hemodiálisis durante el mes de setiembre de 2015 en el Hospital San Juan de Dios, para ello se utilizó el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ), que es un instrumento de evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico, adaptado por Rodríguez et al., (2004).

De acuerdo con Manterola y Otzen (2014, p.634), los estudios observacionales *“corresponden a diseños de investigación cuyo objetivo es la observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos”*, una de las ventajas es que las mediciones, se pueden realizar a lo largo del tiempo ya sea de forma prospectiva o retrospectiva; o de forma única (estudio transversal). Explican que los estudios observacionales pueden ser descriptivos, cuando lo que se pretende es “describir y registrar” lo observado, como el comportamiento de una o más variables en un grupo de sujetos en un periodo de tiempo; o analíticos, que son aquellos que permiten “comparar grupos de sujetos” sin que exista un proceso de asignación de los individuos en estudio a una intervención determinada, siendo por ende el investigador un mero observador y descriptor de lo que ocurre.

Con respecto al estudio de corte transversal su característica fundamental es que todas las mediciones se hacen en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento. El estudio se efectúa en un momento determinado de la evolución de la enfermedad o evento de interés. De esta manera, no se puede distinguir si la exposición determinó el desarrollo de la enfermedad evento de interés, o sólo afecta el nivel individual de la exposición (Manterola y Otzen, 2014).

Búsqueda Bibliográfica

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva, utilizando los términos clave como: Insuficiencia Renal Crónica, Hemodiálisis, Dolor y Estrategias de Afrontamiento, para ello se hizo uso de buscadores de bases de datos entre ellos, Scielo, Medline, Redalyc.org, PubMed, Highwire y Google académico. Se seleccionaron los artículos más recientes y que más se asociaban con los objetivos establecidos.

Fuentes de Información:

La fuente de información fue de tipo primario, constituida por la totalidad de la población, mayor de 18 años, que recibió tratamiento con hemodiálisis de dos a tres veces por semana durante el mes de setiembre en el Hospital San Juan de Dios. Según estadísticas previas del Servicio de Nefrología, la Unidad de Hemodiálisis mensualmente atiende aproximadamente 30 pacientes. Al momento de realizar la recolección de los datos se contó con la participaciones de un total de 38 personas usuarias que cumplían con los requisitos de inclusión.

Sujetos

Población Meta

La población que participó en esta investigación estuvo conformada por la totalidad de la población, hombres y mujeres mayores de 18 años, que recibieron tratamiento con hemodiálisis de dos a tres veces por semana durante el mes de setiembre en el Hospital San Juan de Dios. De acuerdo con lo anterior para ese mes se contó con la participación de la totalidad de la población, que fue de 38 personas usuarias, considerando los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

Muestra

No se utilizó técnica de muestreo, ya que la población estuvo conformada por el universo, es decir la totalidad de la población, hombres y mujeres mayores de 18 años, que recibieron tratamiento con hemodiálisis de dos a tres veces por semana durante el mes de setiembre en el Hospital San Juan de Dios. Para ese mes se contó con la participación de la totalidad de la población, que fue de 38 personas usuarias, considerando los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

Criterios de inclusión de los participantes

1. Rango de edad: Mayores de 18 años de edad.
2. Género: Masculino y femenino.
3. Etnia: cualquiera.
4. Que firmen el consentimiento informado para participar de la investigación.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que su condición mental o física que no le permita brindar la información solicitada.
2. Pacientes que previamente hayan recibido un trasplante de riñón.

Técnica de recolección de datos e instrumentos utilizados

Para la recolección de la información requerida se utilizó el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ). El CSQ es un instrumento de evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. Fue adaptado por Rodríguez et al., (2004) (Ver instrumento en Anexo 1), ellos explican que este instrumento, el más utilizado en su ámbito, fue desarrollado por Rosenstiel y Keefe en 1983, quienes compusieron la muestra de 205 pacientes procedentes de centros públicos de atención primaria y unidades de dolor. Más de la mitad padecían migraña y cefalea tensional crónica; el resto fundamentalmente fibromialgia, lumbalgia, artrosis y artritis. Los diversos análisis factoriales explicaron el 59% de la varianza total, sobre una estructura de ocho factores de primer orden que

convergió en dos de segundo orden. En los de primer orden la novedad fue la diversificación de la distracción mental y no mental, y de la esperanza con y sin matices religiosos. En los de segundo orden lo novedoso fue la agrupación según la eficacia del afrontamiento. Todos los factores obtenidos mostraron su consistencia interna y validez de constructo.

Las estrategias de afrontamiento “desadaptativas” se asociaron a un lenguaje interno negativo, ansiógeno y depresógeno, a una deficiente percepción de control y autoeficacia percibida, y a la proliferación de conductas de dolor de diversa naturaleza. Al contrario ocurrió con las estrategias de afrontamiento “adaptativas”. El CSQ se muestra como un instrumento válido y fiable para evaluar las estrategias de afrontamiento del dolor crónico en población española, volviéndose a demostrar la discrepancia entre su estructura teórica y la obtenida empíricamente. Este instrumento según indican Rodríguez et al. (2004), ha sido el más utilizado en al menos 80 investigaciones y más validado de todos los existentes al menos en 20 investigaciones. Los citados autores se abocaron a realizar la adaptación de este instrumento enfocado especialmente a pacientes que presentan dolor crónico en un contexto cultural español, se interesaron en comparar la utilización de medidas compuestas e individuales.

Se compone de 39 ítems que se distribuyen de acuerdo con las siguientes variables: a) catastrofización, b) conductas distractoras, c) auto-instrucciones, d) ignorar el dolor, e) reinterpretar el dolor, f) esperanza, g) fe y plegarias y h) distracción cognitiva.

Análisis Riesgos-Beneficios

Riesgos potenciales

La posibilidad de la presencia de malestar emocional ante el hecho de recordar alguna experiencia dolorosa asociada con la evolución de la enfermedad o con las variables psicosociales asociadas y que se presentan en la población en estudio. La confidencialidad de la información recolectada, por lo que se tomaron las medidas necesarias para proteger la información y confidencialidad de los datos, evitando la anotación de datos que permitan identificar al paciente. La manipulación de los datos se realizó de manera ordenada y veraz,

para ello a cada formulario se le asignó un consecutivo alfanumérico que facilite el registro y manipulación de la información obtenida. Se considera que en este estudio los beneficios superan a los riesgos, ya que con los conocimientos obtenidos se pretende que a futuro los profesionales interesados logren a partir de los insumos obtenidos promover estrategias de intervención acorde a las necesidades de esta población.

Clasificación de riesgo

Durante este trabajo de investigación existía la posibilidad de que se presentará un riesgo moderado, ante la eventualidad de que alguno de los pacientes mostrará malestar emocional ante el hecho de recordar alguna experiencia dolorosa referente a la evolución de la enfermedad o con las variables psicosociales asociadas. Sin embargo, se contemplaron medidas de acción para el abordaje correspondiente en caso de que la situación lo ameritará, como por ejemplo contención emocional, escucha activa, validación emocional y técnicas de respiración y de relajación. Cabe mencionar que los pacientes participantes no reportaron malestar alguno, tampoco fue detectado por parte de la investigadora.

Beneficios potenciales

Documentar las estrategias de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis.

Socializar los resultados de la investigación al personal de salud que atiende directamente a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis con el objetivo de promover estrategias de intervención acorde con las necesidades de esta población.

Fases del Proceso Investigativo

1. Se realizó primeramente el contacto psicológico con el paciente y en algunos casos con su acompañante mientras asistían al Servicio de Hemodiálisis para recibir tratamiento.
2. Se solicitó el consentimiento verbal y escrito al paciente y su acompañante u otro testigo, para ello se procedió a realizar la lectura de dicho documento, evacuar las dudas que surgieron y brindar la posibilidad de que la persona pudiera decidir si participaba o no de manera voluntaria en el estudio.
3. Se respondió las dudas que surgieron con respecto a la investigación.
4. Se procedió con la aplicación del instrumento citado.
5. Durante la aplicación del instrumento se monitorizó en todo momento el estado emocional del paciente, esto a través de la observación, por medio del Examen Mental Clínico, para así identificar cualquier signo de malestar emocional y en dicho caso proceder a suspender la prueba para brindarle a la persona una intervención breve.

Métodos de Análisis Estadístico

La información que se recolectó por medio del instrumento que fue contestado por un total de 38 pacientes, que recibieron tratamiento de hemodiálisis de dos a tres veces por semana durante el mes de setiembre en el Hospital San Juan de Dios. Se registraron y almacenaron en una base de datos en Excel que se construyó para tal fin, posteriormente los datos fueron exportados con la ayuda del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas inglés), versión 20, 2011, este es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado.

La información fue resguardada por medio de una clave de seguridad, la cual será administrada únicamente por la investigadora. Para garantizar la precisión y la confiabilidad de la información, los datos obtenidos serán revisados, evitando así cualquier tipo de riesgo: como información incompleta, errores de digitación, así como duplicidad de datos, etc. Para el análisis de los resultados obtenidos a nivel descriptivo se utilizaron diversos valores estadísticos (Distribución de Frecuencias y Media) cuyo principal objetivo de estas medidas fue la descripción y caracterización de población a partir de los resultados obtenidos.

Variables del estudio

Para efectos del estudio se van a registrar dos tipos de variables: las sociodemográficas y las variables del instrumento de autollenado que son de carácter ordinal.

Variables Sociodemográficas:

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Lugar de Residencia
- Nivel Académico
- Tiempo que llevan en hemodiálisis:

Variables del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ)

- Catastrofización (CAT)
- Conductas distractoras (CDI)
- Autoinstrucciones (AUT)
- Ignorar el dolor (IDO)
- Reinterpretar del dolor (RDO)
- Esperanza(ESP)
- Fe y plegarias (FEP)
- Distracción cognitiva (DIC)

CAPITULO V

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados y el análisis de cada una de las variables estudiadas, se inicia con las variables correspondientes a la caracterización de la población estudiada y posteriormente las variables correspondientes a las estrategias de afrontamiento que componen el instrumento utilizado.

Para el mes de setiembre, fecha en se realizó la recolección de datos, se encontró que el Servicio de Hemodiálisis del Hospital San Juan de Dios contaba con una lista de un total de 47pacientes que recibían de dos a tres veces por semana su tratamiento con hemodiálisis. De este total, 9 no participaron del estudio, esto de acuerdo con los criterios de exclusión, ya que 7 de ellos habían recibido previamente un trasplante renal y 2 su condición de salud no le permitían contestar las preguntas del cuestionario.

Se obtuvo una tasa de participación de más de un 80% de la población que recibe el tratamiento con hemodiálisis en el citado hospital. Dicho porcentaje nos permite realizar un análisis de las variables propuestas y contar con una radiografía de la situación a ese momento, además de obtener un panorama con el cual se podrían realizar proyecciones a futuro, extrapolando los datos.

Es importante mencionar que para el análisis de los datos se incorporan algunas apreciaciones verbales que hicieron las personas participantes del estudio.

Variables Sociodemográficas

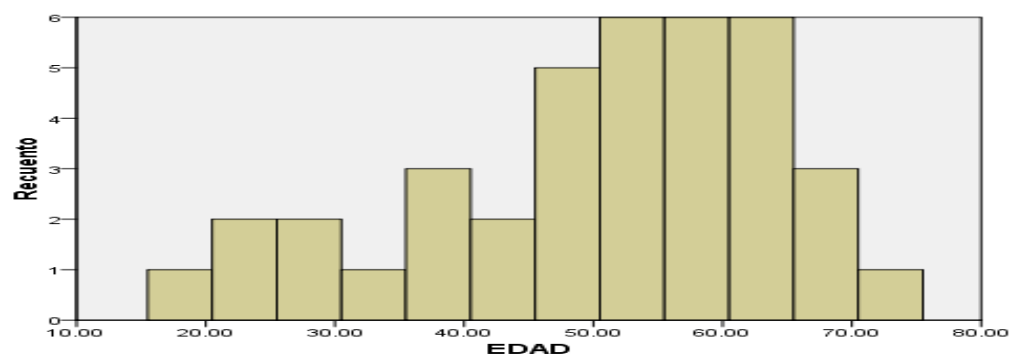
Tabla 1

Edad Cumplida en años

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18 años	1	2.6	2.6	2.6
22 años	1	2.6	2.6	5.3
25 años	1	2.6	2.6	7.9
30 años	2	5.3	5.3	13.2
32 años	1	2.6	2.6	15.8
36 años	1	2.6	2.6	18.4
37 años	1	2.6	2.6	21.1
38 años	1	2.6	2.6	23.7
41 años	1	2.6	2.6	26.3
42 años	1	2.6	2.6	28.9
46 años	1	2.6	2.6	31.6
47 años	2	5.3	5.3	36.8
49 años	1	2.6	2.6	39.5
50 años	1	2.6	2.6	42.1
51 años	2	5.3	5.3	47.4
52 años	3	7.9	7.9	55.3
54 años	1	2.6	2.6	57.9
56 años	1	2.6	2.6	60.5
57 años	2	5.3	5.3	65.8
59 años	2	5.3	5.3	71.1
60 años	1	2.6	2.6	73.7
61 años	2	5.3	5.3	78.9
62 años	3	7.9	7.9	86.8
65 años	1	2.6	2.6	89.5
66 años	1	2.6	2.6	92.1
68 años	1	2.6	2.6	94.7
69 años	1	2.6	2.6	97.4
72 años	1	2.6	2.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).

Gráfico 1 Edad cumplida en años



Del total de participantes, se tiene que la media en cuanto a la edad de la población que presenta Insuficiencia Renal Crónica y que recibe tratamiento con hemodiálisis corresponde a 49-50 años. Tales datos se relacionan con lo que indica Puñal, Varela y Ruano (2006), quienes indican que en los países europeos, la tasa de incidencia ha permanecido constante hasta los 44 años, una edad en que las personas productivamente se mantienen activas generando recursos para la sociedad.

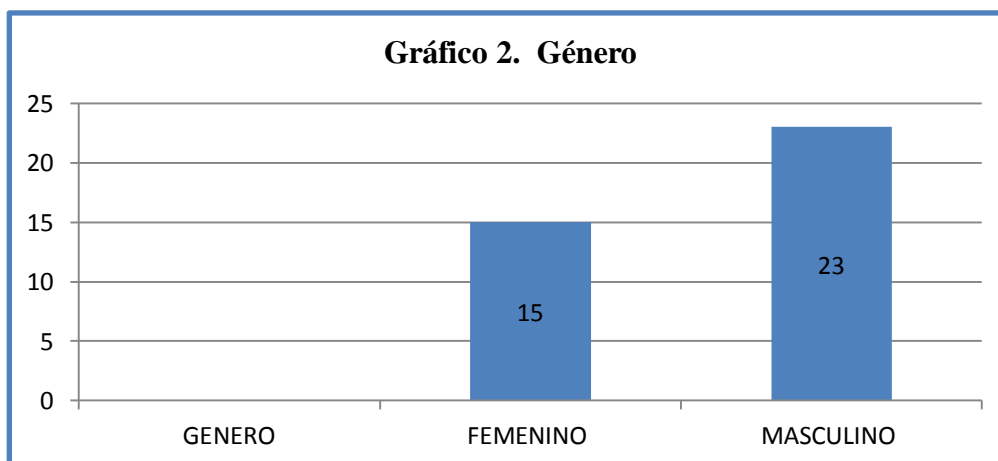
De acuerdo con Julián, Molinuevo y Sánchez (2012), la IRC y el tratamiento con hemodiálisis corresponde a un importante factor de incapacidad laboral, ellos indicaron de acuerdo con un estudio que realizaron, solamente el 33,3% de los pacientes en edad laboral con esta patología seguían activos, por lo que se puede observar que la mayoría de la población que presenta IRC y que recibe tratamiento se encuentran en una de etapa muy importante como lo es la de la productividad, sin embargo muchos de estos pacientes no pueden trabajar debido a las limitaciones y demandas que les genera la enfermedad.

Tabla 2

Género

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
F	15	39.5	39.5	39.5
M	23	60.5	60.5	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



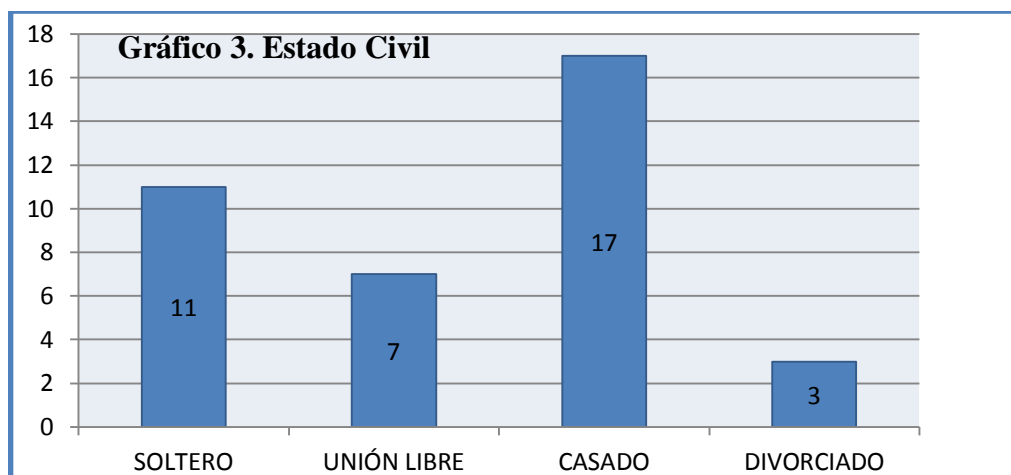
De la población total participante se desprende que 23 pacientes son hombres y 15 son mujeres, por lo que los pacientes con IRC que utilizan el Servicio de Hemodiálisis del San Juan de Dios, corresponde en su gran mayoría al género masculino. Tal resultado tiene su respaldo en la literatura consultada, por ejemplo Hernández, et al. (2005), en uno de los trabajos realizados sobre la Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis, menciona que de la administraron de 61 cuestionarios el 51,8% eran hombres y el 48,2% mujeres. Los diferentes artículos y estudios revisados señalan que la IRC prevalece más en hombres que mujeres. Este hecho puede obedecer a que asociado a la edad, los hombres pueden presentar más factores de riesgo, como la hipertensión, el tabaquismo, mala nutrición, obesidad, etc.

Tabla 3

Estado civil

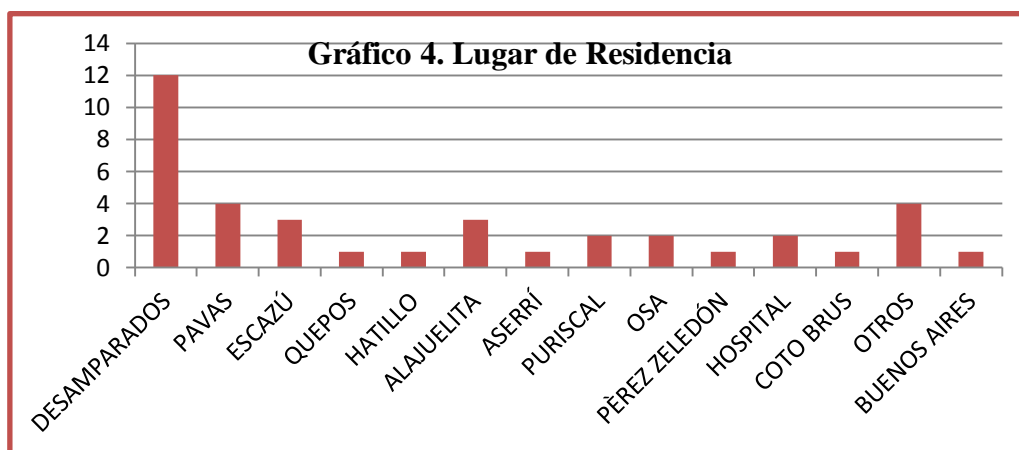
Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	11	28.9	28.9	28.9
Unión libre	7	18.4	18.4	47.4
Casado	17	44.7	44.7	92.1
Divorciado	3	7.9	7.9	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



Con respecto a esta variable, se puede observar en la tabla y el gráfico aportados, que 17 personas están casadas, estado que implica un recurso protector para la persona en cuanto al afrontamiento de la enfermedad, 11 solteras que podrían tener mayor riesgo a sufrir trastornos emocionales, 7 en unión libre y 3 divorciados.

Algunos autores, mencionan que el hecho de tener pareja o estar casado resulta ser un factor positivo para la la autovaloración adecuada de la salud, al aportar seguridad y ayuda. Un estudio realizado por Vicente, et al. (2002), acerca de la prevalencia de la patología psiquiátrica, menciona en relación con el estado civil, que las personas que estaban separadas o divorciadas, presentaban una mayor tasa de trastornos afectivos, así como también los que permanecían solteros. Asimismo, presentaban mayores tasas de trastornos ansiosos en los últimos meses, que los que reportaron estar casados.



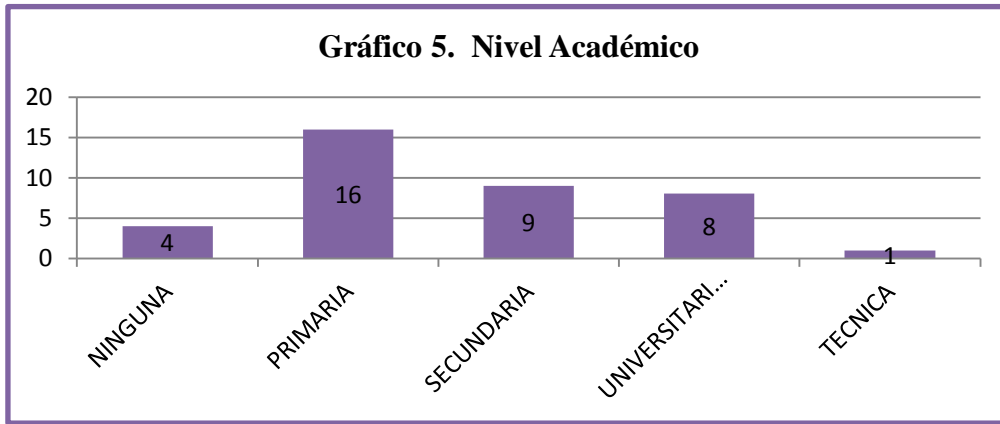
La mayor parte de la población que participó en esta investigación reside en los cantones de Desamparados, Pavas, Alajuelita. De acuerdo con estos datos sería interesante realizar una investigación acerca de si estos resultados se asocian con las características socioeconómicas de dichos cantones, por lo que podrían analizarse los índices epidemiológicos de dichas comunidades, así como las características contextuales que gira en torno a las personas que presentan esta enfermedad.

Tabla 4

Nivel Académico

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	4	10.5	10.5	10.5
Primaria	16	42.1	42.1	52.6
Secundaria	9	23.7	23.7	76.3
Universitaria	8	21.1	21.1	97.4
Técnica	1	2.6	2.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).

