

FUNCIONES COMPORTAMENTALES Y AFRONTAMIENTO EN LA  
ADHESION AL TRATAMIENTO DE PACIENTES RENALES

LADY KATHERINE CABRERA BARRAGÁN  
PAULA LORENA TORRES SANCHEZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
BOGOTÁ, D.C. ENERO DE 2015

FUNCIONES COMPORTAMENTALES Y AFRONTAMIENTO EN LA  
ADHESION AL TRATAMIENTO DE PACIENTES RENALES

LADY KATHERINE CABRERA BARRAGÁN  
PAULA LORENA TORRES SANCHEZ

Trabajo de grado para la obtención del título de Psicólogos

Asesora  
IVONNE ALEJO CASTAÑEDA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
BOGOTÁ, D.C. ENERO DE 2015

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del Jurado**

---

**Firma del Jurado**

**Bogotá, D.C. Enero de 2015**

### **Agradecimientos**

Agradecemos en primer lugar a nuestros familiares por el apoyo que nos han brindado hasta este momento. A la Fundación Universitaria Los Libertadores por los conocimientos y enseñanzas que nos brindó durante cinco años. A los profesores quienes con su experiencia colaboraron en nuestro camino como profesionales. A nuestra asesora, maestra y psicóloga, Ivonne Alejo Castañeda por la enseñanza, la confianza y la dedicación que depositó en nosotras y en este proyecto.

A la unidad renal del Centro Policlínico del Olaya por abrirnos las puertas para la realización de nuestra investigación y a los pacientes que participaron en el estudio, gracias por contribuir en este trabajo

### **Dedicatoria**

En primer lugar a mi familia, en especial a mi mamá, mi hermano, por el apoyo que a través de los años de estudio, me han brindado y por la confianza que depositaron en mí. A Sebastián Beltrán, Simón y Leidy Dulce quienes han sido seres significativos en el desarrollo de este proceso y en general en mi vida, permitiéndome llegar hasta este punto y así poder culminar con satisfacción este proceso.

Lady Cabrera

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios que me permitió culminar con buenos resultados mi carrera profesional y de la cual me quedan grandes aprendizajes para iniciar mi vida laboral. A mi mamá y mi papá por el apoyo y la confianza que me brindaron, por ser buenos guías en este proceso académico que estoy culminando. A mi hermana, mis abuelitos, mi esposo y a mi hijo que han sido personas valiosas durante este proceso, me han guiado y me han motivado en aquellos momentos en los que sentí que no valía la pena seguir.

A mi compañera Lady, por todo el apoyo y el tiempo valioso compartido durante este proceso.

Paula Torres

## Tabla de Contenido

Resumen,	1
Introducción.	2
1. Planteamiento del problema,	4
2. Objetivos,	7
3. Marco conceptual,	8
3.1 Las funciones de la conducta,	8
3.2 Emociones, cogniciones y afrontamiento en la enfermedad crónica,	24
3.3 Adhesión al tratamiento en pacientes crónicos,	38
3.4 El rol del psicólogo en la enfermedad crónica,	43
4. Metodología,	51
4.1 Tipo de investigación,	51
4.2 Participantes,	51
4.3 Instrumentos,	52
4.4 Procedimiento,	53
4.5 Variables de estudio,	54
5. Resultados,	57
6. Análisis de resultados,	67
7. Discusión,	70
8. Conclusiones,	72
9. Referencias.	74
10. Apéndices,	81

## **Lista de Tablas**

Tabla 1. Datos sociodemográficos, 57

Tabla 2. Relación funciones comportamentales, afrontamiento y clasificación de riesgo,  
65

### **Lista de Figuras**

- Figura 1. Funciones comportamentales, 58
- Figura 2. Funciones comportamentales y género, 58
- Figura 3. Funciones comportamentales y estado civil, 59
- Figura 4. Funciones comportamentales y tiempo de tratamiento, 59
- Figura 5. Estrategias de afrontamiento, 60
- Figura 6. Estrategias de afrontamiento y género, 61
- Figura 7. Estrategias de afrontamiento y estado civil, 61
- Figura 8. Estrategias de afrontamiento y tiempo de tratamiento, 62
- Figura 9. Clasificación de riesgo, 63
- Figura 10. Clasificación de riesgo y género, 63
- Figura 11. Clasificación de riesgo y estado civil, 64
- Figura 12. Clasificación de riesgo y tiempo de tratamiento, 64

### **Lista de Apéndices**

- Apéndice A. Consentimiento Informado, 82
- Apéndice B. Análisis Funcional de la Conducta, 83
- Apéndice C. Escala de Estrategias de Coping – Modificada, 84

## Resumen

El objetivo del presente estudio fue identificar las relaciones existentes entre las funciones comportamentales y las estrategias de afrontamiento en el proceso de adhesión al tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica - IRC. La IRC es una enfermedad progresiva caracterizada por la pérdida gradual de la capacidad de los riñones para eliminar productos de desecho y mantener en equilibrio la cantidad de líquido en el organismo. Como condición de enfermedad genera cambios a nivel físico, psicológico y social en quienes son diagnosticados, estableciendo determinadas estrategias de afrontamiento, modificación de comportamientos en función de la situación y los requerimientos del tratamiento. Se realizó un estudio descriptivo-exploratorio, donde se trabajó con una muestra de 54 pacientes de género masculino y femenino con edades entre 27 a 75 años de edad. Se evaluó el nivel de riesgo en el que se encuentra cada participante por medio de los criterios de adhesión propuestos por la institución de salud donde reciben tratamiento, la función de conducta y las estrategias de afrontamiento que emplea cada paciente. Fueron utilizados dos instrumentos para evaluar las categorías propuestas, siendo estas el análisis funcional de la conducta (Servera, 2014) y la escala de estrategias de coping – modificada (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre-Acevedo, 2006). Los resultados indican que la evitación y el escape es la función de conducta más utilizada por los pacientes como estrategia de manejo de su enfermedad. En cuanto al afrontamiento se encontró que en términos generales la estrategia más empleada es la religión.

**Palabras Clave:** Insuficiencia renal crónica, análisis funcional de la conducta, afrontamiento, adhesión al tratamiento.

## Introducción

La insuficiencia renal es una enfermedad crónica que consiste en la pérdida progresiva de su función renal en las personas que la padecen y requieren de tratamientos médicos específicos para la preservación de la vida como lo son: la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal según el caso, en busca del equilibrio homeostático del organismo y son realizados de forma periódica para retirar las sustancias tóxicas de la sangre.

Al ser un proceso de enfermedad, la IRC produce cambios psicológicos, físicos, cognitivos y sociales tanto en el paciente como en sus familias y redes de apoyo en general. A nivel psicológico generan reacciones emocionales como la negación, rechazo, ansiedad, ira, depresión, culpa, disminución de la autoestima, por ver afectada su calidad de vida. Además en algunos casos genera pérdida del trabajo, aislamiento social, pérdida del control y cambios en las actividades de ocio que en algunos casos se debe a la limitación física producto de los tratamientos.

La enfermedad renal es considerada como una situación catastrófica debido a los cambios que produce, lleva al individuo a generar lo que Lazarus y Folkman (1986 citado por Alejo et al., 2013) denomina estrategias de afrontamiento, que consisten en los cambios cognitivos y conductuales que desarrolla el individuo para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, cuando estas exceden sus recursos personales.