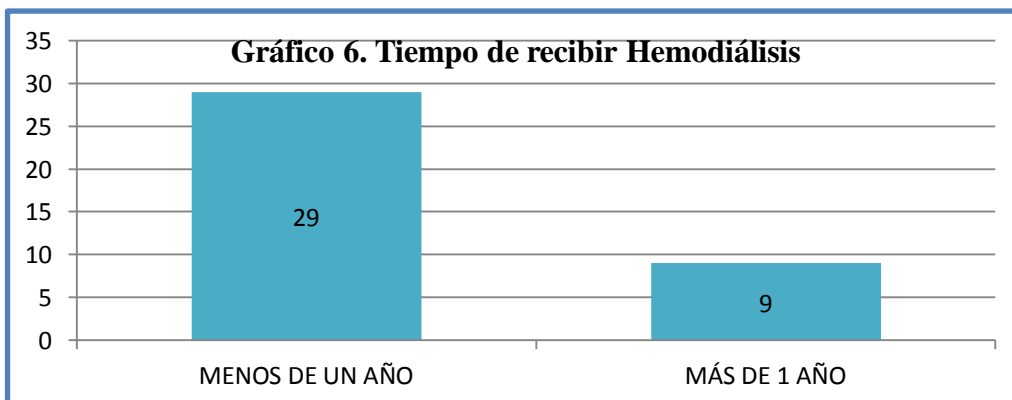


Como se puede observar en la tabla y el gráfico anterior, más de la mitad de la población (20 personas en total), reportaron no tener formación académica o que solamente contaban con primaria, algunas de estas personas indicaron que no pudieron completarla, por lo que solamente tenían primero, segundo o tercer grado. 9 reportaron estudios secundarios tanto completo como incompleto, 8 estudios universitarios completos e incompletos y 1 con formación técnica. Este es un dato importante que debe considerar el personal de salud a la hora de preparar sesiones de trabajo e intervenciones, ya que deben plantearse en un lenguaje sencillo y entendible, apropiadas a su nivel de escolaridad. Además de realizar mayores esfuerzos para dotarlos de recursos que les permita conocer y afrontar la enfermedad. Es importante aclarar que esto no implica que el resto de la población con mayor escolaridad también lo requiera.

Tabla 5
Tiempo en Hemodiálisis

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
-(1 año)	29	76.3	76.3	76.3
+(1 año)	9	23.7	23.7	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



De los datos obtenidos, se observa que 29 pacientes tienen un año o menos de recibir el tratamiento con hemodiálisis, mientras que 9 cuentan con más de un año de recibir dicho tratamiento, estos últimos reportaron verbalmente mayor desgaste emocional debido al cansancio y la preocupación con respecto al futuro, así como ansiedad anticipatoria sobre la posibilidad de un trasplante de riñón cercano.

Consecuentemente, la literatura indica que los pacientes, que llevan menos tiempo en tratamiento con hemodiálisis, movilizan la búsqueda de apoyo social, es decir, buscan el contacto con gente próxima para obtener apoyo afectivo y preguntan a otras personas que están pasando por circunstancias similares. Asimismo, recurren más a la distracción, intentan disfrutar de las pequeñas cosas procurando no pensar demasiado en su problema, recurren a la compañía de otros para distraerse o realizan actividades que resulten placenteras, esto les ayuda a centrar la atención en otros aspectos disminuyendo las emociones negativas y pensamientos repetitivos (Fernández, et al. 2009).

Variables del instrumento aplicado.

Catastrofización (CAT)

Rodríguez et al., (2004, p.33), citan que Jensen, et al., encontraron que la desesperanza y la catastrofización se asocian directamente con altos niveles de discapacidad emocional y depresión. García y Rodero (2011, p.59), mencionan que *“la catastrofización ante el dolor es un constructo psicológico fácilmente medible y que se correlaciona con una serie de variables de mal pronóstico...”*.

García y Rodero (2011), definen el catastrofismo como un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico. Los individuos que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico ante cualquier tratamiento. *“El efecto específico del catastrofismo en la IRC, suponemos que podría predisponer a los pacientes a hipersensibilidad y respuestas inadecuadas ante los síntomas de eventos adversos”*. (Lerma, et al. 2012).

Dentro del instrumento que se utilizó para la recolección de datos, esta variable se evaluó por medio de los siguientes ítems. 2, 12, 16, 23,31 y 32.

2-Creo que no puedo más.

12- El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor

16- Creo que no puedo soportarlos más

23-Pienso que no vale la pena vivir así

31-El dolor es horrible y siento que me desborda

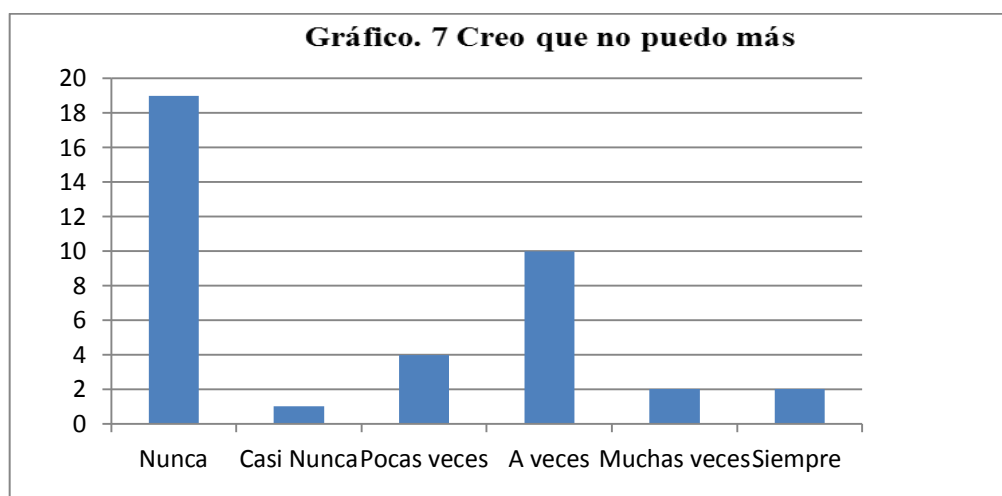
32-Me paso el día preocupado de si acabará alguna vez el dolor

Tabla 6

Pregunta 2 “Creo que no puedo más”

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	19	50.0	50.0	50.0
Casi nunca	1	2.6	2.6	52.6
Pocas veces	4	10.5	10.5	63.2
A veces	10	26.3	26.3	89.5
Muchas veces	2	5.3	5.3	94.7
Siempre	2	5.3	5.3	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



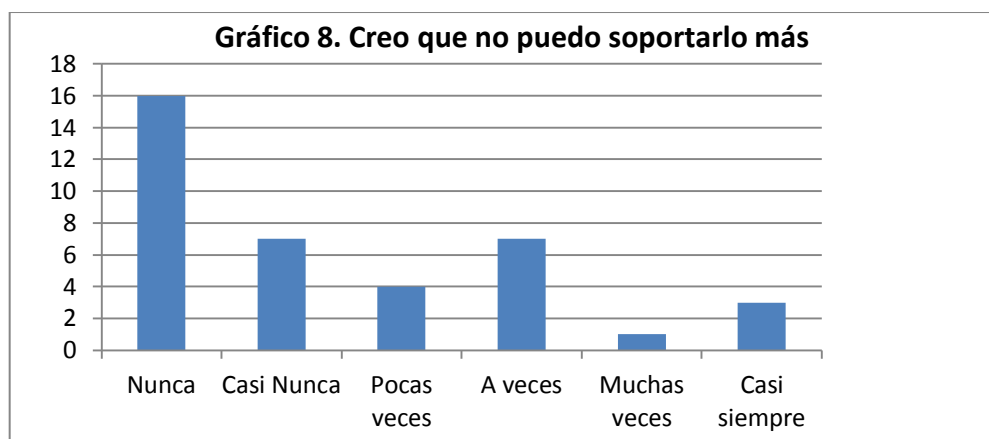
Los datos obtenidos indican que 19 pacientes (50%) reportaron que nunca han pensado en la frase “No puede Más”, 10 indicaron que a veces han pensado en esto, 4 que pocas veces, 2 muchas veces, 2 siempre y 1 que casi nunca mantiene este pensamiento. Por lo que los datos reflejan que la mayoría de los pacientes mantienen la creencia positiva de que sí pueden hacerle frente y salir adelante con la enfermedad.

Tabla 7

Pregunta 16. “Creo que no puedo soportarlos más”.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	16	42.1	42.1	42.1
Casi nunca	7	18.4	18.4	60.5
Pocas veces	4	10.5	10.5	71.1
A veces	7	18.4	18.4	89.5
Muchas veces	1	2.6	2.6	92.1
Casi siempre	3	7.9	7.9	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



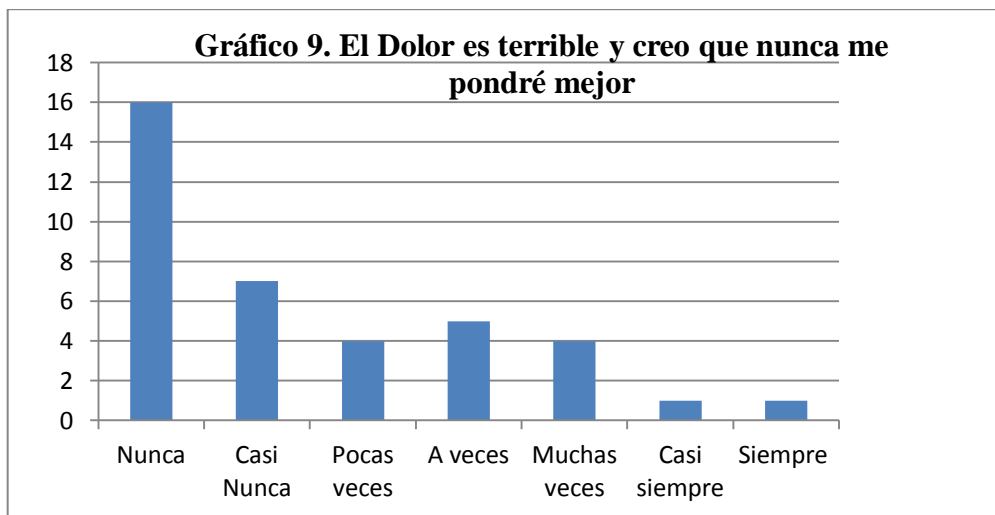
Para este ítem se obtiene que 16 pacientes (42, 10%) reportaron que nunca han tenido la creencia de “no puedo soportarlo más”, 7 indicaron que casi nunca, 7 a veces, 4 pocas veces, 3 casi Siempre, 1 muchas veces. Por lo que se puede inferir que la mayoría de la población ha desarrollado un ajuste funcional hacia la enfermedad y su tratamiento, lo que les permite tener un pensamiento positivo y sobrellevar su situación de salud.

Tabla 8

Pregunta 12. El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	16	42.1	42.1	42.1
Casi nunca	7	18.4	18.4	60.5
Pocas veces	4	10.5	10.5	71.1
A veces	5	13.2	13.2	84.2
Muchas veces	4	10.5	10.5	94.7
Casi siempre	1	2.6	2.6	97.4
Siempre	1	2.6	2.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



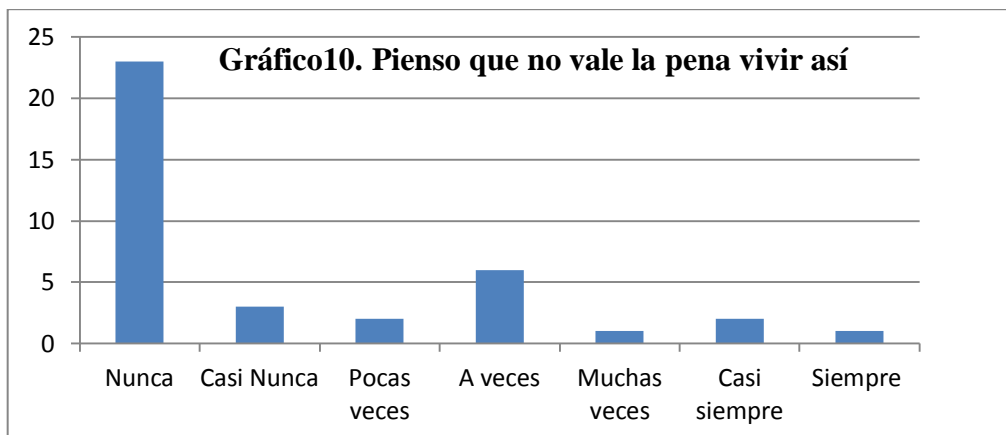
Se reporta que 16 pacientes (42,10%) nunca han percibido el dolor como algo “terrible”, ni tampoco han tenido la creencia de que nunca se pondrán mejor, 7 indican que casi nunca, 4 pocas veces, 5 a veces, 4 muchas veces, 1 casi siempre y 1 siempre. La mayoría de las personas reportan que no conciben el dolor como una experiencia “terrible”, ni tampoco la creencia de que nunca se pondrán mejor, ya que según describen el dolor percibido en la mayoría de los casos se presenta con una intensidad manejable, ya que la experiencia del dolor es relativa y se presenta de manera fluctuante, asociada con el procedimiento para la aplicación del tratamiento, largas horas en una misma posición, así como con otros factores de riesgo asociados a la enfermedad.

Tabla 9

Pregunta 23. “Pienso que no vale la pena vivir así”

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	23	60.5	60.5	60.5
Casi nunca	3	7.9	7.9	68.4
Pocas veces	2	5.3	5.3	73.7
A veces	6	15.8	15.8	89.5
Muchas veces	1	2.6	2.6	92.1
Casi siempre	2	5.3	5.3	97.4
Siempre	1	2.6	2.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



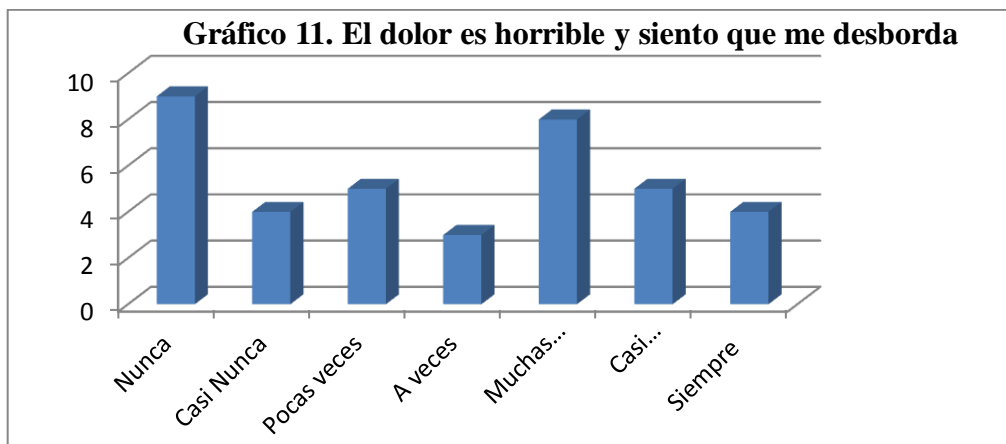
Se obtuvo que 23 pacientes, es decir un 60,5% de la población, indicaron que nunca han tenido el pensamiento de que “no vale la pena vivir así”, 6 respondieron a veces, 3 casi nunca, 2 pocas veces, 2 casi siempre, 1 muchas veces y 1 siempre. A pesar de los cuidados y las limitaciones que tienen ante el hecho de recibir todas las semanas el tratamiento de hemodiálisis, la mayoría de la población percibe la enfermedad como una circunstancia de vida a superar.

Tabla 10

Pregunta 31. El dolor es horrible y siento que me desborda

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	9	23.7	23.7	23.7
Casi nunca	4	10.5	10.5	34.2
Pocas veces	5	13.2	13.2	47.4
A veces	3	7.9	7.9	55.3
Muchas veces	8	21.1	21.1	76.3
Casi siempre	5	13.2	13.2	89.5
Siempre	4	10.5	10.5	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



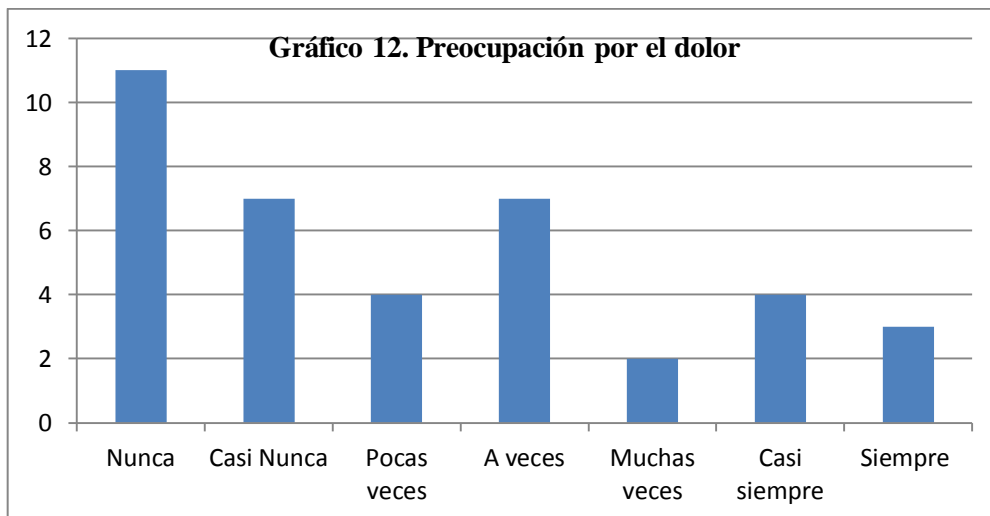
Los datos reportados indican que 9 pacientes nunca perciben el dolor como una sensación “horrible” o que sientan que éste los desborde, 4 casi nunca, 5 pocas veces, 3 a veces, 8 muchas veces, 5 casi siempre y 4 siempre. Al observar el gráfico se puede visualizar que la mitad de la población no percibe el dolor como una experiencia que los desborde; sin embargo, la otra mitad lo reporta como una sensación horrible que se acompaña de un sentimiento que rebosa sus capacidades de tolerancia.

Tabla 11

Pregunta 32. Me paso el día preocupado de si acabará alguna vez el dolor

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	11	28.9	28.9	28.9
Casi nunca	7	18.4	18.4	47.4
Pocas veces	4	10.5	10.5	57.9
A veces	7	18.4	18.4	76.3
Muchas veces	2	5.3	5.3	81.6
Casi siempre	4	10.5	10.5	92.1
Siempre	3	7.9	7.9	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



11 Pacientes indicaron que el dolor nunca es una preocupación, hay una parte de la población que manifiesta que nunca han experimentado dolor asociado a la enfermedad. Sin embargo, la mayoría de los pacientes confirman que por lo menos alguna vez han

tenido la experiencia de sentir dolor, tal es el caso de 7 que indican casi nunca, 4 pocas veces, 7 a veces, 2 muchas veces, 4 casi siempre y 3 siempre.

Análisis general de la variable catastrofización

En los ítems anteriores se observa que hay una distribución porcentual acerca de la percepción del dolor, según las respuestas brindadas por los pacientes. Se puede decir que aproximadamente la mitad de la población no percibe la experiencia de dolor como algo “horrible, terrible o desbordante”. Sin embargo, la otra mitad de la población si lo percibe así, como una experiencia que en algunos momentos sobrepasa sus capacidades de tolerancia y que los lleva a pensar en que no pueden soportarlo. Aunado a esto, también experimentan preocupación ante el dolor.

Es importante indicar que algunas de estas personas manifestaron que su dolencia se asociaba con dolores de espalda, cabeza, o propiamente con la técnica empleada en la aplicación del tratamiento, específicamente a la fístula arteriovenosa o en el área de ubicación del catéter central.

Vale la pena citar que estos datos concuerdan con lo encontrado en la literatura es decir que la prevalencia del dolor en los pacientes que reciben tratamiento con hemodiálisis varía significativamente, además menciona que las diferentes clases o tipos del dolor que se asocian con la hemodiálisis se relacionan con diversos factores (Cerezo, et al. 2005).

El cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ), en la tabla de baremos de pacientes con dolor crónico benigno, establece para la variable Catastrofización una media de 11, 91, por lo que haciendo una revisión de la base de datos obtenida para esta variable, se observa que del total de la población, 15 pacientes presentan una tendencia a catastrofizar su situación de salud, por lo que de acuerdo con lo que plantea García y Rodero (2011), estas personas poseen condiciones cognitivas y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en una condición crónica, ya que poseen una visión negativa de su dolor, piensan mucho en éste y sienten que son incapaces de controlarlo.

Conductas distractoras

Es fundamental citar a Rosenstiel y Keefe (1983), quienes fueron los pioneros en desarrollar el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Coping Strategies Questionnaire (CSQ), el cual años más tarde fue adaptado a la población española por Rodríguez et al. (2004). De acuerdo con los pioneros las conductas distractoras se pueden entender de manera operacionalizada como aquellas acciones o actividades que emplean los pacientes para no focalizarse en la sensación que experimentan de dolor, así como controlarla con mejores resultados, como por ejemplo: cantar una canción, realizar juegos mentales etc.

Rodríguez et al. (2004), indican que las conductas distractoras son una estrategia de afrontamiento cognitiva más activa, que permite una mayor adaptación, así como una disminución en los parámetros del dolor.

Dentro del instrumento que se utilizó para la recolección de datos, esta variable se evaluó por medio de los siguientes ítems. 4, 6, 8, 9,11 y 35.

4-Me pongo a cantar o a tarareas canciones mentalmente

6- Hago cosas que me gustan como ver televisión o escuchar la radio

8- Realizo juegos o distracciones mentales para quitarme el dolor de la cabeza

9-Salgo de casa y hago algo, como ir al cine o de compras

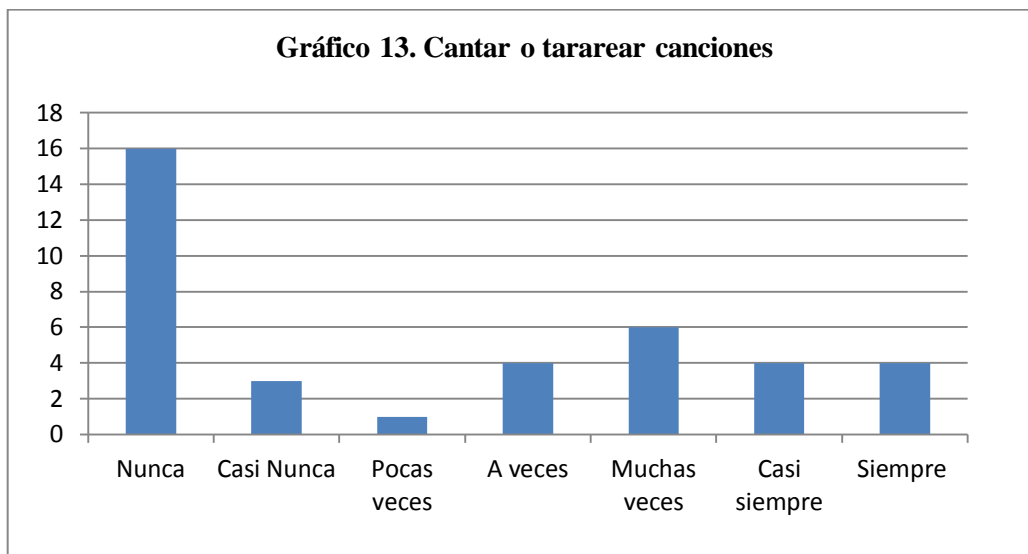
11-Paseo mucho

35-Trato de estar con otras personas

Tabla 12*Pregunta 4. Me pongo a cantar o a tararear canciones mentalmente*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	16	42.1	42.1	42.1
Casi nunca	3	7.9	7.9	50.0
Pocas veces	1	2.6	2.6	52.6
A veces	4	10.5	10.5	63.2
Muchas veces	6	15.8	15.8	78.9
Casi siempre	4	10.5	10.5	89.5
Siempre	4	10.5	10.5	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



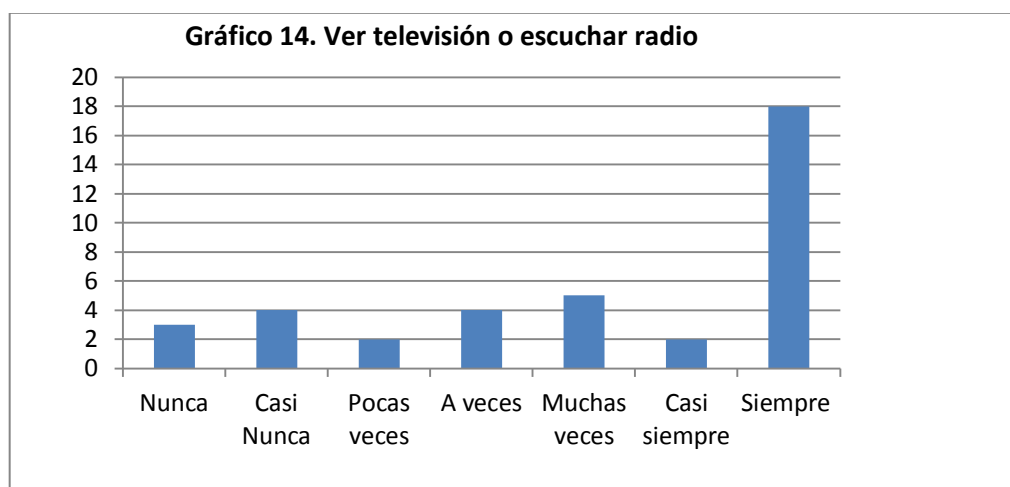
La tabla 12 y su respectivo gráfico muestran la distribución de frecuencia con respecto a si la población estudiada acude, en los momentos de dolor, al canto como una estrategia de distracción. Al respecto, 16 pacientes indicaron que nunca, 3 casi nunca, 1 pocas veces, 4 a veces, 6 muchas veces, 4 casi siempre y 4 siempre, lo que sugiere que esta no es una estrategia de preferencia para los pacientes, ya que no la perciben como una opción que les pueda ayudar, pues en ocasiones su misma condición emocional les impide recurrir a esta actividad o simplemente no es una actividad de su agrado.