Estudios realizados de Contreras, Espinosa y Esguerra (2008), sobre las estrategias de afrontamiento en pacientes renales concluyen que las estrategias de afrontamiento dependen del tiempo que lleven de tratamiento. Quienes llevan mayor tiempo manejan mejor estrategias de afrontamiento del problema y manejo de emociones, y emplean la planeación, la búsqueda de apoyo emocional y la espiritualidad. Quienes tienen un manejo menos efectivo de la situación utilizan estrategias de afrontamiento no funcionales orientadas a la resignación pasiva, manifestaciones de ansiedad y depresión, bajo nivel de ajuste social, mayor atribución de control externo y menor expectativa de mejoramiento.

La adhesión al tratamiento es un proceso que incluye la disposición y capacidad del paciente, la red de apoyo y la labor del profesional para favorecer el cumplimiento del plan de tratamiento y así prolongar la vida del paciente e incrementar su calidad de vida. El psicólogo desempeña un rol importante en los procesos de intervención profesional con pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica – IRC, donde desarrolla y propone estrategias de acompañamiento e intervención con el paciente dirigidos a la adaptación a la condición de salud y los cambios que de esta se derivan. En algunos estudios se identifican técnicas de intervención cognitivo conductual que en diversos estudios han logrado cambios significativos en conductas inapropiadas de los sujetos que padecen IRC, basados en la educación sobre la enfermedad y estrategias para mejorar la calidad de vida (Remor, Arranz & Ulla, 2013).

Respecto a la adhesión al tratamiento de estos pacientes, Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo (2006), mencionan que suele ser un proceso impactante tanto para el paciente como para su red de apoyo, producto de los ajustes que deben realizarse en las diferentes rutinas. Por tanto, la adaptación a los tratamientos como la hemodiálisis es complejo e intervienen factores sociodemográficos, psicológicos y físicos. En los casos de no adhesión al tratamiento se produce descontrol generando daños irremediables en el organismo hasta la muerte del paciente.

## 1. Planteamiento del Problema

### 1.1 Justificación

En Colombia existen 460 personas por millón de habitantes diagnosticadas con Insuficiencia Renal crónica, enfermedad que genera un deterioro progresivo en las diferentes áreas de ajuste del paciente debido a los cambios que obliga a generar en las diferentes rutinas preestablecidas. La enfermedad crónica es percibida por quienes la padecen como una situación que amenaza su vida ya que les genera la pérdida de control de su cuerpo y a su vez genera distintas reacciones emocionales que los obliga a afrontar y adaptarse a los diferentes cambios a los que se ven expuestos durante el periodo de la enfermedad.

Diferentes estudios mencionan cambios a nivel psicológico, físico y social en el paciente, razón por la cual se ve afectada su calidad de vida. Teniendo en cuenta los diferentes factores de riesgo, la cantidad de personas diagnosticadas puede ser mayor en unos años, llegando a ser 800 pacientes renales por millón de habitantes (Gamarrá, 2013).

A nivel psicológico la calidad de vida de estos pacientes se ve afectada no sólo por la enfermedad sino por los factores relacionados con la ansiedad y la depresión que genera el padecer el diagnóstico de insuficiencia renal crónica, debido a que si el individuo no posee las estrategias de afrontamiento apropiadas, se pueden intensificar las sintomatologías deteriorando la salud física y mental del paciente (Remor, Arranz & Ulla, 2013).

Dada la incidencia que tiene la enfermedad renal crónica en nuestro contexto, se genera la necesidad de realizar una revisión que permita comprender de forma general el funcionamiento del individuo que padece una Insuficiencia Renal Crónica, el impacto psicológico que presenta, las estrategias de afrontamiento que utiliza y en general los elementos que estén relacionados con la adhesión al tratamiento, los cuales influyen en gran medida en el bienestar del individuo.

Con base en estudios previos se identificó que las estrategias de afrontamiento que utiliza cada individuo, inciden de alguna manera en los procesos de adhesión al tratamiento en diversas enfermedades, principalmente en las enfermedades crónicas, debido a que estas modifican significativamente las diferentes áreas del sujeto. Respecto a las funciones comportamentales, no se encontraron estudios que pretendan relacionar estas con enfermedades (Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quiceno, 2007). Por tanto, mediante la aplicación de instrumentos que evalúan las funciones comportamentales y las estrategias de afrontamiento que se emplea, se pretende identificar factores que incidan en el mantenimiento de comportamientos desfavorables en relación con la salud, las estrategias de afrontamiento que los individuos utilizan frente a una enfermedad crónica y el nivel de adhesión que presenta cada individuo. Con el objetivo de determinar si existe relación entre las funciones comportamentales que emplea, las estrategias de afrontamiento y el cumplimiento de los criterios de adhesión.

La importancia de esta información y estos resultados radica en identificar las bases de un proceso de evaluación psicológica que permitan identificar cómo funciona el individuo en relación con su enfermedad, de qué manera afronta la situación y cuáles son los factores que intervienen en su comportamiento de adhesión o de no adhesión al tratamiento; y finalmente desarrollar la intervención psicológica que según la información obtenida, sea la más adecuada.

## **1.2 Pregunta Problema**

¿Cuáles son las relaciones entre las funciones comportamentales y las estrategias de afrontamiento, en el proceso de adhesión al tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica?

## **2. Objetivos**

### **Objetivo General**

Identificar las relaciones existentes entre las funciones comportamentales y las estrategias de afrontamiento en el proceso de adhesión al tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar las funciones comportamentales en pacientes con insuficiencia renal crónica.
2. Identificar las estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica
3. Identificar el grado de adhesión de los pacientes con insuficiencia renal crónica basado en los estándares
4. Describir las relaciones existentes entre funciones comportamentales, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica.

### 3. Marco Conceptual

#### *Las Funciones de la conducta*

El comportamiento resulta ser el eje central de los estudios en psicología y el interés particular sobre los elementos implicados en la exhibición de determinadas conductas ha resultado de interés desde las diferentes áreas de la psicología.

La función de la conducta ha sido analizada desde el análisis conductual aplicado en donde se aplican los principios de la psicología del aprendizaje, fundamentalmente del condicionamiento operante a la modificación de comportamientos humanos relevantes. Desde ésta óptica, los analistas del comportamiento se centran en la relación observable entre el comportamiento y el entorno del individuo y evalúan las relaciones entre un comportamiento determinado y el entorno (Virues-Ortega, 2010).

La evaluación de la función del comportamiento se utiliza para determinar las funciones ambientales de los comportamientos y asume que la causa de estos es externa y física. Así que estas evaluaciones se centran en la búsqueda de los factores ambientales que contribuyen a comportamientos adaptativos y desadaptativos. Lo que sucede después de un comportamiento influye en la probabilidad de la ocurrencia de la conducta. Esta interacción entre el comportamiento y las consecuencias se llama una relación funcional (O’neill, Horner, Albin, Sprague, Storey & Newton, 2009).

Las funciones comportamentales se pueden dividir en dos categorías que implican el refuerzo positivo y negativo con subcategorías, sensoriales (estímulos internos), sociales (atención), y tangibles (objetos o actividades). Esta evaluación considera que si se conoce cual es la función de un comportamiento es más probable que tenga un éxito el plan de intervención para modificarla. Además aporta que cuando se quita la función o la fuente de refuerzo de un comportamiento, este va a terminar. Esta interpretación se deriva de la ley del efecto propuesta por Thorndike (1905, citado en O’neill, Horner, Albin, Sprague, Storey y Newton, 2009; Virues-Ortega, 2010), donde menciona que cuando se refuerza un comportamiento, aumenta la probabilidad de que ocurra nuevamente en un futuro. De otro lado, cuando una conducta es cada vez menos probable que ocurra en el futuro se llama extinción.

En relación con esto El Centro de Documentación y Estudios SIIS (2011), define cada una de las funciones del comportamiento. La función atencional se da cuando una persona que se siente poco atendida, puede haber aprendido que realizar determinadas conductas tiene precisamente como resultado conseguir atención. En segundo lugar la función de obtención de algún tangible se refiere al momento en que la persona realiza una conducta con el fin de recibir algún objeto deseado o también para tener la posibilidad de participar en una actividad deseada. La estimulación sensorial es cuando se ejerce una conducta con la finalidad de conseguir así mismo estimulación visual, táctil, corporal o auditiva, o que alguien se la proporcione. Por último el evitar o escapar de algo se presenta cuando la persona ejerce una conducta con el fin de que sea retirada una estimulación que considera aversiva o que finalice una actividad para conseguir un descanso o evitar tareas que le resulten difíciles o desagradables.

La función de conducta puede ser evaluada a través de algunas estrategias. A continuación se describen las formas de evaluación de función conductual que refieren O'Neill, Horner, Albin, Sprague, Storey y Newton (2009).

Las evaluaciones indirectas implican la obtención de información de fuentes distintas de un análisis de los eventos ambientales. Estas evaluaciones involucran entrevistas e informes que buscan determinar la fuente de refuerzo para un comportamiento indagando al círculo social del individuo, lo que piensan de su función conductual. Este método tiene la ventaja de ser eficiente, fácil de usar y proporcionan un buen punto de partida. No obstante, muestra dificultades con su fiabilidad y validez.

La escala de evaluación es un método compuesto por 16 ítems, requiere una descripción de los parámetros en que se producen las conductas. Estas preguntas se dividen en cuatro categorías de función, sensorial, de escape, atencional y tangibles. La probabilidad de ocurrencia de cada una de estas situaciones se califica en una escala tipo Likert de 0 a 6. La calificación promedio por categoría se calcula y una clasificación relativa se determina en función de cada puntuación media (O'Neill, Horner, Albin, Sprague, Storey y Newton & 2009).

El cuestionario de comportamientos problemáticos es una escala de 15 ítems en los que la frecuencia con que se observa la conducta es clasificada un evento. Esta

evaluación se constituye por elementos correlacionados como por ejemplo, “¿se produce la conducta problema para llamar tu atención?”.

Finalmente, el análisis funcional de la conducta es una metodología que consiste en describir el problema en términos de conductas especiadas, describir la situación en la que la conducta ocurre y describir cuáles son las consecuencias que el ambiente proporciona a esa conducta (O’neill, Horner, Albin, Sprague, Storey & Newton, 2009).

Según Turnbull et al. (2001 citado por Tijmes & Varela, 2009) el análisis funcional conductual (AFC), es un método para recolectar información de los eventos ambientales que predicen y mantienen el comportamiento. Los AFC tienen elementos como la observación sistemática, documentación y análisis de la ocurrencia de la conducta y los eventos que predicen tanto la ocurrencia como la no ocurrencia del comportamiento. Incluye la medida objetiva de la frecuencia, duración, naturaleza e intensidad de la conducta en cuestión. De igual manera se debe determinar la función que cumple y las conductas alternativas posibles con sus respectivos antecedentes y consecuencias.

Acorde con lo anterior, existen técnicas de modificación de conducta que se han desarrollado a partir del análisis experimental de la conducta y utilizan como método básico el de operante libre.

Las técnicas de modificación de conducta según Ribes (1972), tienen como propósito la creación o a eliminación de la conducta y consisten en controlar adecuadamente el medio ambiente de tal manera que se puedan arreglar en la forma más conveniente, las consecuencias y los estímulos antecedentes de la conducta que se desee modificar. Por tanto, la conducta está mantenida y controlada por las contingencias ambientales y la única manera de modificar dicha conducta es a través de cambios sistemáticos en el medio ambiente en que se emite. Como resultado, se desarrollan, aumentan o mantienen conductas o pueden reducir o eliminar estas conductas.

Autores como Bados y García-Grau (2011), refieren que existen procedimientos para aumentar y mantener conductas, dentro de los cuales mencionan el reforzamiento positivo que es un procedimiento que consiste en presentar un supuesto reforzador positivo contingentemente a una conducta con el objetivo de incrementarla o mantenerla. Al igual que el resto de técnicas operantes, el reforzamiento positivo puede definirse no sólo como un procedimiento, sino también como un proceso: incremento o

mantenimiento de una conducta como resultado de la presentación de un evento (reforzador positivo) contingentemente a dicha conducta.

De otra parte el reforzamiento negativo (evitación o escape), consiste en retirar, reducir o prevenir un supuesto estímulo aversivo o terminar o prevenir la pérdida de un reforzador positivo contingentemente a una conducta con el objetivo de incrementarla o mantenerla. El reforzamiento negativo se divide en dos clases: a) Escape que consiste en retirar o reducir un supuesto estímulo aversivo o terminar la pérdida de un reforzador positivo contingentemente a una conducta con el objetivo de incrementarla o mantenerla y b) Evitación, que es presentar un supuesto estímulo aversivo o retirar un supuesto reforzador positivo contingentemente a la no emisión de una conducta. Así, ésta conducta aumenta o se mantiene debido a que previene o pospone contingentemente la aparición de un estímulo aversivo o la pérdida de un reforzador positivo.

En relación con la reducción de conductas se plantean desde el análisis conductual aplicado tres tipos de programas, siendo estos: el reforzamiento diferencial de tasas bajas, el reforzamiento diferencial de otras conductas y el reforzamiento diferencial de conductas incompatibles.

El reforzamiento diferencial de tasas bajas (RTB), es una técnica que consiste en otorgar el reforzador por una reducción en la ocurrencia de la conducta deseada y por consiguiente la conducta disminuye. Los reforzadores pueden ser entregados por una reducción en la frecuencia global de la conducta dentro de un periodo de tiempo determinado o por un incremento en la cantidad de tiempo que hay entre las ocurrencias de la conducta Martin y Pear (1996 citados en Bados & García-Grau, 2011).

De igual manera los autores plantean que el reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), también denominado entrenamiento en omisión, consiste en entregar el reforzador contingentemente a la no emisión de una conducta particular durante un tiempo específico. Aquí a la persona se le entrega el reforzador solamente si determinada conducta no ocurre durante cierto periodo de tiempo. Generando como consecuencia la disminución de dicha conducta.