Tabla 13

Pregunta 6. Hago cosas que me gustan como ver televisión o escuchar la radio

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	3	7.9	7.9	7.9
Casi nunca	4	10.5	10.5	18.4
Pocas veces	2	5.3	5.3	23.7
A veces	4	10.5	10.5	34.2
Muchas veces	5	13.2	13.2	47.4
Casi siempre	2	5.3	5.3	52.6
Siempre	18	47.4	47.4	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



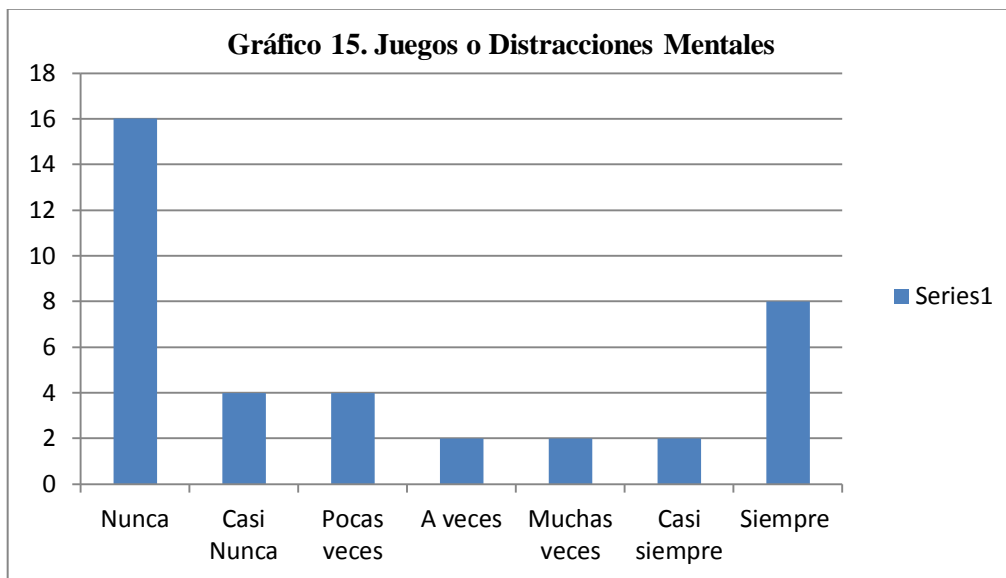
Un porcentaje importante de la población estudiada (47,4%), es decir 18 pacientes, indicaron que recurren siempre a ver televisión o escuchar radio, como una estrategia de distracción ante el dolor, externaron que estas actividades les generaba buenos resultados, 2 indicaron que hacen esto casi siempre, 5 muchas veces, 4 a veces, 2 pocas veces, 4 casi nunca y 3 nunca. Por lo que es una estrategia de mayor preferencia para la distracción y de fácil acceso, pues de alguna manera hace que se involucren en la trama que observan o en el contenido de la letra de una canción, lo que les permite desviar su atención del dolor.

Tabla 14

Pregunta 8. Realizo juegos o distracciones mentales para quitarme el dolor de la cabeza

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	16	42.1	42.1	42.1
Casi nunca	4	10.5	10.5	52.6
Pocas veces	4	10.5	10.5	63.2
A veces	2	5.3	5.3	68.4
Muchas veces	2	5.3	5.3	73.7
Casi siempre	2	5.3	5.3	78.9
Siempre	8	21.1	21.1	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).

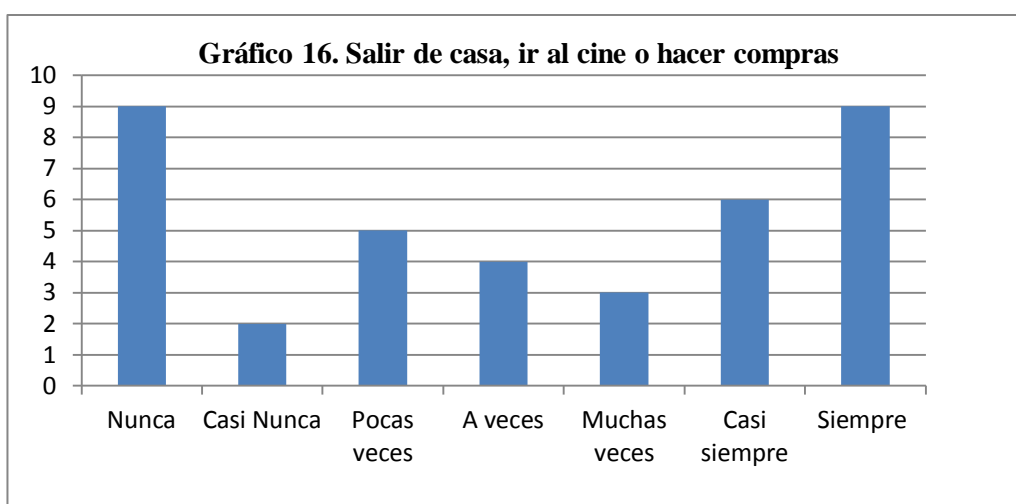


Los juegos o las distracciones mentales, parece ser una actividad no tan empleada como una estrategia de distracción, ya que 16 pacientes indicaron que nunca la emplean, 4 casi nunca, 4 pocas veces, 2 a veces, 2 muchas veces, 2 casi siempre y 8 siempre. Sería interesante analizar si no hacen uso de esta actividad porque no tienen los recursos materiales para hacerlo o si no cuentan con la iniciativa y la costumbre de optar por otras alternativas durante aquellos momentos en que perciben alguna sensación de malestar o durante el tiempo libre.

Tabla 15*Pregunta 9. Salgo de casa y hago algo, como ir al cine o de compras*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	9	23.7	23.7	23.7
Casi nunca	2	5.3	5.3	28.9
Pocas veces	5	13.2	13.2	42.1
A veces	4	10.5	10.5	52.6
Muchas veces	3	7.9	7.9	60.5
Casi siempre	6	15.8	15.8	76.3
Siempre	9	23.7	23.7	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



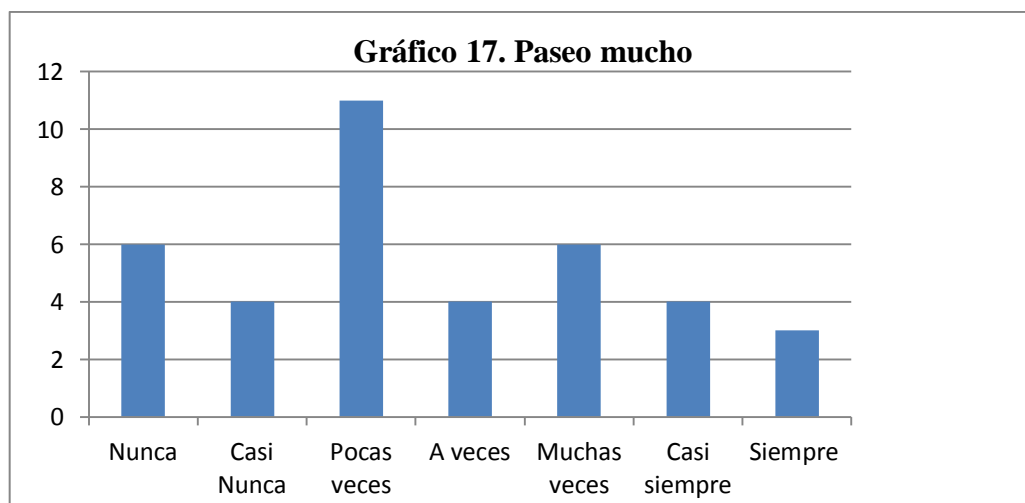
Los resultados sugieren que salir de la casa para realizar alguna gestión como ir de compras o ir al cine, es una conducta que parece ser una buena opción que emplean algunos pacientes para distraerse, 9 indican que lo hacen siempre, 6 casi siempre, 3 muchas veces, 4 a veces, 5 pocas veces, 2 casi nunca y 9 nunca.

Los pacientes que señalaron no realizar estas acciones, se debe principalmente a los pocos recursos económicos con los que cuentan, pues muchos de estos no trabajan y el dinero que poseen lo utilizan para satisfacer sus principales necesidades, algunos otros prefieren permanecer en sus casas, pues allí se sienten más cómodos.

Tabla 16*Pregunta 11. Paseo mucho*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	6	15.8	15.8	15.8
Casi nunca	4	10.5	10.5	26.3
Pocas veces	11	28.9	28.9	55.3
A veces	4	10.5	10.5	65.8
Muchas veces	6	15.8	15.8	81.6
Casi siempre	4	10.5	10.5	92.1
Siempre	3	7.9	7.9	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).

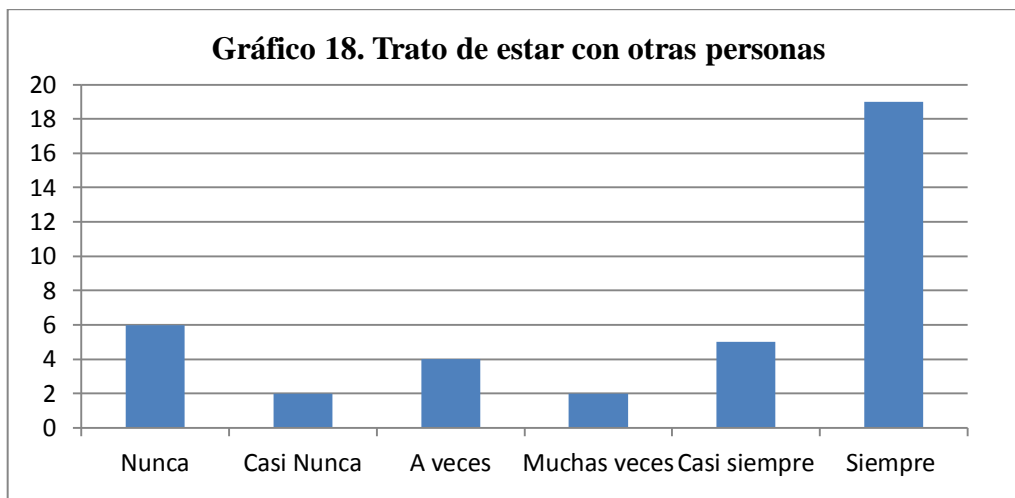


Los resultados para la propuesta “pasear mucho”, son similares a los obtenidos anteriormente, 6 pacientes indicaron que nunca pasean, 4 casi nunca, 11 pocas veces, 4 a veces, 6 muchas veces, 4 casi siempre y 3 siempre, por lo que no es una opción viable para toda la población estudiada.

Tabla 17*Pregunta 35. Trato de estar con otras personas*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	6	15.8	15.8	15.8
Casi nunca	2	5.3	5.3	21.1
A veces	4	10.5	10.5	31.6
Muchas veces	2	5.3	5.3	36.8
Casi siempre	5	13.2	13.2	50.0
Siempre	19	50.0	50.0	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



Los resultados sugieren que estar con otras personas es una de las actividades de mayor preferencia de la población estudiada, ya que esta implica la vinculación afectiva, a través de la cual pueden obtener apoyo, comprensión, retroalimentación y acompañamiento en los momentos en que perciben dolor, esta conducta parece que les genera muy buenos resultados. 19 pacientes respondieron que lo hacen siempre, 6 nunca, 5 casi siempre, 4 a veces, 2 muchas veces y 2 casi nunca.

Análisis general de la variable conductas distractoras

En términos generales con respecto a los datos obtenidos para la variable conductas distractoras, se puede observar que los pacientes utilizan menos las estrategias de salir de paseo, ya que indicaron que tanto las condiciones de salud como las económicas hacen que opten por estar en sus casas, aparte de que no pueden alejarse durante varios días del centro hospitalario. Tampoco utilizan los juegos mentales como una estrategia de distracción.

Realizan más actividades como ver televisión, escuchar la radio y en algunas ocasiones realizan salidas para atender gestiones cortas como: visitas a familiares y diligencias personales breves. La actividad por la que más optan es la de estar acompañados con otras personas, ésta parece ser una muy buena conducta distractora durante aquellos momentos en que los invade el dolor, parece ser que mantener buenas relaciones con los otros le permite sentir que no están solos en su enfermedad.

En términos generales de acuerdo con el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ), en la tabla de baremos de pacientes con dolor crónico benigno, se establece para la variable Conductas distractoras una media de 9, por lo que haciendo una revisión de la base de datos obtenida para esta variable, se observa que del total de la población, 6 pacientes no utilizan esta estrategia para afrontar el dolor. De acuerdo con Rodríguez et al. (2004), las conductas distractoras son una estrategia de afrontamiento cognitiva más activa que permite una mayor adaptación, así como una disminución en los parámetros del dolor, por lo que se podría inferir que esta población opta por una posición un poco más pasiva donde posiblemente hacen un menor esfuerzo en pensar en actividades que les permita desviar su atención del dolor.

Sin embargo, se tiene que 29 pacientes si hacen uso de dicha estrategia, que les permite focalizar su atención en otras actividades distractoras.

Autoinstrucciones

Rodríguez et al. (2004), mencionan que esta estrategia hace referencia a una serie de autoverbalizaciones dirigidas a afrontar con éxito el dolor. Mientras que Barragán y Almanza (2013), señalan que es una estrategia adaptativa por medio de la cual las personas son capaces mentalmente de darse afirmaciones para controlar el dolor, por lo que son conductas psicológicas de autoayuda.

Dentro del Instrumento que se utilizó para la recolección de datos, esta variable se evaluó por medio de los siguientes ítems. 1, 3, 10.25 y 27

1-Veo el dolor como un desafío y no dejo que me moleste

3- Me digo a mi mismo que no puedo dejar que el dolor interfiera en lo que tengo que hacer.

10- Me digo a mi mismo que puedo superar el dolor

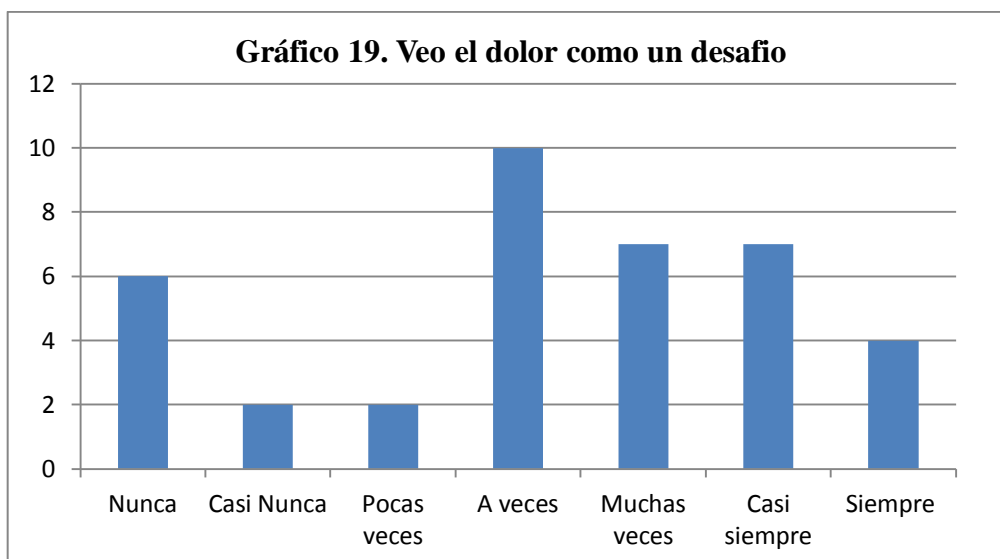
25-No importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él

27-Me digo a mi mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor

Tabla 18*Pregunta 1. Veo el dolor como un desafío y no dejo que me moleste*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	6	15.8	15.8	15.8
Casi nunca	2	5.3	5.3	21.1
Pocas veces	2	5.3	5.3	26.3
A veces	10	26.3	26.3	52.6
Muchas veces	7	18.4	18.4	71.1
Casi siempre	7	18.4	18.4	89.5
Siempre	4	10.5	10.5	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



Los resultados para la auto instrucción “veo el dolor como desafío”, indican que para un número importante de la población el dolor se convierte en un desafío ante el cual deben emplear energías para lograr sobrellevarlo, 10 pacientes indican que a veces lo ven como un desafío, 7 muchas veces, 7 casi siempre, 4 siempre, 2 pocas veces, 2 casi nunca y 6 nunca.

Es interesante como se ha venido observando en los resultados anteriores que el dolor es una condición presente en la vida de la gran mayoría de estos pacientes y que de alguna manera las estrategias de afrontamiento que emplean les permiten desarrollar mayores niveles de tolerancia hacia el dolor. Son pocos los que reportan que nunca han tenido dolor alguno.

Tabla 19

Pregunta 3. Me digo a mi mismo que no puedo dejar que el dolor interfiera en lo que tengo que hacer.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	3	7.9	7.9	7.9
Pocas veces	3	7.9	7.9	15.8
A veces	10	26.3	26.3	42.1
Muchas veces	5	13.2	13.2	55.3
Casi siempre	6	15.8	15.8	71.1
Siempre	11	28.9	28.9	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



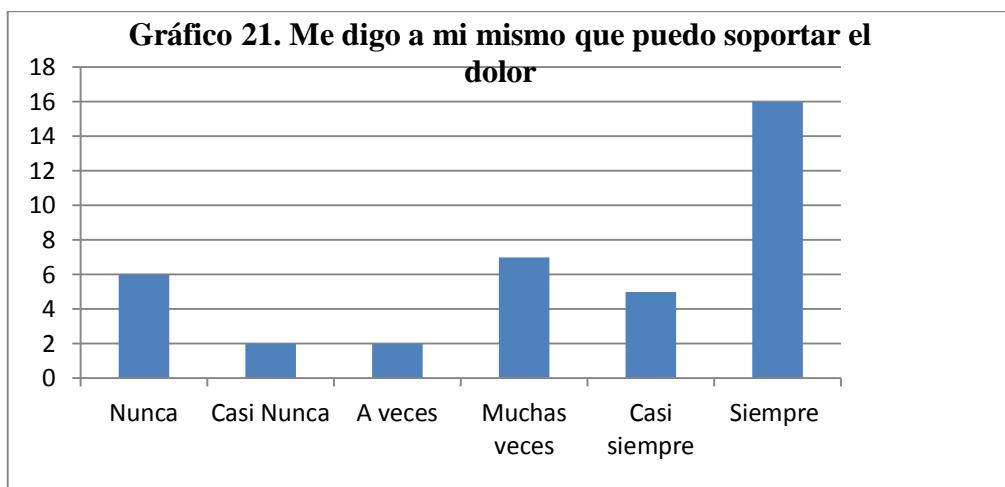
La tabla 19 y su gráfico respectivo indican que la mayoría de los pacientes mantienen un diálogo interno en el cual se dicen que no pueden dejar que dolor les gane y que interfiera en sus actividades y vida diaria. Según los resultados 11 pacientes utilizan dicha auto instrucción siempre, 10 a veces, 6 casi siempre, 5 muchas veces, 3 pocas veces y 3 nunca.

Tabla 20

Pregunta 10. Me digo a mi mismo que puedo superar el dolor

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	6	15.8	15.8	15.8
Casi nunca	2	5.3	5.3	21.1
A veces	2	5.3	5.3	26.3
Muchas veces	7	18.4	18.4	44.7
Casi siempre	5	13.2	13.2	57.9
Siempre	16	42.1	42.1	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



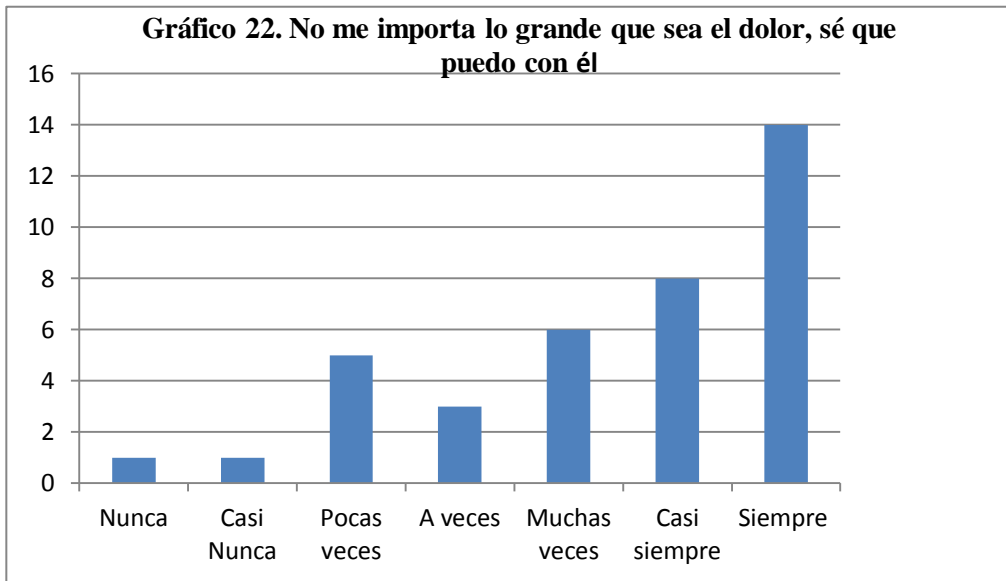
En cuanto a la auto instrucción “Me digo a mi mismo que puedo soportar el dolor”, los pacientes en su gran mayoría reportaron que la utilizan con mucha frecuencia, 16 indican que la emplean siempre, 7 muchas veces, 6 nunca, 5 casi siempre, 2 casi nunca y 2 a veces. Como se puede ver los pacientes recurren a conversar consigo mismos y tratan de realizar un manejo más cognitivo haciendo uso de las autoinstrucciones, para así obtener un estado de mayor bienestar que les genere sentimientos positivos y una actitud optimista.

Tabla 21.