Los autores explican que el reforzamiento diferencial de conducta incompatible (RDI), es una técnica trata de reforzar de manera positiva una o más conductas deseables que sean incompatibles (aquella que no puede ser ejecutada al mismo tiempo o que

interfiere con la emisión de la conducta inapropiada) a la conducta que se quiere eliminar. Con esto, se logra el fortalecimiento de las conductas incompatibles y la reducción de la conducta inadecuada.

Desde el planteamiento de Ribes (1994), la lógica de análisis de la conducta implica la descripción, los procedimientos observacionales y experimentales apropiados, las diferentes formas que pueden adoptar los eventos psicológicos, y los criterios para la aplicación del conocimiento psicológico a la vida cotidiana.

Esta teoría se basa en la teoría de campo que intenta conceptualizar los eventos psicológicos, en donde los elementos en el campo se interrelacionan y el tiempo y el espacio se sincronizan simultáneamente. Así mismo Ribes (1994), menciona que esta teoría intenta explicar los eventos psicológicos por medio de las siguientes características:

- 1) Todo evento psicológico se compone de la interrelación de las acciones y reacciones de un organismo biológico diferenciado con las acciones de un estímulo ambiental. Así, el evento psicológico no está en el organismo o su acción, si no en la interrelación en la que participa dicho organismo.
- 2) El evento psicológico no ocurre en el vacío, si no que ocurre en un campo en el que se posibilita cierto tipo de relaciones y no otras, por una colección de ocurrencias variantes, pero continuas como colección, y que probabilizan en ambos sentidos las características cualitativas y cuantitativas de la interacción del organismo con el estímulo ambiental.
- 3) El comportamiento es continuo en tiempo y espacio y, por consiguiente, no existen vacíos temporales entre campos sucesivos delimitando interrelaciones distintas. Es decir el campo es presente y posee propiedades semejantes a los factores situacionales, ya que probabiliza funcionalmente las interrelaciones en él.
- 4) Los límites de un campo psicológico varían de acuerdo a las características reactivas de los organismos y los tipos de estimulación presentes, así como la naturaleza por medio del contacto. Igualmente los medios de contacto de naturaleza física posibilitan límites de interacción diferenciales.
- 5) Todo campo psicológico posee propiedades repetibles que permiten distribuirlo de acuerdo con conceptos generales. La función de la teoría científica es analizar y

describir cada campo psicológico con base en conceptos generales que se constituyen por el medio de contacto, factores situacionales, históricos, y las interrelaciones entre organismo y estímulo ambiental.

6) El aspecto central del análisis de campo es la función estímulo- respuesta que describe la interrelación entre organismo y objeto de estímulo. Estas funciones se describen de manera cuantitativa en la cual se especifica las condiciones de campo en las que los diferentes elementos y relaciones son efectivos.

7) La función de la teoría de la conducta es sistematizar los datos existentes con base en criterios interpretativos y debe formular las categorías específicas para distinguir los campos psicológicos, los factores históricos y situacionales.

Para la psicología de la salud resulta de interés el comprender el comportamiento de los individuos cuando son diagnosticados con alguna enfermedad, especialmente aquellas de tipo crónico debido a los cambios o ajustes que implica para el paciente y su red de apoyo. Por tanto de forma reciente se ha hecho uso de este tipo de metodologías dentro de los procesos de modificación de conducta tendientes a la mejora en la adhesión al tratamiento (Taylor, 2003). No se han realizados estudios de las funciones comportamentales en relación con las enfermedades crónicas, no obstante existen investigaciones que abordan la intervención psicológica en personas diagnosticadas con enfermedades crónicas, que están dirigidas a la modificación de la conducta.

Respecto a la relación entre las funciones de conducta y la adhesión a tratamientos en pacientes renales no existen estudios publicados o claramente definidos. Los reportes de investigación en este tipo de condición médica se relacionan con procesos de intervención cognitivo conductual que posteriormente serán abordados en este documento y en donde claramente se evidencia como objetivo la modificación de la conducta. Ahora bien, para comenzar a hablar sobre la Insuficiencia Renal Crónica – IRC se debe retomar la información desde los elementos que hacen parte de la enfermedad y el impacto que esta genera.

En los casos de pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, se encuentran estudios recientes en aquellos pacientes en los que se observa dificultad en la

adhesión al tratamiento médico al que deben ser sometidos para la preservación de la vida. Por tanto, para comprender las implicaciones se hace necesario hacer una revisión sobre la condición de salud anteriormente enunciada.

La insuficiencia renal según Contreras, Espinosa y Esguerra (2008), es una enfermedad progresiva en la que existe una pérdida gradual de la capacidad de los riñones para eliminar productos de desecho, mantener en equilibrio la cantidad de líquido en el organismo, controlar la presión arterial, facilitar la producción y mantenimiento de glóbulos rojos y regular los niveles de calcio y de fosforo, y en algunos casos puede llegar a ser terminal cuando la capacidad renal se reduce a un 10%. Esta enfermedad se asocia con factores infecciosos o fisiológicos como enfermedades tubulares, infecciones renales, obstrucción por cálculos, anomalías congénitas, diabetes mellitus, hipertensión arterial. Así mismo, puede ocasionar enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos y anemia.

Soriano (2004), menciona que La National Kidney Foundation propuso por medio de las guías de práctica clínica K/DOQI estimar el grado de función renal mediante fórmulas como la ecuación modificada del estudio MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) o la fórmula de Cockcroft-Gault. Por tal razón se diferencian en 5 estadios en donde se va a ver algunas características importantes de dichas fases.

En el estadio 1, se dan diversas definiciones en donde se conoce primeramente el daño renal con FG normal o aumentado, (FG 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), la enfermedad renal crónica se establece por la presencia de alguno de los datos de daño renal expuestos. Aspectos significativos de este estadio son los casos con microalbuminuria o proteinuria persistente con FG normal o aumentado o el hallazgo ecográfico de una enfermedad poliquística con FG normal o aumentado.

En el estadio 2, tiene una correspondencia a las situaciones de daño renal acompañadas de una reducción ligera del FG (FG entre 60 y 89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). La detección de un FG ligeramente disminuido puede ser frecuente en personas de tercera edad. En la tercera edición de los NHANES (National Health and Nutrition Examination survey) prácticamente un 75% de los individuos mayores de 70 años presentaron un FG promedio < 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. El hallazgo de un FG levemente reducido debe

conllevar a descartar datos de daño renal, principalmente microalbuminuria o proteinuria mediante la realización del cociente albúmina/creatinina en una muestra aislada de orina y alteraciones en el sedimento urinario mediante el análisis sistemático clásico. También se valorará la existencia de situaciones de riesgo de enfermedad renal, fundamentalmente HTA y diabetes.

En el caso de los estadios 1 y 2 de la enfermedad renal crónica, se benefician del diagnóstico prematuro y del comienzo en métodos de prevención de progresión de la enfermedad renal y de la patología cardiovascular.

El estadio 3 de ésta enfermedad es una reducción notoria del FG (FG entre 30-59 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup>). La referencia dada de daño renal puede tanto como ausentarse o hacer presencia ya que estos no representan importancia en parámetros necesarios para el diagnóstico de este estadio. En este estadio se puede ver un incremento en el riesgo de progresión de la enfermedad renal crónica y de dificultades cardiovasculares, asimismo pueden aparecer las complicaciones generales de la insuficiencia renal crónica dichas como la anemia o alteraciones del metabolismo fosfo-cálcico. Los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 3 necesitan ser valorados y tratados unánimemente con un especialista si el médico que diagnóstica la enfermedad no está en la capacidad de generar algún tratamiento y evaluar los resultados.

En el estadio 4 se disminuye a manera de gravedad el FG (FG entre 15 y 29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Existen varios riesgos en este estadio, uno de ellos es el progreso de la insuficiencia renal al estadio 5, de la misma manera existe una alta posibilidad de que surjan complicaciones cardiovasculares muy elevadas. Por tal razón el nefrólogo debe contribuir a la observación del paciente con ERC en este estadio, ya que no solo se exige las terapias específicas de cada caso, sino que también se tiene que evaluar la instauración de una preparación para el tratamiento renal sustitutivo. Es importante recalcar esto puesto que la remisión tardía del paciente al nefrólogo es un problema constante que repercute en el pronóstico.

En el estadio 5 de la enfermedad renal crónica es un FG < 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) y se determina también como fallo renal (kidney failure). La evaluación de la indicación del tratamiento renal sustitutivo es perentoria, y aun mucho más cuando se presentan síntomas o signos urémicos (Soriano, 2004),

Respecto a los síntomas, Iborra (2013) describe síntomas y signos más relevantes de la enfermedad renal crónica. En relación con el equilibrio electrolítico, aparecen anomalías en los niveles de potasio y bicarbonato en sangre. Lo que nos produce en fases avanzadas, hiperpotasemia y acidosis metabólica. También suele aparecer hipocalcemia e hiperfosforemia.

En el sistema cardiovascular, se encuentra que el 80% de los pacientes presenta hipertensión arterial debido a la retención hidrosalina y fallo en el sistema de la renina. En casos muy avanzados suele aparecer insuficiencia cardiaca congestiva debida a la sobrecarga hidrosalina y en algunos casos pericarditis urémica. Como consecuencia de la uremia, aparece anorexia, náuseas y vómitos. En fases avanzadas, es característica la presencia de feto urémico y sabor metálico. También pueden aparecer hemorragias digestivas. Suele aparecer anemia producida, principalmente, por el déficit de eritropoyetina, aunque influye de manera importante la desnutrición y el déficit de hierro (Iborra, 2013)

A nivel neurológico, en fases avanzadas de la enfermedad renal crónica, aparece la encefalopatía urémica, manifestada por déficit en la concentración. También es frecuente la aparición de polineuropatía, tanto sensitiva como motora. De igual manera en el sistema osteomuscular, aparece la osteodistrofia renal, manifestada por dolores óseos, deformidades y fragilidad ósea. Comenta Iborra (2013) que se produce debido al aumento de la producción de hormona paratiroidea (PTH) que está implicada en el metabolismo óseo (su aumento está asociado a la falta de vitamina D, a la hipocalcemia y a la hiperfosforemia), lo que provoca un aumento de la reabsorción y destrucción ósea. A nivel dermatológico, es característico el color de la piel producido por la anemia y la aparición de prurito debido, principalmente, a la sequedad de la piel y a la hiperfosforemia.

Vega, Marín y Herrero (2005) mencionan que entre las causas de la enfermedad renal crónica, se encuentran aspectos de tipo clínico como la historia familiar de enfermedad renal, el bajo peso al nacer, la reducción de la masa renal; también existen factores de riesgo de iniciación ya que precipitan el daño renal, estos son la diabetes e hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes, infecciones sistémicas, infección del tracto urinario, cálculos urinarios y toxicidad por las drogas. Luego se encuentran

factores de progresión que son aquellos que causan un empeoramiento del daño renal y aceleran la pérdida de su función, allí se encuentran la proteinuria, el pobre control de glicemia en diabetes o el tabaquismo. Así mismo, existen factores de riesgo sociodemográficos como la edad avanzada.

La afectación vascular es la característica que más sobresale en los pacientes con insuficiencia renal, esta se da como una lesión de aterosclerosis, dichas lesiones se pueden agrupar en enfermedades cerebrovascular, la hipertrofia ventricular izquierda, la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca y la arteriopatía periférica, (Vega, Marin & Herrero, 2005).

De igual manera los autores relacionan la enfermedad renal crónica y la enfermedad vascular, dado que se da más en poblaciones consideradas de alto riesgo donde los pacientes son hipertensos, diabéticos y se clasifican en la población de la tercera edad. El grado de insuficiencia renal establece dicha correlación y si ésta sucede en poblaciones de bajo riesgo, existen diversos estudios que sugieren las medidas glomerulares si son iguales o inferiores a 60 ml/m pueden generar factores de riesgo relacionados con la anemia, la hiperhomocisteína y con las alteraciones que afectan el metabolismo como el calcio y el fósforo, que pueden llegar a condicionar la enfermedad vascular. La insuficiencia renal crónica se considera como una consecuencia de la enfermedad vascular, dada por la acción de uno o varios factores característicos de riesgo cardiovascular. Por otro lado la insuficiencia renal crónica se considera una causa de la enfermedad vascular ya que comparten factores de riesgo y al mismo tiempo aportar otros que son de origen renal. Es probable que en ambas direcciones el síntoma central este dado desde el estrés oxidativo y la inflamación. En otras palabras la complicación renal es vista como un reflejo del estado vascular del paciente (Vega, Marin & Herrero, 2005).

Así mismo, National Kidney Disease Education Program (2014), reporta que la hipertensión, es un factor que aparece cuando se presenta enfermedad de insuficiencia renal, en los pacientes con diabetes. Los antecedentes familiares que refieren hipertensión aumentan el incremento de probabilidades de que esta enfermedad sede de generación en generación, ocasionando enfermedad renal. Cuando se diagnostica la

enfermedad renal y se presenta la hipertensión los riesgos de que acelere el riesgo de la enfermedad es muy alto. La presión arterial se puede medir mediante dos cifras. La primera hace referencia a la presión Sistólica, y se da cuando el corazón late generando presión en las arterias, la segunda es la presión Diastólica, se da cuando la presión de las arterias es muy alta entre latido y latido. Una mejor manera de entenderlo es presión sistólica mayor a 140 y presión diastólica mayor a 90.

La hipertensión no es vista sólo como una causa de la enfermedad renal, sino como consecuencia del daño generado por la misma. A medida que la enfermedad renal va teniendo progreso, los cambios físicos que se generan en los riñones provocan un aumento en la presión arterial. Esto representa peligro, ya que cuando se da aumento de la presión arterial empeoran los factores que causan el aumento y viceversa. Un diagnóstico a tiempo puede generar que se dé un tratamiento oportuno para la hipertensión, incluso si es leve, son de suma importancia para las personas con diagnóstico de diabetes, (National Kidney Disease Education Program, 2014).