Pregunta 25. No me importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2.6	2.6	2.6
Casi nunca	1	2.6	2.6	5.3
Pocas veces	5	13.2	13.2	18.4
A veces	3	7.9	7.9	26.3
Muchas veces	6	15.8	15.8	42.1
Casi siempre	8	21.1	21.1	63.2
Siempre	14	36.8	36.8	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



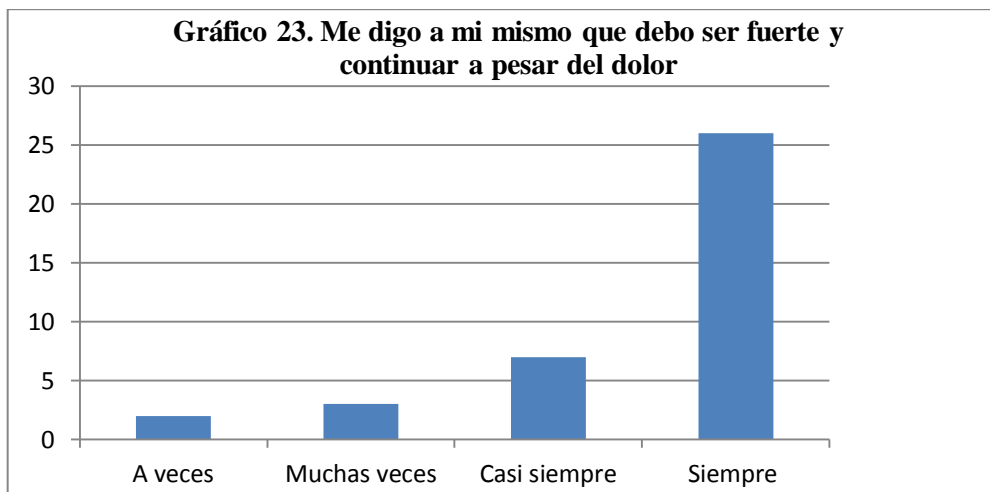
En cuanto al empleo de la afirmación “*No me importa lo grande que sea el dolor sé que puedo con él*”, 14 pacientes refieren que utilizan esta auto instrucción siempre, 8 casi siempre, 6 muchas veces, 5 pocas veces, 3 a veces, 1 casi nunca y 1 nunca. Se puede observar que los pacientes desafían su propia capacidad para tolerar el dolor, por medio de esta auto afirmación, la cual les ayuda a incorporar a nivel cognitivo una estructura de pensamiento positiva que los conduzca a optar por conductas que les propicien mayor bienestar.

Tabla 22.

Pregunta 27. Me digo a mi mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A veces	2	5.3	5.3	5.3
Muchas veces	3	7.9	7.9	13.2
Casi siempre	7	18.4	18.4	31.6
Siempre	26	68.4	68.4	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



De los resultados que muestran la tabla 22 y su respectivo gráfico, se desprende que la auto instrucción “Me digo a mí mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor”, es una de las más utilizadas por la población estudiada, ya que un 68,4%, de los pacientes, es decir 26 de ellos, indicaron utilizarla siempre, 7 la utilizan casi siempre, 3 muchas veces y 2 a veces.

Análisis general de la variable autoinstrucciones

La mayoría de la población participante reportó que perciben el dolor como un desafío, ya que es un elemento presente en sus vidas y fluctuante, es decir que experimentan el dolor no de manera constante, sino más bien por periodos, asociado principalmente a los factores ya mencionados como lo son: dolores musculo esqueléticos, dolores de cabeza y dolores que tienen que ver con los procedimientos médicos o inclusive con el propio estado emocional.

De acuerdo con el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ), en la tabla de baremos de pacientes con dolor crónico benigno, se establece para la variable Autoinstrucciones una media de 15, 31 por lo que haciendo una revisión de la base de datos obtenida para esta variable, se observa que del total de la población, 4 pacientes no utilizan esta estrategia para afrontar el dolor, por lo que no hacen uso de las autoverbalizaciones. De acuerdo con Barragán y Almanza (2013), esta es una estrategia adaptativa por medio de la cual las personas son capaces mentalmente de darse afirmaciones para controlar el dolor.

Al respecto, se tiene que una parte significativa de la población, es decir 34 pacientes, si suelen recurrir a esta estrategia, que les permite tener un mayor control del dolor a nivel cognitivo, estableciendo un diálogo interno con el cual logran modificar la manera de procesar la información sobre el dolor que perciben desde su propio cuerpo. Esta estrategia les ayuda a mejorar su actitud y optar por estrategias conductuales que les genera mayor bienestar.

Ignorar el dolor

Esta es una estrategia de afrontamiento positiva, de índole cognitiva que busca transformar el dolor en otra sensación (Rodríguez et al., 2004). Dentro del Instrumento que se utilizó para la recolección de datos, esta variable se evaluó por medio de los siguientes ítems. 5, 7, 20, 24, 28,29 y 38.

5-No presto atención al dolor

7- No pienso en el dolor.

20- Me pongo a hacer cosas como tareas domésticas o planear actividades

24-Aunque me duela sigo con lo que estuviera haciendo

28-Continuo con lo que estuviera haciendo como si no pasara nada

29-Ingno el dolor

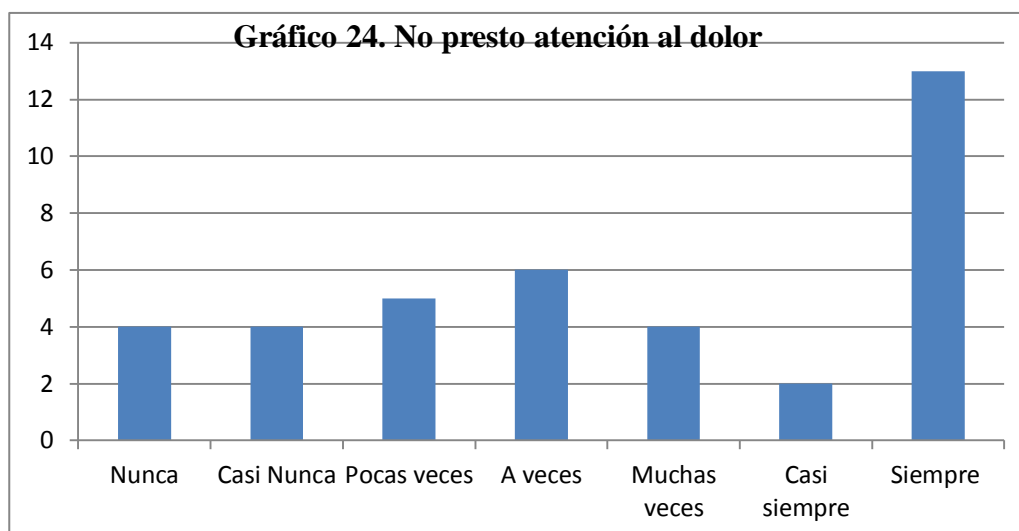
38-Me acuesto

Tabla 23

Pregunta 5. No presto atención al dolor

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	4	10.5	10.5	10.5
Casi nunca	4	10.5	10.5	21.1
Pocas veces	5	13.2	13.2	34.2
A veces	6	15.8	15.8	50.0
Muchas veces	4	10.5	10.5	60.5
Casi siempre	2	5.3	5.3	65.8
Siempre	13	34.2	34.2	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



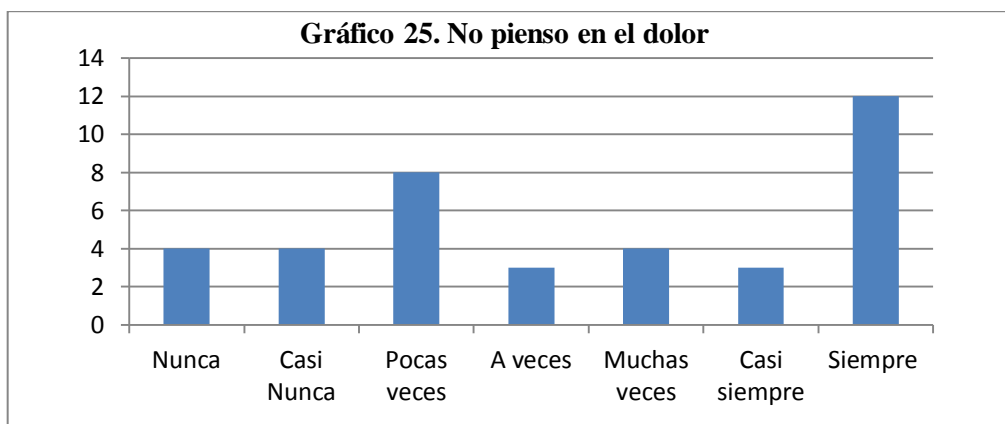
En cuanto a este primer enunciado que propone “No presto atención al dolor”, 13 pacientes reportaron que hacen esto siempre, 6 a veces, 5 pocas veces, 4 muchas veces, 4 casi nunca, 4 nunca y 2 casi siempre, por lo que la mayoría de la población logra no focalizarse en el dolor y tratan de desviar su atención haciendo otras actividades o compartiendo con sus familiares o personas cercanas.

Tabla 24

Pregunta 7. No pienso en el dolor.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	4	10.5	10.5	10.5
Casi nunca	4	10.5	10.5	21.1
Pocas veces	8	21.1	21.1	42.1
A veces	3	7.9	7.9	50.0
Muchas veces	4	10.5	10.5	60.5
Casi siempre	3	7.9	7.9	68.4
Siempre	12	31.6	31.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



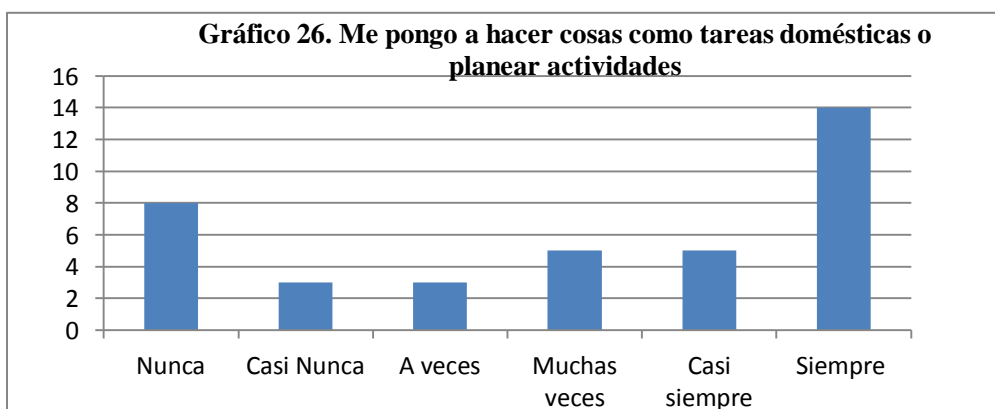
La mayoría de los pacientes indican que “No piensan en el dolor”, 12 manifiestan que hacen esto siempre, 8 pocas veces, 4 muchas veces, 4 nunca, 4 casi nunca, 3 a veces y 3 casi siempre. Estos resultados se asocian con el hecho de que esta población tiene mayor control cognitivo, es decir utilizan autoinstrucciones y modifican sus pensamientos por lo que generalmente se muestran con una actitud positiva, acerca de que pueden superar su situación de salud y de que su futuro será mejor.

Tabla 25

Pregunta 20. Me pongo a hacer cosas como tareas domésticas o planear actividades

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	8	21.1	21.1	21.1
Casi nunca	3	7.9	7.9	28.9
A veces	3	7.9	7.9	36.8
Muchas veces	5	13.2	13.2	50.0
Casi siempre	5	13.2	13.2	63.2
Siempre	14	36.8	36.8	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



Los resultados obtenidos indican que la mayoría de los pacientes prefieren mantenerse activos realizando tareas diarias, así lo reportaron 14 de ellos, quienes señalaron que siempre hacen cosas como tareas domésticas u otras actividades, 8 manifestaron que nunca lo hacen, 5 casi siempre, 5 muchas veces, 3 a veces y 3 casi nunca.

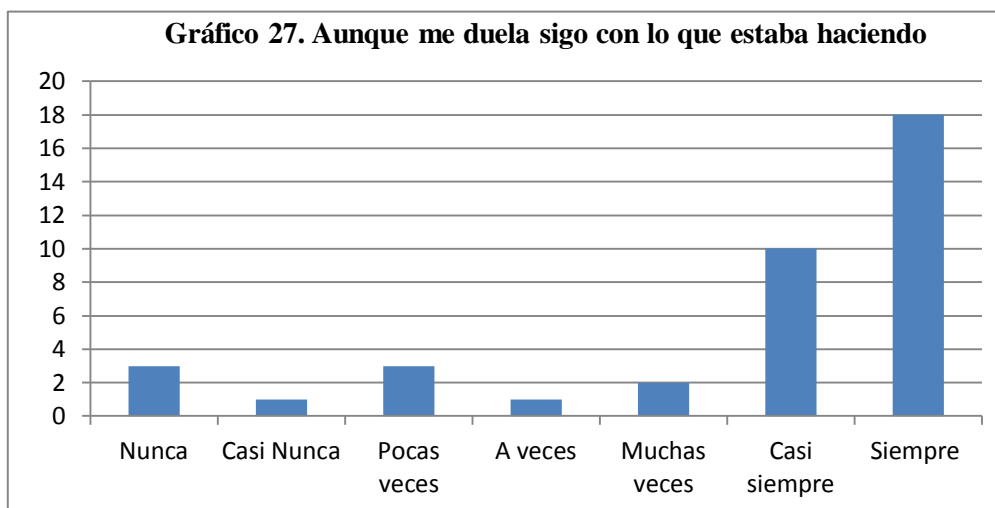
Según destacaron algunos de los pacientes, el hecho de estar activos les permite prestar atención y concentrarse en otras cosas y no en el dolor o malestar que puedan estar experimentando, asimismo les ayuda en su estado anímico, ya que les hace sentirse útiles al colaborar con sus familiares en diversos quehaceres.

Tabla 26

Pregunta 24. Aunque me duela sigo con lo que estaba haciendo

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	3	7.9	7.9	7.9
Casi nunca	1	2.6	2.6	10.5
Pocas veces	3	7.9	7.9	18.4
A veces	1	2.6	2.6	21.1
Muchas veces	2	5.3	5.3	26.3
Casi siempre	10	26.3	26.3	52.6
Siempre	18	47.4	47.4	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



En la tabla 26 y su respectivo gráfico se observa que 18 pacientes reportaron que aunque sientan dolor, siempre continúan con lo que estaban haciendo, por lo que logran ignorar el dolor y no prestarle atención, pues como lo hemos visto en los resultados ya

comentados, utilizan estrategias para que éste no se convierta en un factor limitante que les impida ser funcionales. 10 pacientes reportaron que casi siempre continúan con lo que estaban haciendo, 3 pocas veces, 3 nunca, 2 muchas veces, 1 a veces y 1 casi nunca.

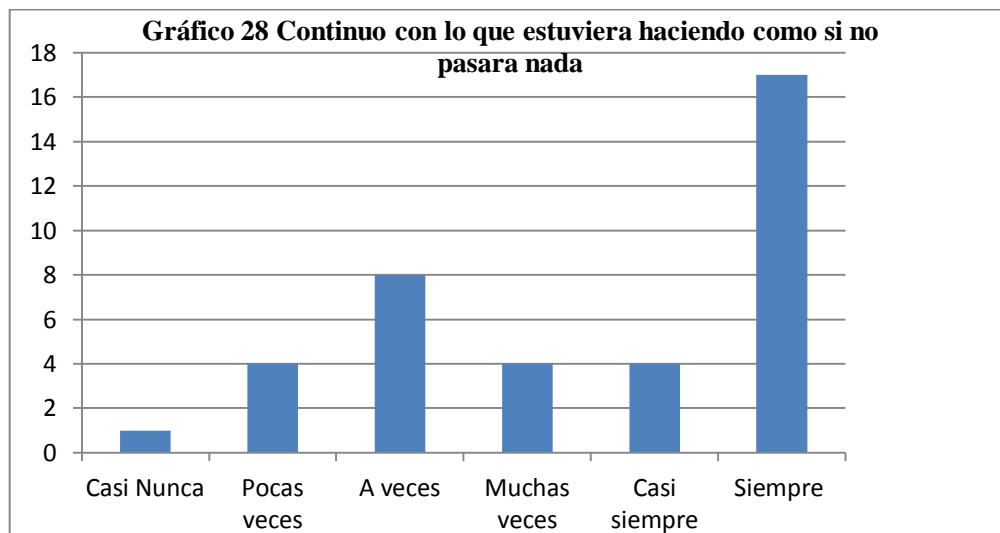
Los pacientes señalaron que solamente cuando perciben que la intensidad del dolor es muy fuerte, optan por tomar reposo y posponer la actividad que estaban realizando.

Tabla 27

Pregunta 28. Continuo con lo que estuviera haciendo como si no pasara nada

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2.6	2.6	2.6
Casi nunca	4	10.5	10.5	13.2
Pocas veces	8	21.1	21.1	34.2
A veces	4	10.5	10.5	44.7
Muchas veces	4	10.5	10.5	55.3
Casi siempre	17	44.7	44.7	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).

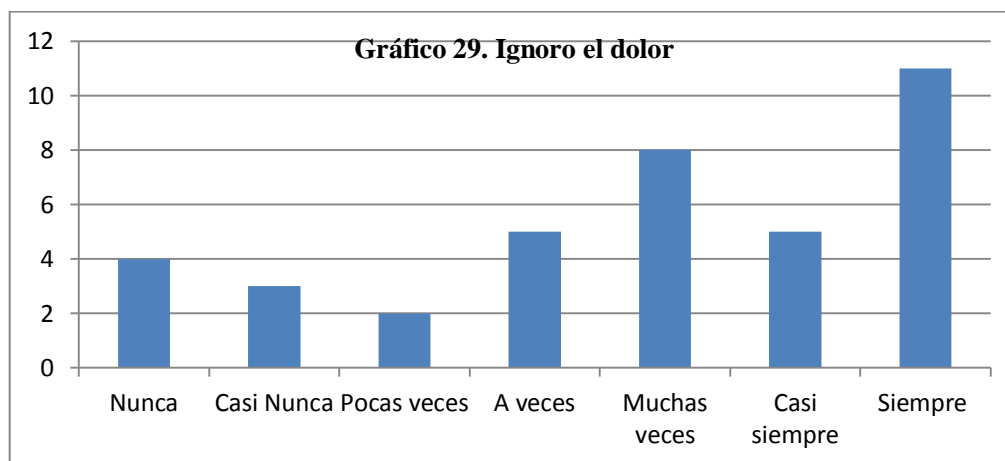


Similar a los resultados obtenidos anteriormente, 17 pacientes reportaron que casi siempre lograban continuar con lo que estaban haciendo, esto a pesar del dolor que pudieran percibir, 8 indicaron que pocas veces lo hacían, 4 muchas veces, 4 a veces, 4 casi nunca y 1 nunca. Por lo que se puede inferir que los pacientes logran controlar el dolor, cuando perciben que éste es inferior a los recursos que tienen para hacerle frente, lo que les permite que continúen con las tareas.

Tabla 28*Pregunta 29. Ignoro el dolor*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	4	10.5	10.5	10.5
Casi nunca	3	7.9	7.9	18.4
Pocas veces	2	5.3	5.3	23.7
A veces	5	13.2	13.2	36.8
Muchas veces	8	21.1	21.1	57.9
Casi siempre	5	13.2	13.2	71.1
Siempre	11	28.9	28.9	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).

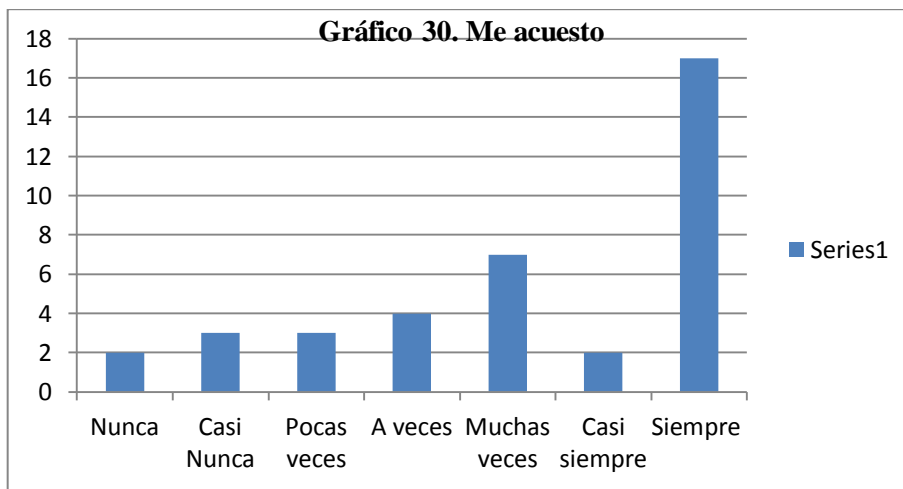


Con respecto a la opción de ignorar el dolor, 11 pacientes indicaron que lograban hacer esto siempre, 8 muchas veces, 5 casi siempre, 5 a veces, 4 nunca, 3 casi nunca y 2 pocas veces. Por lo que las respuestas brindadas son muy relativas, ya que indicaron que ignorar o no el dolor, depende de la intensidad y de la duración del mismo.

Tabla 29*Pregunta 38. Me acuesto*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	2	5.3	5.3	5.3
Casi nunca	3	7.9	7.9	13.2
Pocas veces	3	7.9	7.9	21.1
A veces	4	10.5	10.5	31.6
Muchas veces	7	18.4	18.4	50.0
Casi siempre	2	5.3	5.3	55.3
Siempre	17	44.7	44.7	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



Los pacientes reportaron en su gran mayoría que acuden a tomar reposo acostándose, cuando es necesario, como una forma de aliviar el dolor, 17 pacientes señalaron que hacen esto siempre, 7 muchas veces, 4 a veces, 3 pocas veces, 3 casi nunca, 2 casi siempre y 2 nunca.

Análisis general de la variable Ignorar el dolor

De acuerdo con el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ), en la tabla de baremos de pacientes con dolor crónico benigno, se establece para la variable Ignorar el dolor una media de 17, 84 por lo que haciendo una revisión de la base de datos obtenida para esta variable, se tiene que del total de la población, 2 pacientes se encuentran por debajo de la media, por lo que no utilizan esta estrategia para afrontar el dolor, mientras que 36 pacientes si lo hacen.

Los pacientes en su mayoría reportaron que generalmente tienden a no prestarle atención al dolor; asimismo, que no invierten energía pensando en éste, por lo que recurren a realizar actividades en el hogar o fuera, lo que les ayuda para distraerse y así evitar focalizar su atención en la sensación del dolor. Manifestaron que a pesar de que perciban dolor, generalmente continúan con las actividades que estaban realizando, pues tratan de que no interfiera en su funcionamiento diario. La mayoría hacen esfuerzos cognitivos por ignorarlo, y en ocasiones cuando el dolor es intenso optan por tomar reposo y acostarse hasta que experimenten una sensación de alivio.

Reinterpretar el dolor

Esta estrategia cognitiva revela la intención de transformar la percepción dolorosa para aliviar su impacto (Barragán,y Almanza, 2013). Donde las personas se centran en darle una lectura diferente en las sensaciones que experimenta. Dentro del Instrumento que se utilizó para la recolección de datos, esta variable se evaluó por medio de los siguientes ítems. 15, 17, 18, 22 30 y 33.

15-Me imagino que el dolor está fuera de mí

17- Hago como si no me doliera nada

18- Hago como si el dolor no fuera parte de mí

22-Me digo a mi mismo que no me duele

30-Trato de distanciarme del dolor, casi como si el dolor estuviera en otro cuerpo

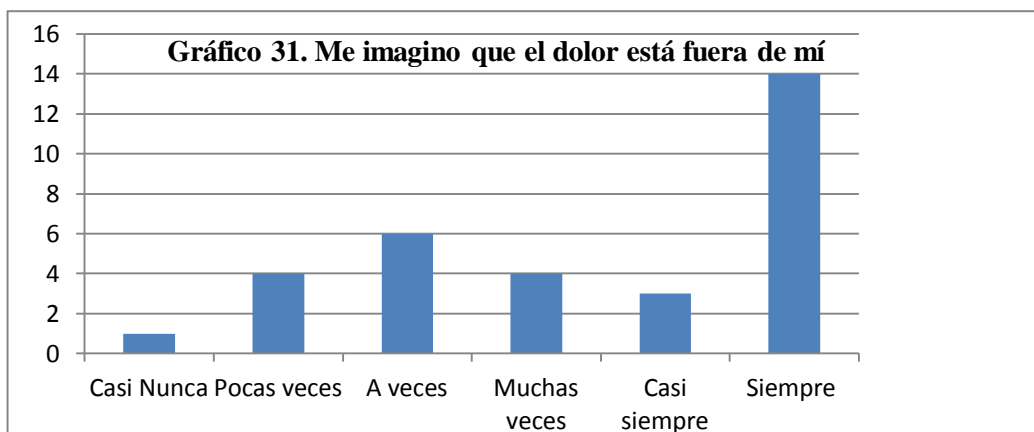
33-Trato de no pensar que el dolor está en mi cuerpo, sino fuera de mí.