La diabetes según Martínez-Castelao, Navarro-Gonzalez y Gorriz, (2012), se presenta entre el 25-40% y se da en un grado de nefropatía a lo largo de la evolución, tiene una prevalencia que depende de un sin número de factores implicados en la patogenia es decir, (genéticos, el nivel de control de la glucemia, y el manejo adecuado o no de la presión arterial, la dislipemia, el tabaquismo, y la microalbuminuria o progresión hacia proteinuria), lo que da las pautas de evolución de la enfermedad hacia la nefropatía establecida. Sin embargo en fechas recientes se ha considerado que la nefropatía tiene un desarrollo con una alta frecuencia en la diabetes mellitus tipo 1, dado que la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 es 10 a 15 veces superior, el resultado indica que el 90% de los pacientes que padecen diabetes y que inician programas de diálisis son pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. En los estudios realizados en poblaciones numerosas la incidencia acumulativa de nefropatía aumenta a lo largo de los años. A los 30 años, el 44% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentaron nefropatía, mientras que en aquellos con diabetes mellitus tipo 1 el porcentaje es del 20,2%14.

La Secretaría de Salud de México (2009), menciona que alrededor del mundo se ha evidenciado un notorio incremento en la proporción de individuos que presentan o presentarán cuadros de enfermedad renal crónica, así como nuevos casos de ésta.

Al conocer pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, se ha proporcionado una cifra permanente por medio del registro Estatal de Diálisis y trasplante de Jalisco, concluyendo un aumento en el número de personas que poseen dicha enfermedad.

Siguiendo detalladamente los casos que han sufrido esta enfermedad, también se ha presentado una cifra nueva de personas que han comenzado a padecerla, y así mismo podemos comprender un aumento de 92 pacientes por millón de habitantes en el año 1999, a 327 nuevos pacientes en el año 2007, generando así la segunda cifra más alta a nivel mundial. Se puede hacer una clara comparación con Japón y Estados Unidos que son los países que han tenido hasta ahora la más alta incidencia en el mundo, registrando en Japón 285 pacientes nuevos con insuficiencia renal crónica terminal en el año 2007, a diferencia de Estados Unidos que registra 361 pacientes en el mismo año.

Continuando con la diferencia de tasas y cifras entre diferentes años, se conocen los casos en Jalisco de personas que padecen dicha enfermedad generándose un incremento en el año 2007 comparado con el 2003, de 394 pacientes a 986. Estos mismos datos se generaron en Jalisco puntuando a Latinoamérica en donde señalaron actualmente a México con el doble de las cifras de personas que han comenzado a padecer de esta enfermedad, a comparación de Uruguay, Argentina y Chile. A diferencia de México que obtiene la misma tasa que Uruguay y Chile, hablando específicamente de personas que llevan un proceso en insuficiencia renal crónica terminal (Secretaría de Salud de México, 2009),

De otro lado La Secretaría de Salud de México (2009), refiere que la insuficiencia renal crónica terminal tiene diferentes causas por las cuales un paciente empieza a padecer de ésta enfermedad, a nivel global se conocen dos motivos importantes por lo que se genera la IRCT, ocupando el primer puesto está la diabetes mellitus tipo 2, causando el 55% de todos los casos de pacientes en Jalisco. Y como segundo lugar está la hipertensión arterial sistémica. Hay diferentes tasas de enfermedades mortales a nivel mundial, hablando específicamente de las renales y de tracto urinario proporcionan aproximadamente 850.000 muertes cada año según el reporte de salud Mundial de la

Organización Mundial de la salud y al proyecto de carga global de la enfermedad, y 15'010.167 personas con dicha enfermedad que han quedado discapacitadas. Si se habla de puestos a nivel mundial la enfermedad de insuficiencia renal ocupa el doceavo lugar de causas de mortandad, y el diecisieteavo lugar de causas por discapacidad. Si se toma la cifra a nivel Nacional sube unos cuantos puestos ocupando el décimo lugar de causas de mortalidad asistiendo así con el 28% de la totalidad de muertes, de la misma manera tres enfermedades anteriormente mencionadas que son la diabetes, la hipertensión arterial y la enfermedad renal crónica aumenta en cuanto al porcentaje de la mortalidad a nivel nacional, contribuyendo con el 60% de la totalidad de muertes, y un 47% de gastos suministrados por la salud cuando se habla de una cifra globalizada. Esto genera preocupación, ya que se pronostica que para el año 2020 estas enfermedades pasaran a ser las principales causas de mortandad y discapacidad, principalmente en países desarrollados.

Al tratar la insuficiencia renal crónica se entiende que es una enfermedad que genera muchos gastos, y el costo es de una tasa muy alta. Por ejemplo en Estados Unidos el tratamiento en el año 2007 tuvo un gasto de 24 mil millones de dólares. A diferencia de México en donde en el año 2005 gastó el 21% del total de seguros de enfermedades y maternidad, dando un 0.7% a la cifra que correspondió a pacientes con insuficiencia renal crónica en el Instituto Mexicano del Seguro social (Secretaría de Salud de México, 2009).

La prevalencia e incidencia de la enfermedad crónica renal, que requiere tratamientos de remplazo del funcionamiento renal, ha crecido de manera progresiva en Colombia y en la mayoría de los países del mundo; en la actualidad hay aproximadamente 20000 personas en tratamientos renales en Colombia, lo que equivale a una prevalencia aproximada de 450 pacientes por millón de habitantes. Con una incidencia alrededor de 5%, dicha población podría duplicarse durante los próximos 10 años y alcanzar una prevalencia superior a 800 pacientes por millón de habitantes (Garrama, 2013). De igual manera el autor refiere que los nefrólogos colombianos mencionan que la inadecuada atención del enfermo renal en su etapa previa al comienzo del tratamiento, puede afectar la morbilidad y mortalidad de los pacientes renales.

En Colombia continúa siendo muy baja la proporción de pacientes que inician la terapia de remplazo renal en condiciones de salud física, mental y estado nutricional adecuados que permitan minimizar las complicaciones. Es poco usual que el paciente tenga un acceso vascular realizado con la debida anticipación o un catéter peritoneal colocado con la preparación necesaria para permitir el inicio de la terapia dialítica de manera programada (Garrama, 2013)

Según Martínez, Plazas, Barajas, Bravo, Gonzales, Rodríguez y Ruiz (2013), la American Heart Association refiere que la mayoría de pacientes con enfermedad renal mueren de causa cardiovascular antes de requerir terapias de remplazo de la función renal, debido a que no son adecuadamente evaluados. Los pacientes ancianos y los que tienen antecedentes e diabetes mellitus e hipertensión arterial, son atendidos por servicios diferentes a nefrología, como medicina general, medicina interna, cardiología y endocrinología.

Martínez, Plazas, Barajas, Bravo, Gonzales, Rodríguez y Ruiz (2013), realizaron una investigación que tiene como objetivo determinar la frecuencia de factores de riesgo para la enfermedad renal crónica en pacientes que asisten a consulta de medicina interna en un hospital de Bogotá.

El estudio fue de tipo transversal con pacientes mayores de 18 años que asistieron por cualquier causa a la consulta de medicina interna. Se excluyeron pacientes en terapia de sustitución de la función renal y pacientes que asisten a consulta de nefrología. En este estudio participaron 290 pacientes con una prevalencia de hipertensión arterial de 50%. Se analizaron variables de edad, género, estrato socioeconómico, ocupación, nivel educativo, frecuencia del consumo de licor, peso, talla, antecedentes personales y familiares en relación con factores de riesgo para la enfermedad renal crónica (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal y enfermedad cardiovascular). En los resultados el número mayor de participantes fue mujeres debido a que asisten a instituciones hospitalarias con mayor frecuencia debido a un fin preventivo. Las personas con edad mayor o igual a 50 años fue el grupo de mayor participación. Se pudo concluir que un bajo nivel socioeconómico y un bajo nivel educativo se asocian con control inadecuado de patologías que pueden conllevar a la enfermedad renal, específicamente hipertensión arterial y diabetes mellitus. Probablemente cuando la

persona no tiene suficiente conocimiento de la enfermedad o no tiene los recursos económicos necesarios para asistir a la consulta médica, o no tiene buena adhesión al tratamiento de las patologías. Un dato relevante en el estudio fue que el 42% de los pacientes con antecedente de hipertensión arterial no tenían su presión sanguínea controlada, lo cual se constituye en un factor de riesgo (Martínez, Plazas, Barajas, Bravo, Gonzales, Rodríguez & Ruiz, 2013).

La OMS (2004), reporta que un control inadecuado de la presión sanguínea es responsable de 62% de los casos de enfermedad cerebrovascular y 49% de los casos de enfermedad cardíaca isquémica, y se relaciona con la progresión de enfermedades como la hipertensión arterial y la insuficiencia renal crónica, además de ser un factor de riesgo importante para la mortalidad a nivel mundial.

Por su parte Montagud (2012), sostiene que para el proceso de diagnóstico de esta enfermedad es importante tener en cuenta aspectos como los antecedentes del paciente tanto a nivel personal como familiar. De otro lado se debe diferenciar entre la enfermedad renal crónica y la insuficiencia renal aguda, ya que los pacientes con enfermedad renal crónica a diferencia de los que tienen insuficiencia renal aguda tienen los riñones una media de 9 cm más pequeños.

Partiendo de lo anterior, la evolución de la enfermedad se clasifica en diferentes estadios. En los dos primeros no presenta síntomas específicos o características clínicas que se relacionen exclusivamente con la enfermedad renal crónica. Al inicio de la enfermedad, esta se puede detectar por un aumento de la creatinina en el plasma sanguíneo, y por aspectos que solamente son revelados mediante análisis específicos, por ello, el sujeto puede desconocer que padece de una enfermedad y tampoco puede someterse a un tratamiento para impedir su progresión.

A medida que la enfermedad avanza y la función renal va disminuyendo se observan que la presión arterial aumenta, debido a la sobrecarga por líquidos y hormonas vasoactivas que conducen a la hipertensión y a una insuficiencia cardíaca congestiva, la urea se acumula, originando en primer término azoemia (niveles anormalmente altos de compuestos nitrogenados en la sangre) y en última instancia uremia (con síntomas que van desde el letargo hasta la encefalopatía), el potasio se acumula en la sangre, oc

asionando desde malestar general a arritmias cardiacas fatales, existe disminución de la síntesis de eritropoyetina (hormona producida por el riñón en un 90%), que puede conducir a la anemia y provocar fatiga, aumento del volumen de líquido posibilitando la aparición de edema agudo de pulmón y aparece la hiperfosfatemia, debido a la excreción reducida de fosfato. Ésta, a su vez, está asociada a la hipocalcemia y al hiperparatiroidismo, que conlleva osteoporosis renal y calcificación vascular (Montagud, 2012)

Una vez diagnosticado, el tratamiento que siga el paciente va a depender de la etapa en la que se encuentre dentro de la evolución de la enfermedad. Si se halla en una de las primeras etapas lo que se procede es a controlar y prevenir un deterioro mayor del daño renal presente mediante un tratamiento preventivo. De este modo, en las tres últimas etapas los pacientes con insuficiencia renal crónica deben someterse a tratamientos no curativos, demandantes y que involucran altos costos conductuales y económicos para él y su familia, los cuales se evidencian en el impacto a nivel físico, psicológico, social y económico (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez & Fajardo, 2006).

En relación con los tratamientos, los más utilizados en la insuficiencia renal es la diálisis y el trasplante. La diálisis es el proceso mediante el cual se eliminan las toxinas y el exceso de agua de la sangre. Existen dos modalidades, en primer lugar, la hemodiálisis en la cual el paciente en primer lugar debe ser intervenido quirúrgicamente para realizarse una fistula arteriovenosa (unión de una arteria a una vena) acceso el cual permitirá la punción en cada sesión de hemodiálisis en donde se sustituye la función de limpieza del riñón por medio de un circuito extracorpóreo, que hace pasar la sangre a través de un dializador, donde se limpia y extrae los desechos tóxicos y el exceso de líquidos. Las sesiones de hemodiálisis en la actualidad se realizan tres veces por semana empleando de 2 a 4 horas (Remor, Arranz & Ulla, 2013)

En segundo lugar está la diálisis peritoneal, este procedimiento se encarga de limpiar la sangre del cuerpo utilizando la membrana peritoneal del paciente (membrana que envuelve órganos como el hígado, estómago e intestinos). Para realizar la diálisis peritoneal el paciente debe someterse a una operación en la que se le inserta un catéter permanente en la cavidad abdominal. Dentro de la cavidad peritoneal se le inserta una

solución dializante especial a través del catéter y la membrana actúa como filtro. Este proceso tiene una duración de 4 a 6 horas en las que la solución cargada de los tóxicos y el exceso de líquido es vertida al exterior por el catéter y se renueva por otra. De la diálisis peritoneal existen dos tipos, la diálisis peritoneal continua ambulatoria en la que se realizan intercambios de fluido de forma manual y la diálisis peritoneal automatizada, en donde los intercambios se hacen mientras el paciente duerme con ayuda de una pequeña máquina que realiza los intercambios cada dos horas.

Por último, Remor, Arranz y Ulla (2013), mencionan el trasplante de riñón, el cual es un proceso médico que consiste en implantar un riñón sano de un donante en el cuerpo de un receptor compatible. El donante puede ser un familiar del paciente o un sujeto fallecido por muerte cerebral.

Miller (2013), aporta que estos tratamientos deben acompañarse de una estricta dieta alimenticia en donde los pacientes deben realizar cambios en su alimentación, limitando líquidos, consumiendo una dieta baja en proteína, reduciendo la sal, el potasio y el fósforo, obteniendo suficientes calorías si está bajando de peso. Estos cambios tienen el propósito de mantener un equilibrio de electrolitos, minerales y líquido en el cuerpo reduciendo la acumulación de productos residuales en su cuerpo.

Por otra parte, Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo (2006), mencionan que la adhesión a la dieta en la insuficiencia renal crónica es muy difícil de adoptar, porque implica cambios y adaptaciones difíciles a nuevos hábitos alimenticios.

La adaptación o no al nuevo hábito alimenticio está directamente asociada a la calidad de vida de estos pacientes. Es necesaria una adaptación que implica una ruptura con el concepto de una alimentación considerada normal para la población en general. Sin embargo hay muchos factores o variables que se relacionan con la adhesión a la dieta.