Tabla 30

Pregunta 15. Me imagino que el dolor está fuera de mí

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	6	15.8	15.8	15.8
Casi nunca	1	2.6	2.6	18.4
Pocas veces	4	10.5	10.5	28.9
A veces	6	15.8	15.8	44.7
Muchas veces	4	10.5	10.5	55.3
Casi siempre	3	7.9	7.9	63.2
Siempre	14	36.8	36.8	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



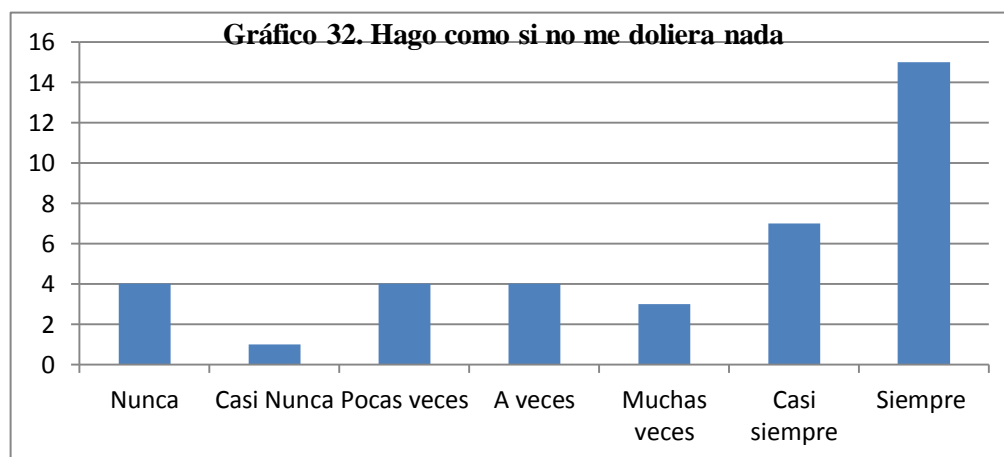
Como parte de las estrategia de afrontamiento cognitiva de Reinterpretar el dolor, se propone el enunciado de “Me imagino que el dolor está fuera de mí”, ante el cual, 14 pacientes respondieron que logran esto siempre, 6 a veces, 6, nunca, 4 pocas veces, 4 muchas veces, 3 casi siempre y 1 casi nunca.

Tabla 31

Pregunta 17. Hago como si no me doliera nada

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	4	10.5	10.5	10.5
Casi nunca	1	2.6	2.6	13.2
Pocas veces	4	10.5	10.5	23.7
A veces	4	10.5	10.5	34.2
Muchas veces	3	7.9	7.9	42.1
Casi siempre	7	18.4	18.4	60.5
Siempre	15	39.5	39.5	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).

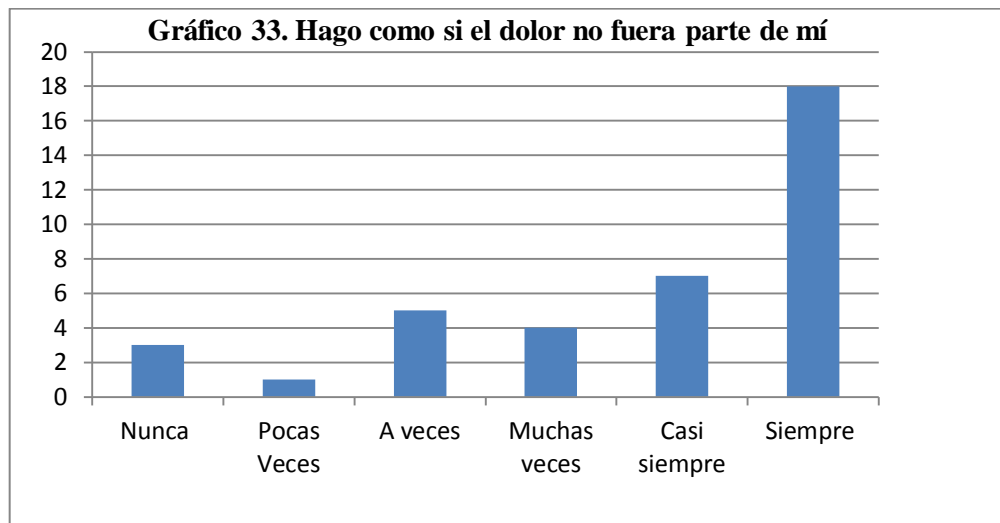


De los resultados que se desprenden de la tabla 31 y su respectivo gráfico, se tiene que 15 pacientes reportaron que siempre pueden hacer como si no les doliera nada, 7 casi siempre, 4 a veces, 4 pocas veces, 4 nunca, 3 muchas veces y 1 casi nunca. Por lo que se puede apreciar que una buena parte de la población estudiada hace un buen manejo del dolor.

Tabla 32*Pregunta 18. Hago como si el dolor no fuera parte de mí*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	3	7.9	7.9	7.9
Pocas veces	1	2.6	2.6	10.5
A veces	5	13.2	13.2	23.7
Muchas veces	4	10.5	10.5	34.2
Casi siempre	7	18.4	18.4	52.6
Siempre	18	47.4	47.4	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).

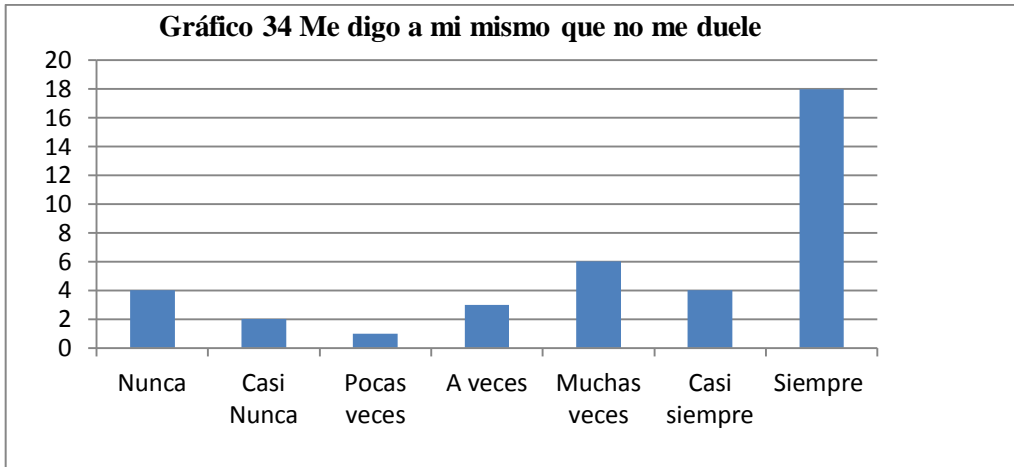


Los pacientes reportaron en su mayoría que logran hacer como si el dolor no fuera parte de ellos, 18 indicaron que lo logran realizar siempre, 7 casi siempre, 5 a veces, 4 muchas veces, 3 nunca y 1 pocas veces. Por lo que logran darle una reinterpretación diferente al dolor cuando este se presenta.

Tabla 33*Pregunta 22. Me digo a mi mismo que no me duele*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	4	10.5	10.5	10.5
Casi nunca	2	5.3	5.3	15.8
Pocas veces	1	2.6	2.6	18.4
A veces	3	7.9	7.9	26.3
Muchas veces	6	15.8	15.8	42.1
Casi siempre	4	10.5	10.5	52.6
Siempre	18	47.4	47.4	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



Con respecto a los resultados obtenidos para el ítem “Me digo a mi mismo que no me duele”, 18 los pacientes indicaron que esto lo hacen siempre, 6 muchas veces, 4 casi siempre, 4 nunca, 3 a veces, 2 casi nunca y 1 pocas veces, esto corresponde a una autoinstrucción que les permite a los pacientes reinterpretar el dolor y tener mayor control cognitivo de éste.

Tabla 34

Pregunta 30. Trato de distanciarme del dolor, casi como si el dolor estuviera en otro cuerpo

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	7	18.4	18.4	18.4
Casi nunca	1	2.6	2.6	21.1
Pocas veces	2	5.3	5.3	26.3
A veces	8	21.1	21.1	47.4
Muchas veces	4	10.5	10.5	57.9
Casi siempre	7	18.4	18.4	76.3
Siempre	9	23.7	23.7	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).

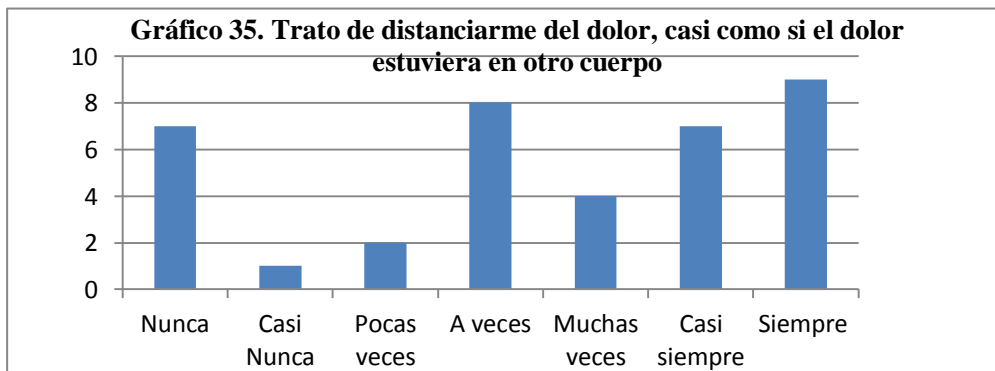
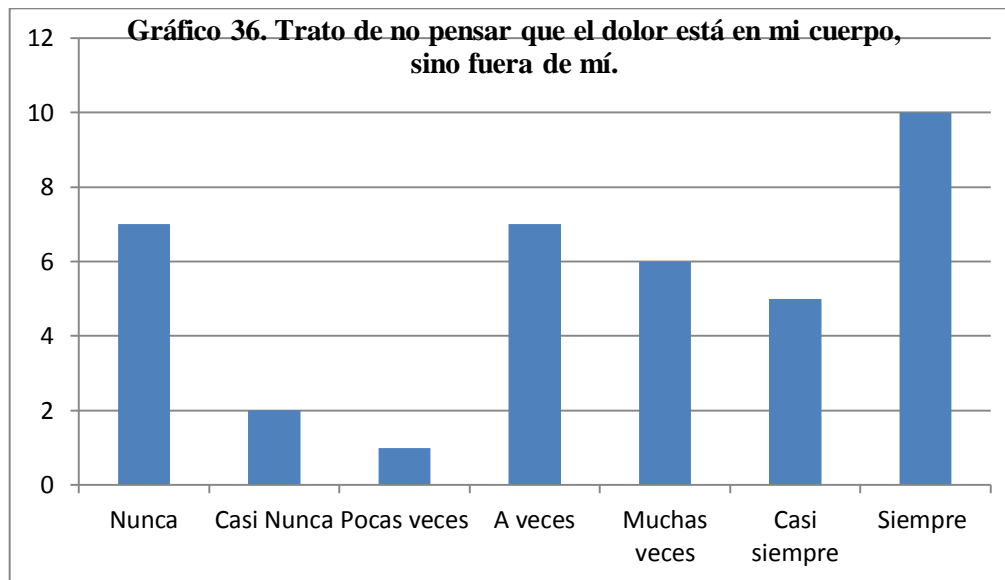


Tabla 35*Pregunta 33. Trato de no pensar que el dolor está en mi cuerpo, sino fuera de mí.*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	7	18.4	18.4	18.4
Casi nunca	2	5.3	5.3	23.7
Pocas veces	1	2.6	2.6	26.3
A veces	7	18.4	18.4	44.7
Muchas veces	6	15.8	15.8	60.5
Casi siempre	5	13.2	13.2	73.7
Siempre	10	26.3	26.3	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



Con respecto a los datos que se observan en la tabla 35 y en el respectivo gráfico referente al enunciado propuesto, se tiene que una parte importante de la población reportó que tratan de no pensar que el dolor está en su cuerpo, sino más bien fuera, 10 indican que lo hacen siempre, 7 a veces, 7 nunca, 6 muchas veces, 5 casi siempre, 2 casi nunca y 1 pocas veces. Algunos de los pacientes expresaron que es imposible tratar de pensar en que el dolor está fuera de ellos, ya que es una sensación y una experiencia real que está presente y que si bien se puede sobrellevar, es difícil llegar a un nivel donde se asuma una posición externa al cuerpo.

Análisis general de la variable reinterpretar el dolor

De acuerdo con el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ), en la tabla de baremos de pacientes con dolor crónico benigno, se establece para la variable Reinterpretar el dolor una media de 6, 91 por lo que haciendo una revisión de la base de datos obtenida para esta variable, se observa que del total de la población, 23 pacientes se encuentran por debajo de la media, por lo que no utilizan esta estrategia para afrontar el dolor, mientras que 15 pacientes si la utilizan. De los datos obtenidos se puede observar que los pacientes se esfuerzan en darle una interpretación diferente al dolor, reportan imaginar que está fuera de ellos; sin embargo, no logran distanciarse de éste totalmente.

La población que hace uso de esta estrategia buscan mecanismos que les permita de alguna manera ignorar el dolor, evitar prestarle atención o focalizarse en éste, una de las opciones que más utilizan es hacer como si no les doliera nada, o también emplean el auto discurso para indicarse a sí mismos que no sienten dolor. La reevaluación de las sensaciones permite reinterpretar la sensación dolorosa por otro tipo de percepción; por lo tanto, no pretende reducir la sensación producida, sino eliminar el componente afectivo negativo asociado a la experiencia de dolor.

Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé (2008, p. 309), indican que *“Las creencias de autoeficacia y expectativas de resultado, aparecen relacionadas con un mejor afrontamiento, menor depresión y, por tanto, menor inadaptación y mejor ajuste al dolor crónico”*.

Esperanza

Esta estrategia hace referencia a la idea de que el dolor desaparecerá con el paso del tiempo (Barragán y Almanza, 2013), es decir la persona visualiza un futuro sin dolor. Dentro del Instrumento que se utilizó para la recolección de datos, esta variable se evaluó por medio de los siguientes ítems. 13,14 y 26.

13-Tengo confianza en que algún día los médicos me curarán el dolor

14- Creo que algún día alguien me ayudará y el dolor desaparecerá

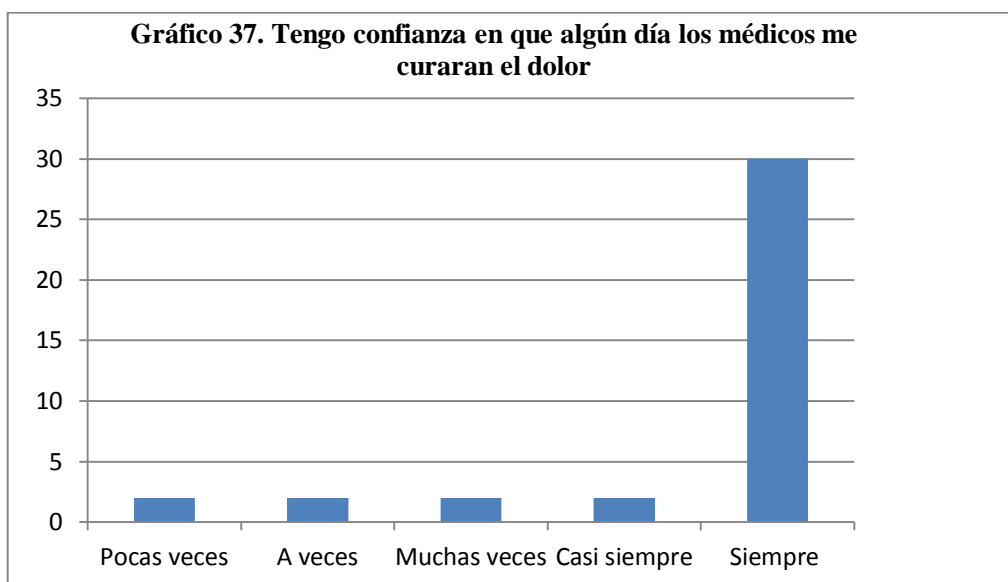
26- Trato de imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor

Tabla 36

Pregunta 13 Tengo confianza en que algún día los médicos me curaran el dolor

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pocas veces	2	5.3	5.3	5.3
A veces	2	5.3	5.3	10.5
Muchas veces	2	5.3	5.3	15.8
Casi siempre	2	5.3	5.3	21.1
Siempre	30	78.9	78.9	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



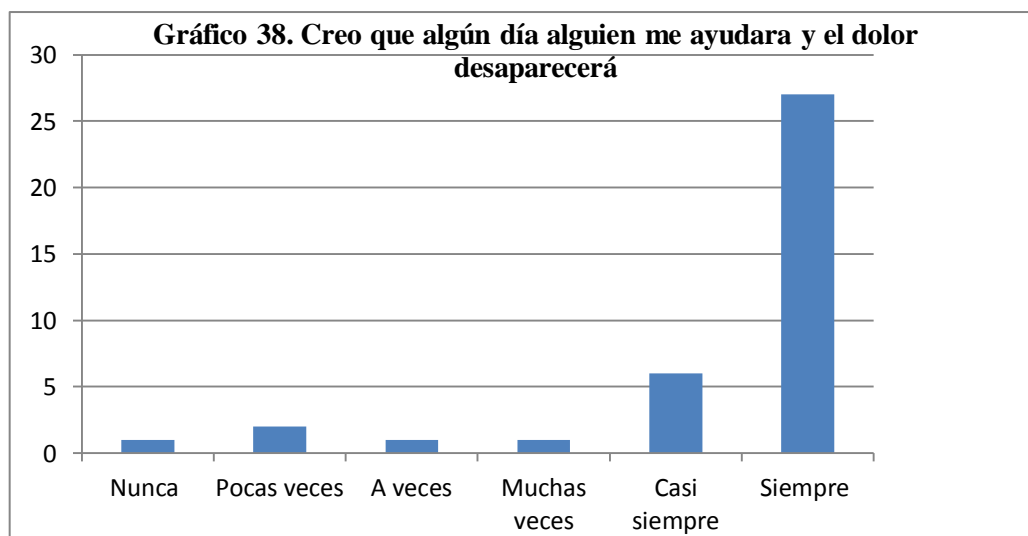
Como se puede observar en el gráfico anterior la mayoría de la población estudiada respondió que tienen confianza en que algún día los médicos curarán el dolor que perciben, 30 indicaron que siempre poseen dicha confianza, 2 casi siempre, 2 muchas veces, 2 a veces y 2 pocas veces.

Estas respuesta reflejan que los pacientes mantienen su esperanza, esto los lleva a depositar su confianza en el personal de salud que los atiende, principalmente en el médico especialista que les brinda seguimiento a su caso, con la expectativa de que llegará su momento en que le realizarán el trasplante de riñón, lo que para algunos implica la finalización del tratamiento con hemodiálisis, así como ponerle un punto importante a la trayectoria de su padecimiento.

Tabla 37*Pregunta 14. Creo que algún día alguien me ayudara y el dolor desaparecerá*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2.6	2.6	2.6
Pocas veces	2	5.3	5.3	7.9
A veces	1	2.6	2.6	10.5
Muchas veces	1	2.6	2.6	13.2
Casi siempre	6	15.8	15.8	28.9
siempre	27	71.1	71.1	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



Al igual que los resultados anteriores, en la tabla 37 y su respectivo gráfico, se puede observar que 27 pacientes señalaron que siempre mantienen la creencia de que algún día alguien les ayudará y el dolor desaparecerá, 6 respondieron casi siempre, 2 pocas veces, 1 muchas veces, 1 a veces y 1 nunca.

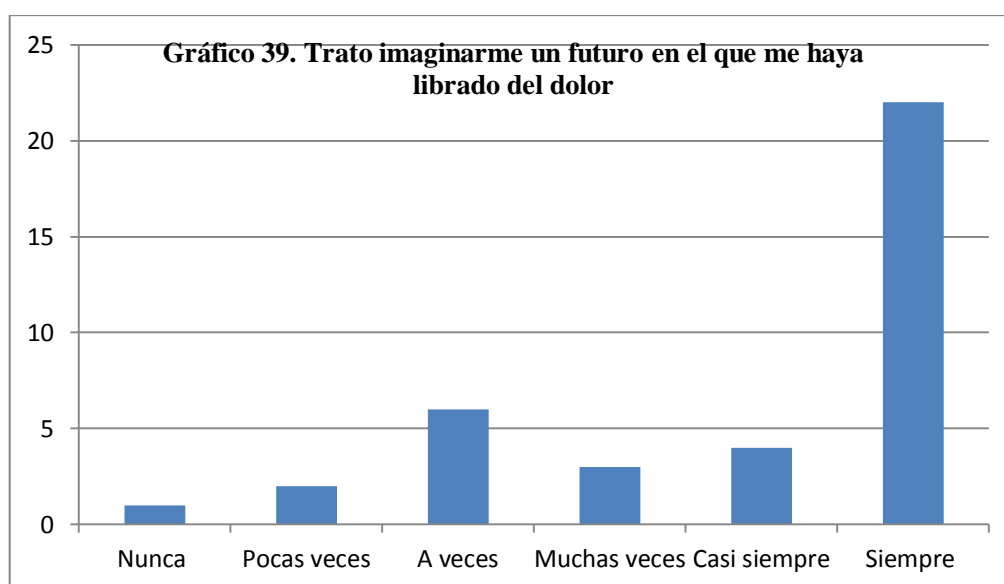
Por lo tanto, de igual manera se visualiza como los pacientes depositan su confianza en otra persona, en quien esperan que en algún momento les ayude con su situación médica y con ello desaparezca el dolor o sensación de malestar. Mantener esta creencia les permita sobrellevar su situación de salud día a día, con la convicción de que existe un futuro mejor.

Tabla 38.

Pregunta 26. Trato imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2.6	2.6	2.6
Pocas veces	2	5.3	5.3	7.9
A veces	6	15.8	15.8	23.7
Muchas veces	3	7.9	7.9	31.6
Casi siempre	4	10.5	10.5	42.1
Siempre	22	57.9	57.9	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



Para este ítem, 22 pacientes respondieron que siempre tratan de imaginarse un futuro en que se hayan librado del dolor, 6 indican que lo hacen a veces, 4 casi siempre, 3 muchas veces, 2 pocas veces y nunca. Impresiona que el hecho de imaginar o visualizar un futuro mejor, les ayuda a mantener la esperanza para seguir luchando y hacerle frente a aquellos momentos en que perciben sensaciones de dolor o malestar que atentan contra su misma estabilidad emocional.

Análisis general de la variable esperanza

De acuerdo con el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ), en la tabla de baremos de pacientes con dolor crónico benigno, se establece para la variable Esperanza

una media de 9, 11 por lo que haciendo una revisión de la base de datos obtenida para esta variable, se observa que del total de la población, 2 pacientes se encuentran por debajo de la media, por lo que no utilizan esta estrategia para afrontar el dolor, mientras que 36 pacientes si la utilizan.

De los 38 pacientes que participaron en la investigación 30 contestaron que confían en que algún día la figura del médico les aliviará el dolor. De igual manera reportaron que tienen la esperanza de que alguien les ayudará en los momentos difíciles en que perciban dolor. En otro de los ítems, 22 pacientes indicaron que ellos se imaginan un futuro en el que el dolor haya desaparecido.

Consecuentemente, en términos generales se deduce que la esperanza es una de las estrategias de afrontamiento mayormente empleada por los pacientes, quienes han desarrollado el concepto de optimismo disposicional, que hace referencia a la creencia o expectativa generalizada y estable de un futuro mejor.

Se observa que optan por tener un afrontamiento activo y persistente que se caracteriza por una actitud optimista de enfrentar un día a la vez. Las personas que en ocasiones pierden esta esperanza son aquellas que tienen más tiempo de estar en tratamiento por lo que experimentan emociones ambivalentes y fluctuantes o también aquellas que están iniciando el tratamiento y atraviesan por un proceso de ajuste y adaptación.

Fe y plegarias

Esta estrategia es una de las que cuenta con mayor significación conceptual, se asocia con la estrategia de la esperanza y la distracción cognitiva (Barragán, y Almanza, 2013). Además, basa el afrontamiento en creencias y conductas religiosas.

Dentro del instrumento que se utilizó para la recolección de datos, esta variable se evaluó por medio de los ítems. 19, 21 y 37.

19-Rezo a Dios para que no dure más el dolor

21- Rezo para que pare el dolor

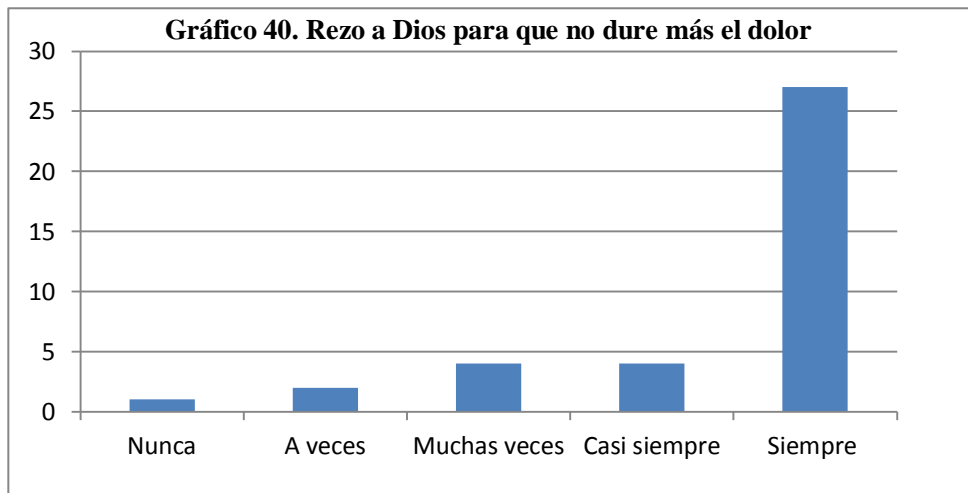
37- Cuento con mi fe en Dios

Tabla 39

Pregunta 19. Rezo a Dios para que no dure más el dolor

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2.6	2.6	2.6
A veces	2	5.3	5.3	7.9
Muchas veces	4	10.5	10.5	18.4
Casi siempre	4	10.5	10.5	28.9
Siempre	27	71.1	71.1	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).

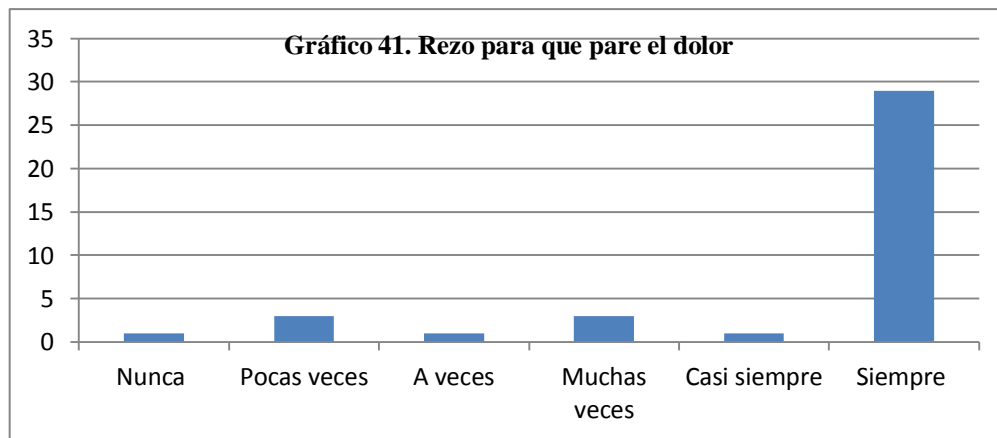


27 pacientes externaron que rezan a Dios para que no dure más el dolor, 4 indicaron que casi siempre, 4 muchas veces, 2 a veces y 1 nunca; al respecto, esta es una de las conductas más empleadas por los pacientes, la mayoría, no demoraron en contestar con total convicción que esto forma parte de su vida diaria. Rezar o en su defecto orar, se asocia con la estrategia de la esperanza, donde de igual manera se deposita la confianza en el otro, en este caso en un ser superior en quien se cree podría intervenir para que el dolor desaparezca.

Tabla 40*Pregunta 21. Rezo para que pare el dolor*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2.6	2.6	2.6
Pocas veces	3	7.9	7.9	10.5
A veces	1	2.6	2.6	13.2
Muchas veces	3	7.9	7.9	21.1
Casi siempre	1	2.6	2.6	23.7
Siempre	29	76.3	76.3	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).

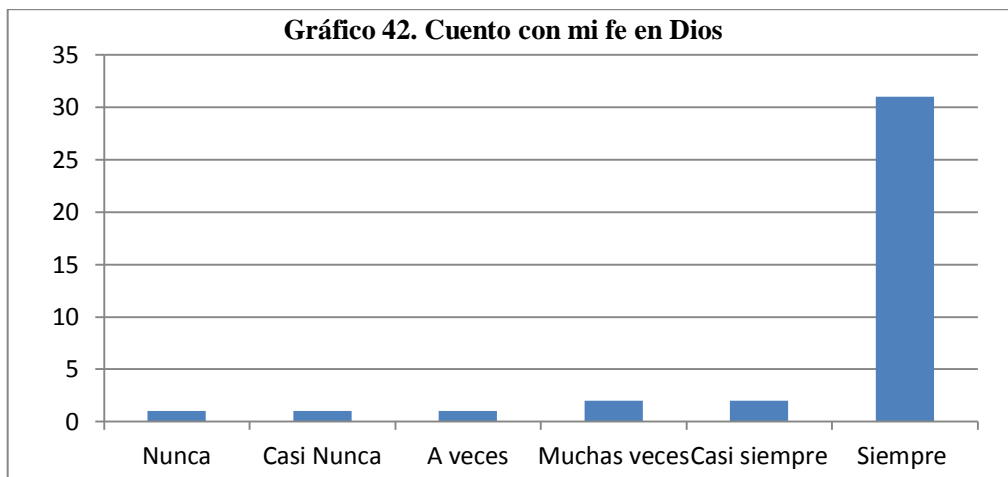


Del total de los pacientes evaluados, 29 reportaron que acuden siempre a rezar para que el dolor pare, 3 que lo hacen muchas veces, 3 pocas veces, 1 casi siempre, 1 a veces y 1 nunca. Sin duda parece ser que el uso de la fe y con ello las plegarias se tornan en un recurso fundamental para estos pacientes que les permite fomentar su esperanza en que con el futuro vendrá una mejoría para su estado de salud.

Tabla 41*Pregunta 37. Cuento con mi fe en Dios*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2.6	2.6	2.6
Casi nunca	1	2.6	2.6	5.3
A veces	1	2.6	2.6	7.9
Muchas veces	2	5.3	5.3	13.2
Casi siempre	2	5.3	5.3	18.4
Siempre	31	81.6	81.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



Análisis general de la variable fe y plegarias

De acuerdo con el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ), en la tabla de baremos de pacientes con dolor crónico benigno, se establece para la variable Fe y Plegarias una media de 8,60 por lo que haciendo una revisión de la base de datos obtenida para esta variable, se observa que del total de la población, 1 paciente se encuentra por debajo de la media, por lo que no utiliza esta estrategia para afrontar el dolor, mientras que 37 pacientes si la utilizan.

De acuerdo con la información obtenida queda muy claro que la fe y las plegarias son una de las principales estrategias que utiliza esta población, es decir el recurso espiritual es uno de los más utilizados para hacerle frente a la enfermedad. Rodríguez et al. (2004), exponen que esta estrategia se basa en la creencia y la conducta religiosa, al acudir a las creencias religiosas las personas experimentan mayor tranquilidad y confianza, lo que les genera una actitud optimista.

Yoffe (2012), menciona que las creencias y las prácticas religiosas/espirituales provocan un efecto beneficioso para la salud ya que reduce el estrés o lo previene, por lo tanto esta estrategia es vista como fuente potencial de salud mental.

Distracción cognitiva

Dentro del Instrumento que se utilizó para la recolección de datos, esta variable se evaluó por medio de los siguientes ítems. 34, 36 y 39.

34-Pienso en cosas que disfruto haciendo

36- Recuerdo buenos momentos del pasado

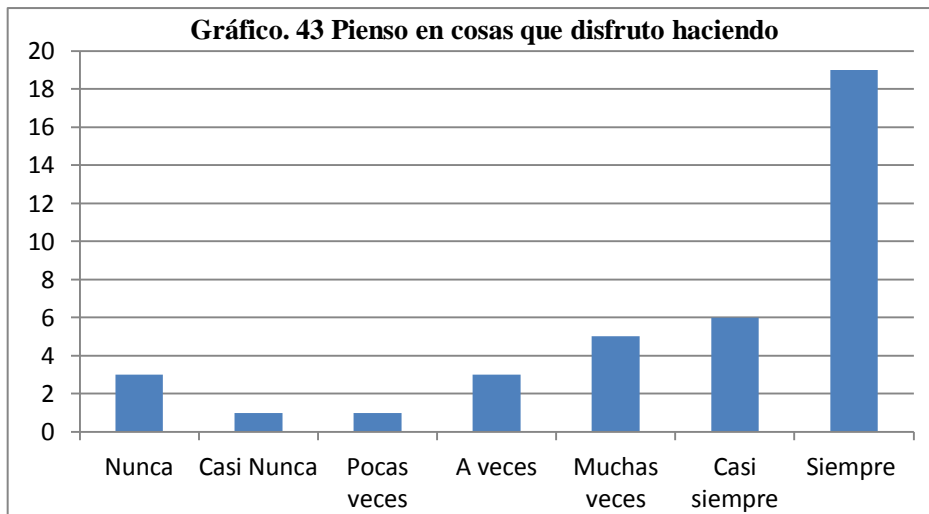
39- Pienso en personas con las que me gusta estar

Tabla 42

Pregunta 34. Pienso en cosas que disfruto haciendo

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	3	7.9	7.9	7.9
Casi nunca	1	2.6	2.6	10.5
Pocas veces	1	2.6	2.6	13.2
A veces	3	7.9	7.9	21.1
Muchas veces	5	13.2	13.2	34.2
Casi siempre	6	15.8	15.8	50.0
Siempre	19	50.0	50.0	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



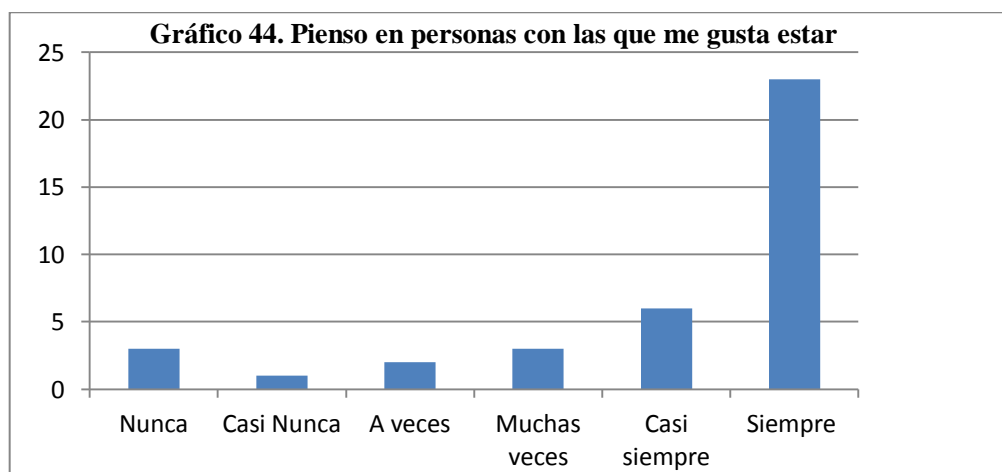
Los resultados del enunciado “Pienso en cosas que disfruto haciendo” sugieren que 19 pacientes piensan esto siempre, 6 casi siempre, 5 muchas veces, 3 a veces, 3 nunca, 1 casi nunca y 1 pocas veces, por lo que pensar en actividades placenteras hace que los pacientes puedan distraerse cognitivamente y enfrentar mejor el dolor.

Tabla 43

Pregunta 39. Pienso en personas con las que me gusta estar

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	3	7.9	7.9	7.9
Casi nunca	1	2.6	2.6	10.5
A veces	2	5.3	5.3	15.8
Muchas veces	3	7.9	7.9	23.7
Casi siempre	6	15.8	15.8	39.5
Siempre	23	60.5	60.5	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).

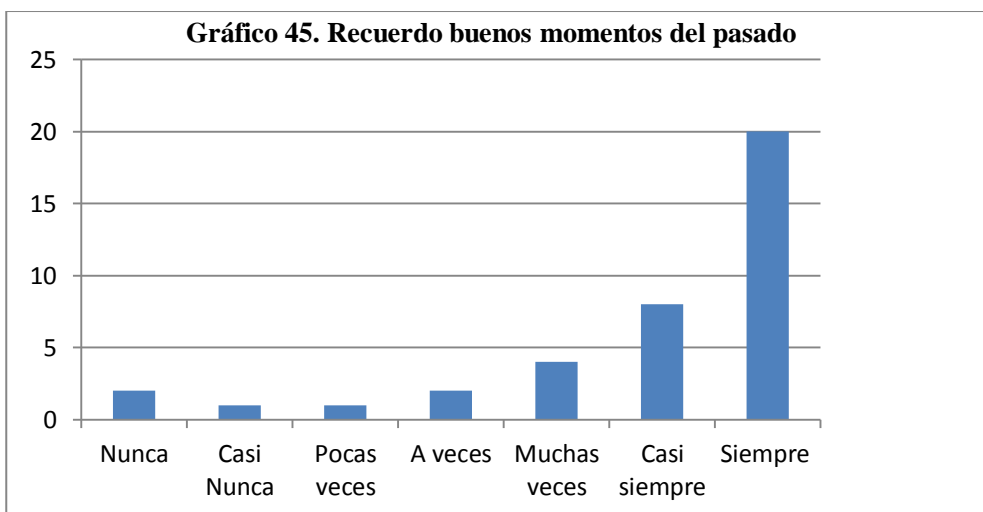


La tabla 43 y el gráfico respectivo muestran que 23 pacientes respondieron que siempre piensan en las personas con las que les gusta estar, 6 casi siempre, 3 muchas veces, 3 nunca, 2 a veces y 1 casi nunca. Como se puede observar en los resultados comentados anteriormente, la vinculación afectiva y el hecho de relacionarse con otras personas es un recurso significativo para esta población ya que les permite tener un acompañamiento en el proceso de la enfermedad.

Tabla 44*Pregunta 36. Recuerdo buenos momentos del pasado*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	2	5.3	5.3	5.3
Casi nunca	1	2.6	2.6	7.9
Pocas veces	1	2.6	2.6	10.5
A veces	2	5.3	5.3	15.8
Muchas veces	4	10.5	10.5	26.3
Casi siempre	8	21.1	21.1	47.4
Siempre	20	52.6	52.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Fuente: (Marín, 2015).



Recordar buenos momentos del pasado es una de las actividades que realiza la mayoría de los pacientes que participaron en investigación, donde 20 respondieron que siempre lo hacen, 8 casi siempre, 4 muchas veces, 2 a veces. 2 nunca, 1 casi nunca, 1 pocas veces. Esta es una opción dentro de la estrategia de distracción cognitiva que les ayuda en el control del dolor.

Análisis general de la variable distracción cognitiva

De acuerdo con el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ), en la tabla de baremos de pacientes con dolor crónico benigno, se establece para la variable Fe y

Plegarias una media de 6, 07 por lo que haciendo una revisión de la base de datos obtenida para esta variable, se observa que del total de la población, 3 paciente se encuentran por debajo de la media, por lo que no utilizan esta estrategia para afrontar el dolor, mientras que 35 pacientes si la utilizan.

De los datos obtenidos se puede observar que la mayoría de la población en estudio generalmente hace uso de la distracción cognitiva como una estrategia de afrontamiento, mediante la cual optan por tener pensamientos positivos y recordar los buenos momentos que han tenido en la vida.

Esta estrategia cognitiva influye en el dolor a través del pensamiento, de acuerdo con Truyols, et al. (2008), el papel que tienen las creencias o cogniciones sobre el significado del dolor resulta de gran importancia, ya que influye directamente en el estado anímico y en los esfuerzos de afrontamiento de los pacientes. Según la literatura, los pacientes que poseen un locus de control interno presentan un mejor funcionamiento y una adaptación positiva al dolor, mientras que los pacientes con locus externo presentan peor ajuste.

CAPITULO VI

Discusión, Conclusiones y recomendaciones

Discusión

La población estudiada está conformada por un mayor número de hombres, por lo que esto concuerda con la literatura la cual indica que es una enfermedad que se presenta más en el género masculino que en el femenino.

La edad media de los pacientes que asistieron al Servicio de Hemodiálisis del Hospital San Juan de Dios durante el mes de setiembre, ronda entre los 49 y 50 años, es decir personas que todavía se encuentran en una etapa de productividad a nivel laboral y el hecho de no poder mantenerse activos les genera gran preocupación, pues como se pudo observar la mayoría de la población se compone de hombres que cumplen el rol de cabeza de hogar y el factor económico juega un papel primordial para atender las necesidades básicas del hogar, algunos de estos no cuentan con ningún tipo de pensión y deben buscar alguna manera para obtener recursos económicos.

Los cantones de la Red Sur, correspondientes al área de atracción del hospital, con mayor prevalencia de la enfermedad corresponden a: Desamparados, Pavas y Hatillo, cantones a los cuales también se conoce se asocia una mayor problemática social.

Del total de la población estudiada 4 pacientes reportaron que no tenían escolaridad alguna, mientras que 16 indicaron que tenían primaria incompleta y algunos pocos completa, situación que podría asociarse con mayores problemas socioeconómicos y quizás con menos recursos cognitivos para hacerle frente a la enfermedad, dando lugar a secuelas emocionales que podrían afectar su ajuste funcional.

El 76,30 % de la población reportó que tiene menos de un año de asistir al Servicio de Hemodiálisis, mientras que el 23,7 % tiene más de un año de asistir al hospital para recibir dicho tratamiento.

De acuerdo con tabla de baremos de pacientes con dolor crónico benigno, la media para la variable **Catastrofización** es de 11,91, por lo que haciendo una revisión de cada

uno de los datos obtenidos para esta variable, se observa que del total de la población estudiada, 15 pacientes presentan una tendencia a catastrofizar su situación de salud, por lo que de acuerdo con lo que plantea García y Roderob (2011), estas personas poseen condiciones cognitivas y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico, ya que poseen una visión negativa de su dolor, piensan mucho en éste y sienten que son incapaces de controlarlo. Mientras que 23 personas no reportaron hacer uso de la catastrofización como una estrategia de afrontamiento, sino que más bien utilizan otros mecanismos de afrontamientos que les permite tener una actitud positiva y optimista.

Para la variable **Conductas distractoras** se establece una media de 9, donde 6 pacientes se encuentran por debajo de ésta, es decir no utilizan con frecuencia esta estrategia para afrontar el dolor. Consecuentemente, se tiene que 29 pacientes si hacen uso de dicha estrategia de afrontamiento cognitiva, la cual se caracteriza por ser más dinámica, lo que le permite a los pacientes una mayor adaptación, así como una disminución en los parámetros del dolor. Dentro de esta estrategia, los datos indican que los pacientes optan más por realizar actividades como ver televisión, escuchar la radio, salir de la casa para realizar gestiones breves, así también recurren a estar acompañados con otras personas.

En cuanto a la variable **Autoinstrucciones**, se establece una media de 15,31, observándose a que, 4 pacientes se ubican por debajo de ésta, por lo que utilizan poco esta estrategia para afrontar el dolor, no hacen uso de autoverbalizaciones. Mientras que 34 pacientes si hacen uso de ésta. De acuerdo con Barragán y Almanza (2013), es una estrategia adaptativa por medio de la cual las personas son capaces mentalmente de darse afirmaciones para controlar el dolor, convirtiéndose así en conductas psicológicas de autoayuda.

La mayoría de la población percibe el dolor como un desafío diario, ante el cual deben buscar la manera para ajustarse y tratar de ignorarlo. La estrategia de afrontamiento de auto-instrucciones, es una de las más utilizadas por estos pacientes, quienes logran desarrollar un diálogo interno, hablarse a sí mismos, reafirmarse por medio de frases como “Soy fuerte y puedo superar el dolor”.

Se establece para la variable **Ignorar el dolor** una media de 17, 84, donde 2 pacientes se encuentran por debajo de la media, por lo que hacen uso de esta estrategia en menor medida para afrontar el dolor, mientras que 36 pacientes si la utilizan, de acuerdo con Rodríguez et al (2004), esta es una estrategia de afrontamiento positiva, de índole cognitiva que busca transformar el dolor en otra sensación.

Los pacientes en su mayoría reportaron que generalmente tienden a no prestarle atención al dolor; asimismo, que no invierten energía pensando en el dolor, por lo que recurren a realizar actividades en el hogar o fuera de éste, lo que les ayuda para distraerse y así evitar focalizar su atención en la sensación del dolor. Manifestaron que a pesar de que perciban dolor, generalmente continúan con las actividades que estaban realizando ya que tratan de que éste no interfiera en su funcionamiento diario.

Para la variable **Reinterpretar el dolor** se establece una media de 6, 91, ante lo cual 23 pacientes se encuentran por debajo de la media, es decir utilizan en menor grado esta estrategia para afrontar el dolor, mientras que 15 pacientes si la utilizan. De los datos obtenidos se puede observar que los pacientes se esfuerzan en darle una interpretación diferente al dolor, reportan imaginar que está fuera de ellos; sin embargo, no logran distanciarse de éste totalmente.

La población que hace uso de esta estrategia buscan mecanismos que les permita de alguna manera ignorar el dolor, evitar prestarle atención o focalizarse en éste, una de las opciones que más utilizan es hacer como si no les doliera nada, o también emplean el auto discurso para indicarse a sí mismos que no sienten dolor. La reevaluación de las sensaciones permite reinterpretar la sensación dolorosa por otro tipo de percepción; por lo tanto, no pretende reducir la sensación producida, sino eliminar el componente afectivo negativo asociado a la experiencia de dolor.

Para la variable **Esperanza** se establece una media de 9, 11 por lo que haciendo una revisión de la base de datos obtenida para esta variable, se observa que del total de la población, 2 pacientes se encuentran por debajo de la media, por lo que no ésta no es una estrategia de su preferencia para afrontar el dolor, mientras que 36 pacientes si la utilizan.

En términos generales se deduce que la esperanza es una de las estrategias de afrontamiento mayormente empleada por los pacientes, quienes han desarrollado el concepto de optimismo disposicional, que hace referencia a la creencia o expectativa generalizada y estable de un futuro mejor. La mayoría de los pacientes confían en que algún día la figura del médico les aliviará el dolor, de igual manera reportaron que tienen la esperanza de que alguien les ayudará en los momentos difíciles en que perciban dolor, además de que imaginan un futuro en el que el dolor haya desaparecido.

Las personas que en ocasiones pierden la esperanza son aquellas que tienen más tiempo de estar en tratamiento por lo que experimentan emociones ambivalentes y fluctuantes o también aquellas que están iniciando el tratamiento y atraviesan por un proceso de ajuste y adaptación.

En lo que respecta a la variable **Fe y Plegarias**, se establece una media de 8,60, solamente 1 paciente se encuentra por debajo de la media, ya que no recurre a esta estrategia para afrontar el dolor, mientras que 37 pacientes si lo hacen con mayor frecuencia. Por consiguiente, la fe y las plegarias son una de las principales estrategias que utiliza esta población.

El recurso espiritual es uno de los más utilizados para hacerle frente a la enfermedad. Rodríguez et al. (2004), exponen que esta estrategia se basa en las creencias y la conducta religiosa, por medio de las cuales las personas experimentan mayor tranquilidad y confianza, lo que les provoca un efecto beneficioso para la salud ya que reduce los niveles de estrés y le brinda a la persona serenidad.

Finalmente, para la variable **Distracción cognitiva** se establece una media de 6,07, donde se observa que del total de la población, 3 paciente se encuentran por debajo de la media, por lo que evitan hacer uso de esta estrategia para afrontar el dolor, mientras que 35 pacientes si la utilizan. La mayoría de la población en estudio generalmente hace uso de la distracción cognitiva como una estrategia de afrontamiento, mediante la cual optan por tener pensamientos positivos y recordar los buenos momentos que han tenido en la vida.

Esta es una estrategia cognitiva que influye en el dolor a través del pensamiento, de acuerdo con Truyols, et al. (2008), el papel que tienen las creencias o cogniciones sobre el significado del dolor resulta de gran importancia ya que influye directamente en el estado anímico y en el afrontamiento que hace el paciente de su situación de salud.

Es importante mencionar que los resultados obtenidos en este estudio logran responder a los objetivos generales planteados, esto en razón de que se logró identificar y describir las principales estrategias de afrontamiento ante el dolor que utilizan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y que recibieron tratamiento con hemodiálisis en el Hospital San Juan de Dios.

De acuerdo con la literatura estudiada es importante indicar que la IRC es un problema universal de salud pública, que afecta a un número importante de personas.

Esta enfermedad se caracteriza por ser “silenciosa y traicionera”, esto por cuanto es asintomática (María Luisa Ávila Agüero, exministra de salud 2006-2010 y 2010-2014), así lo confirmaron algunos de los pacientes al narrar la manera en que iniciaron los síntomas para posteriormente recibir el diagnóstico de la enfermedad. Los pacientes más jóvenes comentaron lo difícil que fue procesar esta noticia, ya que sus vidas daban un giro importante, donde ahora debían agendar dentro de su lista de actividades el asistir a las terapias con hemodiálisis de dos a tres veces por semana en un lapso de aproximadamente 4 horas.

El tratamiento con hemodiálisis, si bien le ayuda a la persona a preservar su vida, también le genera una afectación de manera global, en su funcionamiento físico, social, emocional y por ende en su calidad de vida.

Los pacientes reportaron que se han visto mayormente limitados, no tienen la misma libertad de hacer las cosas que hacían antes, por ejemplo deben ser muy rigurosos con los hábitos de alimentación y no pueden realizar viajes de muchos días.

Por otra parte, el dolor es una condición que se asocia a dicha enfermedad, el cual describen como intermitente y fluctuante, es decir no es un factor permanentemente presente, pero cuando les surge provoca malestar e incomodidad. Este es un aspecto relevante y escasamente estudiado en los pacientes hemodializados, ya que a pesar de que la terapia sustitutiva mantiene la vida, se torna a su vez en un componente desequilibrante en el bienestar de las personas que padecen de IRC.

La edad de los pacientes que llegan al tratamiento sustitutivo, la comorbilidad asociada, así como el mayor tiempo con tratamiento de hemodiálisis son factores que potencian la aparición de dolor (Ocharan, 2011). El paciente con IRC se enfrenta a una pérdida de salud que va a ser percibida como una amenaza y experimenta altos niveles de impacto emocional que pueden interferir con el funcionamiento habitual.

Las estrategias de afrontamiento son vitales para enfrentar el dolor. La insuficiencia renal crónica terminal es el resultado del deterioro progresivo e irreversible de la función renal, que evoluciona espontáneamente hacia la muerte, ya que sólo es posible sobrevivir con alguna terapia de sustitución renal.

Las características de la enfermedad así como del tratamiento, sumado a la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia de «máquinas» y personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares, en el aspecto físico y en la situación laboral, entre otras, son razones que justifican que los pacientes presenten con frecuencia trastornos emocionales. (Álvarez et, al. 2001).

La importante repercusión de los trastornos emocionales sobre el bienestar de los pacientes, así como su posible influencia sobre la supervivencia hace imprescindible su abordaje diagnóstico y terapéutico. Un buen apoyo del personal de salud, el empleo de técnicas de relajación y cognitivo-conductuales, el uso continuo de ansiolíticos y antidepresivos, así como la consulta con un psicólogo o psiquiatra experto en el manejo de este tipo de pacientes, puede contribuir de forma significativa a mejorar su bienestar y quizás a prolongar su supervivencia, (Álvarez, et al. 2001).

Conclusiones

Para la caracterización sociodemográfica de la población estudiada, se consideraron las variables de: edad, género, estado civil, cantón de residencia, nivel académico y tiempo en hemodiálisis. Al respecto se tiene que la media en cuanto a la edad de la población que presenta Insuficiencia Renal Crónica y que recibió tratamiento con hemodiálisis durante el mes de setiembre de 2015, corresponde a 49-50 años.

La muestra estuvo compuesta por 23 hombres y 15 mujeres, concordando estos datos con lo que describe la literatura, en cuanto a que es una enfermedad que se presenta más en la población masculina que en la femenina.

Los cantones de la Red Sur, correspondientes al área de atracción del hospital, con mayor prevalencia de la enfermedad corresponden a: Desamparados, Pavas y Hatillo, cantones a los cuales se asocia una mayor problemática social.

En lo que respecta al estado civil 17 pacientes reportaron estar casados y 7 en unión libre, estados, que podrían eventualmente ser un recurso protector para estas personas, pues el hecho de contar con una pareja les ayudaría en el afrontamiento de la enfermedad. 11 indicaron ser solteros, y 3 divorciados.

En cuanto a la escolaridad, 4 pacientes reportaron que no tenían escolaridad alguna, mientras que 16 indicaron que tenían primaria incompleta y algunos pocos completa, situación que podría asociarse con mayores problemas socioeconómicos y mayores dificultades para afrontar la enfermedad. 9 reportaron tener secundaria completa e incompleta, 8 con estudios universitarios completos e incompletos y 1 con formación técnica. Como se puede observar, una parte significativa de la población no cuenta con escolaridad, por lo que este debe ser un factor a considerar en los procesos de intervención que se planteen a futuro.

En lo que se refiere al tiempo que tienen de recibir tratamiento con hemodiálisis en el Hospital San Juan de Dios, 29 pacientes reportaron que tienen más de 1 años, mientras que 9 tienen menos de un año.

Del análisis de los datos obtenidos, se observa que 15 pacientes presentan una tendencia a catastrofizar su situación de salud, por lo que estas personas poseen condiciones cognitivas y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico, ya que poseen una visión negativa de su dolor, piensan mucho en éste y sienten que son incapaces de controlarlo.

También se desprende que, 6 pacientes utilizan en menor medida las **Conductas distractoras** como una estrategia para afrontar el dolor. Consecuentemente, se tiene que 29 pacientes si hacen uso de dicha estrategia de afrontamiento cognitiva.

Asimismo, 4 pacientes utilizan con menos frecuencia las **Auto instrucciones como** estrategia para afrontar el dolor, ya que no hacen uso de autoverbalizaciones. Mientras que 34 pacientes si hacen uso de esta estrategia, la cual se caracteriza por ser adaptativa, ya que propicia a desarrollar la capacidad mental de darse afirmaciones para controlar el dolor.

En cuanto a la estrategia **Ignorar el dolor** que se caracteriza por ser una estrategia de afrontamiento positivo y de índole cognitiva, cuyo objetivo es transformar el dolor en otra sensación, se observa que del total de la población, 2 hacen esto muy poco, mientras que 36 pacientes si recurren a esta estrategia con mayor frecuencia.

Se obtiene para la variable **Reinterpretar el dolor**, que 23 pacientes utilizan esta estrategia con menos frecuencia, mientras que 15 pacientes si la utilizan. Los pacientes se esfuerzan en darle una interpretación diferente al dolor, reportan imaginar que está fuera de ellos; sin embargo, no logran distanciarse de éste totalmente, pues según manifiestan es una condición real, a la cual es difícil darle otro significado.

Los resultados para las variables **Esperanza** indican que 2 pacientes no prefieren emplear poco esta estrategia, mientras que 36 pacientes si la utilizan. En términos generales

se deduce que la esperanza es una de las estrategias de afrontamiento mayormente empleadas por los pacientes, lo que se asocia con la creencia o expectativa generalizada y estable de un futuro mejor.

En los que respecta a la variable **Fe y Plegarias**, se reporta que 1 paciente no recurre a esta estrategia para afrontar el dolor, mientras que 37 pacientes si la utilizan. Por consiguiente, la fe y las plegarias son una de las principales estrategias que utiliza esta población, el recurso espiritual es uno de los más utilizados para hacerle frente a la enfermedad.

La variable **Distracción cognitiva** indica que 3 pacientes utilizan esta estrategia en menor medida, mientras que 35 pacientes si la utilizan. La mayoría de la población en estudio generalmente hace uso de la distracción cognitiva como una estrategia de afrontamiento, mediante la cual optan por tener pensamientos positivos y recordar los buenos momentos que han tenido en la vida.

De acuerdo con los datos obtenidos no existen diferencias de género en cuanto a las estrategias de afrontamiento que utiliza esta población para hacerle frente a la enfermedad, por lo que el género es una variable independiente en ese sentido. En los resultados se observa que se da una distribución en el uso de las estrategias que incluye tanto a hombres como a mujeres.

No se presentan diferencias significativas en cuanto al uso de estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes de acuerdo con el tiempo que tienen de recibir tratamiento con hemodiálisis.

Impresiona que el uso de las estrategias de afrontamiento se asocia más con los recursos emocionales que tienen las personas, o que a lo largo de la enfermedad han aprendido a desarrollar con el apoyo que reciben del personal de salud a cargo del Servicio de Nefrología, así como de las intervenciones que realiza el Servicio de Psicología Clínica del Hospital, que se encarga de brindarle a estos pacientes un proceso de acompañamiento, donde no solamente se les ofrece psicoeducación acerca de la enfermedad, sino que

también se les proporciona estrategias para que logren un mejor proceso de ajuste y adaptación, así como intervenciones familiares cuando es necesario o establecer los enlaces correspondientes con otros servicios que requieren los pacientes.

El dolor es una condición que está presente de manera fluctuante en las personas que reciben tratamiento con hemodiálisis, y un componente que les genera cierto desequilibrio en cuanto a la percepción de bienestar. Asimismo, las creencias o cogniciones juegan un papel importante sobre la naturaleza y el significado del dolor.

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad de interés en materia de salud pública ya que genera una elevada factura para las personas que la padecen por las implicaciones que les genera y las modificaciones que deben realizar en sus vidas para adaptarse a la misma.

Los resultados obtenidos en esta investigación son un insumo importante ya que al contar con una caracterización sociodemográfica se obtiene una fotografía sobre la realidad y el contexto en el que se desenvuelven la mayoría de los pacientes, datos que podrían ser corroborados por medio de futuras investigaciones para así contar con mayor evidencia científica que permitan polarizar tales resultados a la población que presenta IRC.

Por otra parte, la descripción de las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes ante la presencia del dolor, son un insumo de gran relevancia que permite conocer los recursos que más emplea esta población y que mejores resultados les da. Información que deben considerar todos los profesionales del campo de la salud que atienden a los pacientes que presentan IRC.

Recomendaciones

- La frecuencia semanal con que los pacientes reciben tratamiento con hemodiálisis, les permite establecer un vínculo significativo con el personal de enfermería, quienes son más cercanos a las necesidades y la realidad que viven muchos de ellos. Los pacientes depositan su confianza en el personal con quien comparten durante muchas horas. Por lo que esto se vuelve un factor primordial en la determinación del perfil que debe poseer el personal que labora en este Servicio.
- A pesar de las limitaciones que genera tanto la enfermedad como el mismo tratamiento, los pacientes externaron su gratitud con el Servicio de Hemodiálisis, expresando que reciben un trato profesional, cálido, humano, donde han encontrado una segunda familia que cuida de su salud.
- Son pocos los estudios que se encontraron referentes al tema de la presencia del dolor en pacientes con IRC y que reciben tratamiento con Hemodiálisis.
- Considerando las estadísticas referentes a esta patología, así como la alta demanda de pacientes que tiene el Servicio de Nefrología que reciben tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal y dadas las necesidades que presenta esta población estudiada para afrontar de manera más asertiva su enfermedad y lograr una mejor adaptación, sería importante que dicho servicio cuente con un profesional en Psicología Clínica de manera exclusiva, para así atender los pacientes con mayor regularidad, especialmente los casos nuevos que se incorporan a este servicio. Asimismo, realizar intervenciones con las familias de estos.
- Aprovechar el tiempo en que los pacientes reciben el tratamiento con hemodiálisis para proporcionarles ejercicios o materiales lúdicos que les permita trabajar en la estimulación cognitiva. Asimismo, en arteterapia o con literatura positiva. Todo esto, a partir de objetivos terapéuticos establecidos.

- Brindar capacitaciones de actualización al personal de enfermería que labora en el Servicio de Hemodiálisis con el fin de que cuenten con mayores herramientas en el abordaje de estos pacientes. Asimismo, que se les brinde apoyo psicológico, por el desgaste emocional que podría generar el desempeño de sus funciones, debido al factor afectivo y el vínculo establecido con el paciente.
- Elaborar un protocolo de evaluación e intervención psicológica para la atención de pacientes que sufren Insuficiencia Renal Crónica y que asisten al Servicio de Hemodiálisis, el cual contemple evaluar las condiciones psicológicas iniciales del paciente, a partir de las cuales se enfoque el proceso de intervención. Asimismo que contemple el proceso de preparación para el Trasplante Renal y posteriormente la valoración del proceso de evolución del paciente.
- Que el Servicio de Psicología Clínica continúe con las intervenciones terapéuticas y el apoyo que desde hace varios años le brinda a los pacientes del Servicio de Nefrología, ya que su aporte se ve reflejado en la manera en que la mayoría de la población estudiada asume su enfermedad de una manera asertiva.
- Abrir un programa de Relajación de 10 sesiones de trabajo, en las cuales se le brinde a los pacientes técnicas en cuanto al control de la respiración, así como diversos ejercicios para la relajación corporal.
- Que futuros investigadores puedan continuar con esta investigación, tomando en consideración los pacientes que han recibido trasplante de riñón. Asimismo, realizar una propuesta para el abordaje del dolor crónico basada en la evidencia científica.
- Promover investigaciones donde también se estudie la población que recibe tratamiento con diálisis peritoneal de manera tal que se pueda establecer si existen diferencias entre esta población y la que recibe tratamiento con hemodiálisis. Así como en temáticas relacionadas con: calidad de vida, distorsiones cognitivas, perfiles neuropsicológicos, estilos de apego, tratamientos eficaces en el abordaje del dolor, adherencia al tratamiento, entre otros.

Bibliografía

- Acosta, P., Chaparro, L. y Rey, C. (2008). Calidad de vida y Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Trasplante renal. Revista Colombiana de psicología no. 17 2008 issn 0121-5469 Bogotá Colombia. Recuperado el 10 de diciembre de 2015 de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1233/10031>
- Almaguer, M., Herrera, R. y Orantes, C. (2014). Enfermedad Renal Crónica de Causa Desconocida en Comunidades agrícolas. MEDICC Review, traducción del No 2, Vol 16, abril 2014. Recuperado el 16 de julio de 2015 de: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAAahUKEwjOyMDLw5LHAhWKkx4KHWAdBXw&url=http%3A%2F%2Fwww.w.medicc.org%2Fmediccreview%2Fpdf.php%3Flang%3Des%26id%3D420&ei=A1DCVY67OYqneuC6lOAH&usg=AFQjCNEOgVCc0AFZSK8A9ApuW_1BzlUORQ&sig2=_n48Bh4NTi4-4iT3T6DPvA&bvm=bv.99556055,d.dmo
- Ayanda, K and Peter, O. (2014). Quality of Life of Chronic Kidney Disease Patients in a Nigerian Teaching Hospital. Journal of Biology, Agriculture and Healthcare www.iiste.org, ISSN 2224-3208 (Paper) ISSN 2225-093X (Online).Vol.4, No.5, 2014. Recuperado el 25 de octubre de 2015 de: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi6tYPmnOXJAhWK8CYKHfFuABUQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.iiste.org%2FJournals%2Findex.php%2FJBAH%2Farticle%2Fdownload%2F11229%2F11519&usg=AFQjCNHUYF10JXNsA50dAvNr5X6XIxy3w&sig2=gVFvtSbt3sR1J0uGfC2oIQ>
- Banderas, P., Pendón, M^a E. y Rodríguez, S. (2014). Hemodiálisis. Concepto e historia. Cuando es indicada Hemodiálisis. Principios Básicos Tratamiento. Blog Insuficiencia Renal. Recuperado el 1 de noviembre de: <http://www.ercinsuficienciarenal.com/hemodialisis-concepto-e-historia-cuando-es-indicada-hemodialisis-principios-basicos-tratamiento/>

- Barragán, J. y Almanza, G. (2013). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*. Vol. 13, No. 3, 322-335. Recuperado el 13 de noviembre de 2015 de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000300002
- Caja Costarricense del Seguro Social, Área de Estadística en Salud. (2014). Estadísticas de Egresos Hospitalarios por Insuficiencia Renal Crónica y debido a Hemodiálisis.
- Calvo, M. y Cuenca, J. (s.f.) Significado de la primera Hemodialisis para el Enfermo Renal y Factores que influyen en su Vivencia. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Recuperado el 25 de noviembre de 2015 de: <http://www.revistaseden.org/files/HEMODI%C3%81LISIS%20-%20Significado%20de%20la%20primera%20hemodi%C3%A1lisis%20para%20el%20enfermo%20renal%20y%20factores%20que%20influyen%20en%20su%20vivencia.pdf>
- Cerezo, S., Barceló, P., Belvis, J., Calls, J., Cebollada, J., Gavás, J., Llopis, A., Romero, R., Sánchez A, y Torregrosa, J. (2005). Dolor en Hemodiálisis. Servicio de Nefrología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada, España. Recuperado el 3 de diciembre de 2015 de: http://www.sedyt.org/revistas/2005_26_2/02_consenso_1_mdp_edu.pdf
- Contreras, f., Espinosa, J.C., y Esguerra, G. (2008). Calidad de vida, Autoeficacia, Estrategias de Afrontamiento y Adhesión al Tratamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis. *Psicología y Salud*, Vol. 18, 166 Núm. 2: 165-179, julio-diciembre de 2008. Recuperado el 12 de noviembre de 2015 de: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118203.pdf>
- Contreras, F., Espinosa, J.C., y Esguerra, G. (2007). Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología* 10 (2): 169-179, 2007.

- Cuadra, S., Jakobsson, K., Hogstedt, C. y Wesseling, C. (2006). Enfermedad Renal Crónica: Evaluación del conocimiento actual y la viabilidad para la colaboración de su investigación a nivel regional en América Central. Heredia, Costa Rica: SALTRA, IRET-UNA, 76 p. Recuperado el 16 de marzo de 2015 de: <http://www.repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/8590/seriesaludytrabajo2.pdf?sequence=1>
- Da Silva-Gane, M., Wellsted, D., Greenshields, H., Norton, S., Chandna, S and Farrington, K. (2012). Quality of Life and Survival in Patients with Advanced Kidney Failure Managed Conservatively or by Dialysis. American Society of Nephrology, Vol 7. Recuperado el 12 de setiembre de 2015 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22956262>
- Diario Oficial la Gaceta. (2014). Creación de la comisión de Gestión Institucional de Nefropatía Mesoamericana y de la Comisión Nacional Interinstitucional de Nefropatía MESOAMERICANA. No.94. Recuperado el 5 de marzo de 2015 de http://www.imprentanacional.go.cr/pub/2014/05/19/COMP_19_05_2014.pdf
- Fernández, B., Basabe, N., Fernández, E., Baños, C., Nogales, M^a., Echebarri, M., Vicente, J. y Bejarano, A. (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. Rev Soc Esp Enferm Nefrol; 12 (1): 11/17. Recuperado el 5 de diciembre de 2015 de http://www.revistaseden.org/files/2083_cambios.pdf
- Franco, C., Zatta, T., Vasconcelos, P., Barbosa, A., Santana dos Santos, JR., De Oliveira, R. (2011). Evaluación de la Calidad de Vida de Pacientes de Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Renal. Revista Trimestral de Enfermería. Recuperado el 16 de julio de 2015 de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/administracion2.pdf>
- Gamboa, p. (2014). El Apoyo Familiar y la Calidad de vida de los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal atendidos en el Hospital Iess de Ambato". Trabajo de titulación previo a la obtención del grado académico de magíster en

trabajo social familiar. Ambato – Ecuador. Recuperado el 11 de agosto de 2015 de:
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7860/1/FJCS-POSG%20040.pdf>

García, H. y Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, Depresión y Ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología 6 y Salud*, Vol. 18, Núm. 1: 5-15, enero-junio de 2008. Recuperado el 16 de julio de 2015 de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118101.pdf>

García, J. y Rodero, B (2011). La catastrofización ante el dolor en la fibromialgia. Pruebas Diagnósticas. Recuperado el 28 de noviembre de 2015 de:
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1772/59/1v00n1772a90021171pdf001.pdf>

García-Llana, H., Barbero, J., Olea, T. Jiménez, C., del Peso G., J.L. Miguel, Sánchez, R., Celadilla, O., Trocoli, F., Argüello, M. y Selgas, R. (2010). Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso. *Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*. Nefrología 2010;30 (3):297-303. Recuperado el 22 de setiembre de 2015 de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952010000300005&script=sci_arttext

González, R. y García, B. (2013). Revisión Crítica de la calidad de vida en Hemodiálisis. *Parainfo Digital Monográficos de Investigación en Salud*, ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19. Recuperado el 7 de agosto de 2015 de: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/023d.pdf>

Guenoun, M y Bauça, M^aA. (2012). ¿Cómo influye en los pacientes crónicos de hemodiálisis la organización de actividades de ocio durante sus sesiones? Premio al mejor trabajo de investigación otorgado por el colegio oficial de enfermería de Sevilla 2011”*Rev Soc Esp Enferm Nefrol*; 15 (1): 57/62. Recuperado el 3 de noviembre de 2015 de:
http://www.revistaseden.org/files/3088_%C2%BFcomoinfluye.pdf

- Guerra, G., Sanhueza, A., y Caceres, E. (2012). Calidad de Vida de Personas en Hemodiálisis crónica: Relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], vol.20, n.5 [cited 2015-04-11], pp. 838-846. Recuperado el 10 de setiembre de 2015 de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_04.pdf
- Guerrero, V. (2014). Insuficiencia Renal Crónica Terminal en las Relaciones Conyugales de los pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena. Trabajo de Graduación previa a la obtención del Título de Licenciada en Trabajo Social. Universidad técnica de Ambato facultad de jurisprudencia y ciencias sociales carrera de trabajo social.
- Hernández, M^a., Ochando, A., Mora, Javier., Lorenzo, S. y López, K. (2005). Satisfacción del paciente en una unidad de Hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Enfermería Nefrológica*, vol. 8, núm. 2, pp. 90-95 Sociedad Española de Enfermería Nefrológica Madrid, España. Recuperado el 4 de diciembre de 2015 de: <http://www.redalyc.org/pdf/3598/359833117002.pdf>
- Julián, J., Molinuevo, J. y Sánchez, J. (2012). La situación laboral del paciente con Enfermedad Renal Crónica en Función del Tratamiento Sustitutivo Renal. *Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*. *Nefrología* 32(4):439-45. Recuperado el 3 de diciembre de 2015 de: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-la-situacion-laboral-del-paciente-con-enfermedad-renal-cronica-funcion-X0211699512001645>.
- Lerma, A., Salazar, E., Pérez, H., Bermudez, L., Gutierrez, D., Reyes, I., Bochicchio, T., Robles, R., Lerma, C. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Salud Mental*, vol. 35, núm. 3, pp. 189-194 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México. Recuperado el 20 sw noviembre de 2014 de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58223340002.pdf>

- Lozano, Z., Espinoza, S. y Ramos, P. (2014). 30 Años en Hemodiálisis Afrontamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Rev Paraninfo Digital, 2014; 20. Recuperado el 20 de marzo de 2015 de: <http://www.index-f.com/para/n20/016.php>.
- Luque, I., López, M^a., Torollo, I. y Crespo, (2014). Evaluación del optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su relación con las complicaciones. Enferm Nefrol; 17 (4): 261/268. Recuperado el 10 de setiembre de 2015 de: http://www.revistaseden.org/files/Articulos_3379_43riginal145029.pdf
- Manterola, C. y Otzen T. (2014). Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int. J. Morphol., 32(2):634-645. Recuperado el 1 de diciembre de 2015 de: <http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf>.
- Martínez, J. (2012). Anatomía y Fisiología. Tema 7: Aparato Urinario. Recuperado el 5 de agosto de 2015 de: http://www.elmodernoprometeo.es/Sitio_web/Anatomia_files/urinario.pdf.
- Martínez, D. (2010). Fisiología Renal. Fisiología I - Facultad de Medicina, U.A.E.M. Recuperado el 6 de agosto de 2015 de: <http://www.kardiagnostx.com/documentos/FisioRenal2010.pdf>.
- Martínez, J. (2007). Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Actas Esp Psiquiatr, 35(1), 29-39. Recuperado el 3 de abril de 2015 de [http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20\(esp\).pdf](http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20(esp).pdf).
- Montero, M., Rivera, A., Zavala, S., Chapa, A. y Gómez, J. (2014). Familia e Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Enfermedad y Volumen 1. Primera Edición, mayo 2014. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado el 2 de abril de 2015 de <http://www.facico-uaemex.mx/2014-2018/portal/descargas/enfermedadyfamiliaI.pdf>.

- Moix, Jenny; Casado, M.^a Isabel (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico Clínica y Salud. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal vol. 22, núm. 1, 2011, pp. 41-50 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Madrid, España.
- Moretti, L. (2010). Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC). Vol. 2, N°3, 21-29.
- National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse. (2009). Los riñones y cómo funcionan. U.s. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. Recuperado el 6 de agosto de 2015 de: http://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/anatomia/los-rinones-y-como-funcionan/Documents/YourKidneys-SP_508.pdf.
- Ocharan, J. (2011). Cuidados Paliativos en Enfermedad Renal Crónica. Sociedad Española de Diálisis y Trasplante. Servicio de Nefrología-Hipertensión. Hospital Universitario Araba-Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. País Vasco. España. ue. Recuperado el 2 de julio de 2015 de: <http://trabajos.cin2011.uninet.edu/345/ocharan.pdf>.
- Perales, M., García, L., Reyes, D. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Nefrología. (Madr.) [revista en la Internet]. [citado 2015 Abr 11] ; 32(5): 622-630. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000700009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447>.
- Puñal, Varela y Ruano (2006). Hemodiálisis Diaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS)” Santiago de Compostela. Recuperado el 26 de noviembre de 2015 de:

http://www.sergas.es/cas/servicios/docs/AvaliacionTecnologias/FT2006_02-HDdiaria.pdf.

Ramírez, C., Esteve, R y López, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, vol . 17, nº 1 (junio), 129-137. Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Recuperado el 9 d setiembre de 2015 de: http://www.um.es/analesps/v17/v17_1/10-17_1.pdf.

Ramírez, E. (2013). Pacientes de Guanacaste saturan servicios de hemodiálisis y trasplantes en Hospital México. *Periódico Semanario Universidad*. Recuperado el 13 de febrero de 2015 de <http://163.178.101.70/component/content/article/1987-País/8779-pacientes-de-guanacaste-saturan-servicios-de-hemodialisis-y-trasplantes-en-hospital-mexico.html>.

Rivera, L., Montero, L. y Sandoval, Á. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud mental*, 35(4), 329-337. Recuperado el 11 de abril de 2015 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000400008&lng=es&tlng=es.

Rebollo, R., Morales, A., Pons-Raventos, M. E. y Mansilla, F. (2014). Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología*, 34(6), 6. Recuperado el 14 de octubre de 2015 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v35n1/revision.pdf>.

Reyes, A., Sow, I. y Jones R. (2013). Indicadores de Rehabilitación Psicológica en el Paciente con Insuficiencia Renal crónica terminal. *Psicología para América Latina*, pag. 24, 43-67. Recuperado el 8 de octubre de 2015 de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2013000100004&script=sci_arttext.

Rojel, I. y Rosas, D. (2010). Calidad de vida de pacientes adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis, unidad de diálisis Hospital Clínico Regional Valdivia, Chile, agosto - noviembre de 2010". Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al

grado de Licenciado en Enfermería. Recuperado el 7 de abril de 2015 de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmr741c/doc/fmr741c.pdf>.

Rodríguez, E., Campillo, M. y Avilés, M. (s/a). Calidad de vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y su Familia. *Hacer Psicología* ISSN 1870 5618. Recuperado el 4 de setiembre de 2015 de: <http://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>.

Rodríguez, F., Cano, G. y Blanco, A. (2004). Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento del dolor crónico. Departamento de Personalidad y Tratamientos Psicológicos. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla. *Actas. Esp.Psiquiatr.*

Romero, E. Martínez, B., Makaiza. E., Guarín, A. y Pérez, J. (2013). Afrontamiento y Adaptación de Pacientes en Hemodiálisis y Diálisis. *Cartagena 2010. av. enferm., XXXI (1): 32-41.* Recuperado el 11 de noviembre de 2015 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a04.pdf>.

Rosales, Ma., Martini, S., D alessandro, F., Koutsovitis, F., Colombo, M., Donatti, S., Ramos, Ma. y Garay, C., (2014). Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis. *Cartagena 2010. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.* Recuperado el 12 de agosto de 2015 de: <https://www.aacademica.org/000-035/196.pdf>.

Rosenstiel, A. & Keefe, F. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44.

- Ruiz de Alegría-Fernández de Retana Begoña, Basabe-Barañano Nekane, Saracho-Rotaeche Ramón. (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Nefrología (Madr.)* [revista en la Internet]. 33(3): 342-354. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952013000400008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2013.Feb.11771>.
- Ruiz, D., Basabe, B. y Saracho, R. (2013). El afrontamiento como Predictor de la Calidad de Vida en diálisis: Un estudio Longitudinal y Multicéntrico. *Nefrología (Madr.)* [revista en la Internet]. [citado 2015 Abr 19]; 33(3): 342-354. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952013000400008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2013.Feb.11771>. Recuperado el 11 de abril de 2015 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0211-69952013000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Salinas, C. (2013). OPS alerta sobre gravedad de IRC. Página CONFIDENCIAL, recuperado el 10 de agosto de 2015 de: <http://confidencial.com.ni/archivos/articulo/9456/section/90/reporte-ciudadano/60/english/mundo/economia/economia/vida-y-ocio/vida-y-ocio/2>.
- Sánchez, J. (2014). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgao Essalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014. Tesis para optar por el grado de Médico Cirujano. Trujillo, Perú. Recuperado el 21 de octubre de 2015 de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/450/1/SANCHEZ_JORGE_CALIDAD_VIDA_INSUFICIENCIA_RENAL.pdf.
- Sánchez, S. (2000). Un caso clínico: Cuando la terapia de pareja se convierte e poesía. *Revista Costarricense de Psicología*, 31. Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica.

- Santelices, Á., Garrido, R., Fuentes, F., Guzmán, G. y Lizano, M. (2009). Estudio de los estilos de Apego Adulto en un grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal. **Universitas Psychologica**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 413-422, jul. ISSN 20112777. Recuperado el 10 de mayo de 2015 de: <<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/296/339>>. Fecha de acceso: 08 jul. 2015 doi:<http://dx.doi.org/10.11144/296>.
- Sierra, LL. y Bentez, A. (2014). Perfil Cognitivo Psicopatológico en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de hemodiálisis. *Rev Col Med Fis Rehab* 2014; 24(1): 37-54.
- Spencer, H. (2007). Dolor crónico – un problema complejo de tratar. Unidad de Medicina del Dolor. Departamento de Anestesiología. Clínica Las Condes. *rev. med. clin. condes* . 18(3) 217 - 221]. Recuperado el 21 de octubre de 2015 de: http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_18_3/8-Dolor_cronico.pdf.
- Urzúa, A., Pavlov, R., Cortés, R y Pino, V. (2011). Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. Copyright 2011 by Sociedad Chilena de Psicología Clínica ISSN 0716-6184 (impresa) · ISSN 0718-4808 (en línea). Recuperado el 6 de agosto de 2015 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100014
- Van-der Hofstadt y Quiles (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la Psicología. e v. *Soc. Esp. del Dolor*, Vol. 8, N.º 7.
- Vélez, J., Prieto, L., Herrera, S., Cotes, J., Herrera, A. y Ferrer, J. (2006). Pacientes con Enfermedad Renal Terminal bajo hemodiálisis: libido y función eréctil. Instituto de Ciencias de la Salud CES, Medellín, Colombia. *Rev. Arg. de Urol.* · Vol. 71 (4) 249. Recuperado el 10 de agosto de 2015 de: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwifk9OY4OHJAhXF7yYKHc0HD9YQFggpMAE&url=http%3A%2F%2Frevista.sau.org%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F3272%2F3216&usg=>

[AFQjCNGtMu2OgQyrA81zCVW8TGkkepXRiw&sig2=gpDt65ItrkvJgMVgAN9beg
&bvm=bv.110151844,d.eWE.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007&lng=es&tlng=es)

Vicente P, Benjamín, Rioseco S, Pedro, Saldivia B, Sandra, Kohn, Robert, & Torres P, Silverio. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Revista médica de Chile, 130(5), 527-536. Recuperado en 21 de enero de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872002000500007.

Vinaccia, S. y Quiceno, M. (2011). Resiliencia y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica – irc1. Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XX, núm. 3, pp. 201-211 Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 12 de setiembre de 2015 de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281922826002.pdf>.

Truyols, M.^a., Pérez, J., Medinas M.^a., Palmer A. y Sesé Albert (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. Clínica y Salud, 2008, vol. 19 n.º 3 - Págs. 295-320. ISSN: 1135-0806. Recuperado el 12 de diciembre de 2015 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n3/v19n3a03.pdf>.

Wyld, M., Morton, R., Hayen, A., 1, Howard, K. y Claire, A. (2012). A Systematic Review and Meta-Analysis of Utility-Based Quality of Life in Chronic Kidney Disease Treatments. PLOS Medicine, September 2012 | Volume 9 | Issue 9 | e1001307. Recuperado el 9 de agosto de 2015 de: <https://www.plos.org/media/press/2012/plme-09-09-wyld.pdf>.

Yoffe, L. (2012). Beneficios de las Prácticas Religiosas/ Espirituales en el duelo. AV. PSICOL. 20(1). Recuperado el 13 de diciembre de 2015 de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/avances2012/laurayoffe.pdf>.

Zegarra, J. (2007). Bases fisiopatológicas del dolor- Acta Med Per 24(2) 2007 35. Recuperado el 10 de noviembre de 2015 de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v24n2/a07v24n2>.

ANEXO 1

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ)
(Rosenstiel y Keeefe, 1983. Adaptación por Rodríguez, Cano y Blanco, 2004)

Responda, marcando una X en la casilla correspondiente, con qué frecuencia realiza las siguientes acciones cuando tiene dolor. Utilice la siguiente escala:

0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = Pocas veces; 3 = A veces; 4 = Muchas veces; 5 = Casi siempre; 6 = Siempre

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo una casilla en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hace en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:	
1	Veo el dolor como un desafío ("¿a ver quién puede más, él o yo") y no dejo que me moleste	0 1 2 3 4 5 6	
2	Creo que no puedo más	0 1 2 3 4 5 6	
3	Me digo a mí mismo que no puedo permitir que el dolor interfiera en lo que tengo que hacer	0 1 2 3 4 5 6	
4	Me pongo a cantar o a tararear canciones mentalmente	0 1 2 3 4 5 6	
5	No presto atención al dolor	0 1 2 3 4 5 6	
6	Hago cosas que me gustan, como ver la televisión o escuchar la radio	0 1 2 3 4 5 6	
7	No pienso en el dolor	0 1 2 3 4 5 6	
8	Realizo juegos o distracciones mentales para quitarme el dolor de la cabeza	0 1 2 3 4 5 6	
9	Salgo de casa y hago algo, como ir al cine o de compras	0 1 2 3 4 5 6	
10	Me digo a mí mismo que puedo superar el dolor	0 1 2 3 4 5 6	
11	Paseo mucho	0 1 2 3 4 5 6	
12	El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor	0 1 2 3 4 5 6	
13	Tengo confianza en que algún día los médicos me curarán el dolor	0 1 2 3 4 5 6	
14	Creo que algún día alguien me ayudará y el dolor desaparecerá	0 1 2 3 4 5 6	
15	Me imagino que el dolor está fuera de mí	0 1 2 3 4 5 6	
16	Creo que no puedo soportarlo más	0 1 2 3 4 5 6	
17	Hago como si no me doliera nada	0 1 2 3 4 5 6	
18	Hago como si el dolor no fuera parte de mí	0 1 2 3 4 5 6	
19	Rezo a Dios para que no dure más el dolor	0 1 2 3 4 5 6	
20	Me pongo a hacer cosas como tareas domésticas o planear actividades	0 1 2 3 4 5 6	
21	Rezo para que pare el dolor	0 1 2 3 4 5 6	
22	Me digo a mí mismo que no me duele	0 1 2 3 4 5 6	
23	Pienso que no vale la pena vivir así	0 1 2 3 4 5 6	
24	Aunque me duela sigo con lo que estuviere haciendo	0 1 2 3 4 5 6	
25	No importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él	0 1 2 3 4 5 6	
26	Trato de imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor	0 1 2 3 4 5 6	
27	Me digo a mí mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor	0 1 2 3 4 5 6	
28	Continúo con lo que estaba haciendo como si no pasara nada	0 1 2 3 4 5 6	
29	Ignoro el dolor	0 1 2 3 4 5 6	
30	Trato de distanciarme del dolor, casi como si el dolor estuviera en otro cuerpo	0 1 2 3 4 5 6	
31	El dolor es horrible y siento que me desborda	0 1 2 3 4 5 6	
32	Me paso el día preocupado de si acabará alguna vez el dolor	0 1 2 3 4 5 6	
33	Trato de no pensar en que el dolor está en mi cuerpo, sino que más bien está fuera de mí	0 1 2 3 4 5 6	
34	Pienso en cosas que disfruto haciendo	0 1 2 3 4 5 6	
35	Trato de estar con otras personas	0 1 2 3 4 5 6	
36	Recuerdo buenos momentos del pasado	0 1 2 3 4 5 6	
37	Cuento con mi fe en Dios	0 1 2 3 4 5 6	
38	Me acuesto	0 1 2 3 4 5 6	
39	Pienso en personas con las que me gusta estar	0 1 2 3 4 5 6	

FIN DE LA PRUEBA

	GAT	CCI	AUT	IDO	ROO	ESP	FEP	ESC
FD								
PC								
<i>A cumplimentar por el evaluador</i>								

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ)
(Rosentiel y Keeefe, 1983. Adaptación por Rodríguez, Cano y Blanco, 2004)

Claves de corrección	
Catastrofización (CAT)	02+12+16+23+31+32
Conductas distractoras (CDI)	04+06+08+09+11+35
Autoinstrucciones (AUT)	01+03+10+25+27
Ignorar el dolor (IDO)	05+07+20+24+28+29+38 [*]
Reinterpretar el dolor (RDO)	15+17+18+22+30+33
Esperanza (ESP)	13+14+26
Fe y Plegarias (FEP)	19+21+37
Distracción cognitiva (DNC)	34+36+39

Baremo de pacientes con dolor crónico benigno									
Pc	Catastrofización	Conductas de Distracción	Autoinstrucciones	Ignorar Dolor	Reinterpretar Dolor	Esperanza	Fe y Plegarias	Distracción Cognitiva	Pc
1									1
5			1	2					5
10			5	4					10
15			8	6		2			15
20	2	2	9	8		3	1		20
25	3	3	11	11		5	3		25
30	4	4	12	12	1	6	4	3	30
35	6	5	12	13	3	7	6	3	35
40	7	6	14	13	3	7	6	3	40
45	9	6	14	16	4	8	7	4	45
50	11	9	15	17	6	9	8	6	50
55	12	9	17	19	6	10	10	7	55
60	13	11	18	20	8	12	11	8	60
65	15	12	19	22	8	12	12	9	65
70	18	13	20	23	10	13	13	9	70
75	19	16	20	24	12	13	14	10	75
80	21	17	22	27	13	15	15	11	80
85	23	18	23	29	15	16	17	12	85
90	26	20	25	30	18	17	18	13	90
95	31	25	28	34	20	18	18	15	95
99	36	30	30	42	28,95	18	18	18	99
Pc	Catastrofización	Conductas de Distracción	Autoinstrucciones	Ignorar Dolor	Reinterpretar Dolor	Esperanza	Fe y Plegarias	Distracción Cognitiva	Pc
Media	11,91	9,53	15,31	17,54	6,91	9,11	8,60	6,07	Media
DT	9,94	7,82	7,41	9,86	7,06	5,56	6,26	5,09	DT
N	204	204	203	204	204	200	203	200	N

^{*} En este ítem debe invertirse el valor de la respuesta: 0=6; 1=5; 2=4; 4=3; 5=1; 6=0.

ANEXO 2

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: Estrategias de afrontamiento del dolor que utilizan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis durante el mes de setiembre de 2015 en el Hospital San Juan de Dios.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Licda. Nicole Andrea Marín Hernández

1. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Se le invita a participar en un estudio de investigación, con fines meramente académicos, el cual tiene como objetivo conocer lo que usted hace para hacerle frente aquellos momentos en que siente dolor debido a la enfermedad. Esto con el objetivo de contar con insumos que permitan generar mayor conocimiento, así como establecer aquellas estrategias de intervención que brindan mejores resultados según su propia experiencia. Se le extiende la invitación a usted por ser parte de la población que es atendida por la especialidad de Nefrología y que se beneficia de recibir el tratamiento de hemodiálisis en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital San Juan de Dios, siendo de gran relevancia su experiencia vivida y la manera en cómo usted le hace frente al proceso de la enfermedad.

Aproximadamente 30 personas formaran parte de este estudio. En caso que decida ser parte de esta investigación, su participación durará de 20 a 30 minutos. Su participación en este estudio es voluntaria. Su decisión de participar o no, no afectará sus derechos como asegurado de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Si usted decide participar en este estudio, es libre de cambiar de opinión y retirarse en el momento que usted así lo quiera. Si usted así lo desea, recibirá una copia de esta fórmula firmada por mi persona.

2. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Si su persona toma la decisión de participar en este estudio, el procedimiento consiste en llenar el cuestionario que se adjunta, marcando la opción que mejor se ajuste a su situación actual. No existen respuestas buenas ni malas, tan solo se busca que las mismas reflejen lo que corresponde a su realidad. La administración del cuestionario se realizará en el Servicio de Nefrología, específicamente en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Juan de Dios, donde usted es atendido.

3. RIESGOS

Los posibles riesgos o molestias que usted puede experimentar al contestar el cuestionario, están relacionadas con la posibilidad de que alguna de las preguntas le recuerde algún momento difícil en su vida, asociado con la evolución de la enfermedad. Ante esto, usted puede elegir si contesta o no una o varias de las preguntas que le generan malestar o incomodidad. Si usted considera que le es difícil atender alguna pregunta, puede dejar de contestarlas sin ningún compromiso. En este caso, le notificará a la investigadora principal como profesional en Psicología para que de manera inmediata le pueda brindar la contención requerida. En caso de disgustarle algún aspecto de las preguntas,

usted puede abandonar la prueba en cualquier momento pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

4. CASOS DE LESIÓN O CUIDADOS DE EMERGENCIA

Este estudio es supervisado por la Dra. Paola Echeverría Echeverría. Todo el procedimiento se realizará en la Unidad de Hemodiálisis donde recibe dicho tratamiento. Si usted eventualmente sufre alguna complicación médica en el momento de su participación en este estudio, se notificará inmediatamente a la supervisión de enfermería, con el fin de que reciba valoración y atención oportuna.

Usted no recibirá ningún tipo de compensación económica por las lesiones sufridas durante el estudio.

5. POSIBLES BENEFICIOS PARA EL PARTICIPANTE

No obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, la información que brinde será un insumo importante para diseñar estrategias de intervención que proporcionen o refuercen las estrategias de afrontamiento del que utilizan las personas, por lo que este conocimiento puede beneficiar a otras personas en el futuro.

6. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Se garantizará confidencialidad y anonimato. La custodia del cuestionario será durante 10 años (conforme lo estipula la ley), asegurando que los datos personales que usted aporte no permitan identificarle por un tercero.

El investigador y el Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI) mantendrán los registros relacionados con este estudio de manera privada, hasta donde la ley lo permita. Sin embargo, puede que la información de este estudio se publique en revistas médicas o científicas o que los datos sean presentados en congresos o conferencias de manera anónima, es decir nunca se utilizará su nombre.

No se entregaran resultados a ninguna persona acerca de lo que puntué el cuestionario, ya que el mismo se manejará exclusivamente con fines investigativos por parte de la investigadora principal.

7. COSTO POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

No se debe preocupar por algún costo económico que puede tener el cuestionario. Así mismo, tampoco recibirá pago por su participación.

8. PERSONAS A LAS CUALES PUEDE ACUDIR EL PARTICIPANTE

Usted puede llamar a la Licda. Nicole Andrea Marín Hernández, investigadora responsable del proyecto al 88269856 si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su participación en este estudio.

Si usted cree que ha sido lesionado como resultado de su participación en este estudio, por favor comuníquese al teléfono: 2547-8799 con la MPsc. Paola Echeverría Echeverría, encargada del Servicio de Psicología Clínica del Hospital San Juan de Dios.

Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante en esta investigación, comuníquese con el Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI-Hospital San Juan de Dios) de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual se encuentra localizado en la Unidad Control de la Gestión, al teléfono 2547- 8217. Además usted puede comunicarse con el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS) del Ministerio de Salud.

9. ACUERDO

He leído o se me ha leído toda la información que se detalló anteriormente. Se me ha dado la oportunidad de preguntar. Todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. He decidido voluntariamente, firmar este documento para participar en este estudio de investigación.

_____ Nombre del participante	_____ cédula	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Nombre del testigo	_____ cédula	_____ Fecha	_____ Hora

Yo he explicado personalmente el estudio de investigación al participante y he respondido a todas sus preguntas. Creo que él (ella) entiende la información descrita en este documento de consentimiento informado y consiente libremente en participar en esta investigación.

<u>Licda. Nicole Andrea Marín Hernández</u> Nombre del investigador	<u>1-1089-0153</u> cédula	_____ Fecha	_____ Hora
--	------------------------------	----------------	---------------