García y Castro (2011), concluyen que la gran mayoría de los factores socio-demográficos, sexo, edad, nivel educativo, estado civil, familiar, situación profesional e ingresos) y clínicos como el tipo de tratamiento, tiempo en diálisis, enfermedades asociadas, complicaciones y datos bioquímicos tienen efectivamente implicaciones en la adhesión a la dieta de los pacientes insuficientes renales crónicos en diálisis.

*Emocione, cogniciones y afrontamiento en la enfermedad crónica*

Las personas perciben la presencia de una enfermedad crónica como una amenaza debido a que pierden el dominio de sus cuerpos y constantemente están en la búsqueda de conseguir un equilibrio con el medio. Al tener conocimiento del diagnóstico, depende del sujeto se presentan diferentes reacciones emocionales en donde debe afrontar cambios y se ve expuesto a un proceso de adaptación que va a condicionar su vida y su entorno (Magaz, 2003),

El grado de afectación depende de variables que influyen en la respuesta del enfermo renal, como la Edad del ciclo vital, las experiencias previas con el medio hospitalario, la presencia de enfermedades asociadas a la insuficiencia renal crónica y las creencias y valoraciones personales en torno a la enfermedad estrategias de afrontamiento y autocontrol, la red de apoyo familiar y social del paciente.

Magaz (2003), en relación al componente psicológico aporta la evolución de la insuficiencia renal crónica desde el rol del paciente, dividiéndola por etapas, de la siguiente manera:

1). Etapa del inicio de la enfermedad: Experiencia de los síntomas.

La característica fundamental de esta fase es el temor a lo desconocido y la falta de comprensión de la enfermedad. Aparecen los primeros síntomas, la persona descubre que algo va mal, con experiencias similares a las que ocurren en las enfermedades agudas: se mantiene contacto con profesionales sanitarios, se acude con frecuencia al hospital y se interrumpen las actividades cotidianas. El paciente, con frecuencia, espera que los síntomas desaparezcan o mejoren en un período breve de tiempo.

Posteriormente, el nefrólogo informará al paciente de la existencia de una enfermedad crónica que necesitará tratamiento durante el resto de la vida. En este momento el enfermo se centra en las manifestaciones físicas, se siente preocupado por la gravedad de su enfermedad, así como por el pronóstico y el malestar físico que le acompaña. Tanto el enfermo como las personas que lo rodean centran su atención en los problemas orgánicos. A medida que pasan los días, aumenta el conocimiento de la enfermedad y la situación pierde el carácter de novedad, iniciándose así el siguiente período (Magaz, 2003),

A nivel psicológico Remor, Arranz y Ulla (2013), sostiene que el sujeto cae en un estado de shock emocional, el que en algunos casos se ve superado a medida que el tiempo y los acontecimientos van sucediendo, y en otros puede aparecer un estado de depresión, angustia o emociones de rabia y/o enfado.

#### 2). Toma de conciencia: contacto con el rol de enfermo.

En este momento, el paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad que van más allá de las dolencias físicas del momento. Conociendo que su enfermedad es crónica toma conciencia de los cambios que se van operando en su forma de vida: dieta, medicación, trabajo y, en general, reflexiona sobre sus limitaciones y capacidades.

En definitiva, aparece ante sí mismo como un ser vulnerable, lleno de limitaciones y con un riesgo elevado de inadaptación personal, familiar y social.

#### 3). Reflexión y Análisis:

Al experimentar las consecuencias físicas y sociales de la enfermedad, el paciente puede experimentar las limitaciones derivadas de la misma, pero también las capacidades que le permitirán continuar o iniciar hábitos agradables. Su estado de ánimo se caracteriza por grandes altibajos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación. En algunos momentos se percibe como un ser débil y marginado.

#### 4). Readaptación: personal, social y familiar.

Algunos pacientes toman conciencia de sus limitaciones y capacidades, reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales, y son capaces de comenzar un nuevo proyecto de vida. Otras ven sólo las limitaciones, adoptan una actitud pasiva y de dependencia, sin proyectos propios (Remor, Arranz & Ulla, 2013)

Así mismo, algunos autores hacen referencia a los cambios a nivel cognitivo que se generan producto de la condición de enfermedad. La percepción que hace el individuo de su enfermedad se manifiesta a través del pensamiento, procesando la información de manera objetiva o distorsionada. Las distorsiones cognitivas son errores persistentes en la forma de pensar y se clasifican en 15 tipos principales según Madewell & Shaughnessy (2009 citados en Lerma, Salazar, Perez-Grovas, Bermúdez, Gutiérrez, Reyes-Lagunes, Rochicchio, Robles-García & Lerma 2012):

- 1). filtraje o abstracción selectiva: en la cual se selecciona solo un aspecto de una situación y se hace solo una interpretación
- 2). pensamiento polarizado: en el cual los individuos valoran las situaciones en forma extrema no toma en cuenta aspectos intermedios
- 3). Sobregeneralización: donde se concluye de manera general de un solo hecho particular sin suficientes bases
- 4). interpretación del pensamiento: se interpretan las intenciones de los demás
- 5). visión catastrófica: consiste en adelantarse a los acontecimientos, y percibirlos de una manera catastrófica
- 6). Personalización: en este caso el individuo relaciona los acontecimientos del entorno con el mismo
- 7). falacia de control: se percibe así mismo de manera extrema sobre el grado de control que tiene en los acontecimientos de su vida
- 8). falacia de justicia: el individuo valora como injusto todo aquello que no coincide con su satisfacción
- 9). razonamiento emocional: lo que la persona siente emocionalmente lo ve como reacción a un estímulo externo
- 10). falacia de cambio: se cree que el bienestar de sí mismo depende exclusivamente de los actos de los demás
- 11). Etiquetas globales: se coloca estereotipos así mismo o a los demás
- 12). Culpabilidad: se atribuye en totalidad la responsabilidad de los acontecimientos así mismo o a los demás
- 13). Los “debería”: se mantiene el hábito de seguir las reglas de manera rígida y exigente sobre como tienen que suceder las cosas, como se debe comportar, sin incumplir ninguna regla.
- 14). Tener la razón: consiste en tender a probar de manera frecuente ante un desacuerdo con los demás que el punto de vista de si mismo es el único correcto.
- 15). Falacia de recompensa divina: tendencia a no buscar la solución a los problemas suponiendo que la situación mejore por si misma.

De otra parte, las emociones se convierten en un elemento importante a trabajar con los pacientes que han sido diagnosticados con patologías crónicas. González y Pérez (2011), mencionan entre las emociones que padecen los pacientes crónicos las siguientes: a). Necesidad de seguridad. La insatisfacción general y el requerimiento de mejor atención producen dependencia de sus familiares; b). Angustia de ser rechazado: Por el estado de ánimo pesimista el paciente crónicamente enfermo experimenta angustia de ser rechazado por sus familiares, ya sea por lo tedioso complicado o molesto que resultan sus cuidados por los aspectos económicos por el esfuerzo o tiempo requerido; c). Temor al abandono y soledad: al debilitarse su estado físico, función y aspiraciones sociales el paciente experimenta temor a que sus familiares lo abandonen. d). Miedo a la invalidez: o la irreversibilidad del proceso. e). Desconfianza en el médico: el paciente supone que los que lo tratan no tienen mayor interés en su enfermedad y desconfía que alguien pueda mejorar su estado, subestima la capacidad profesional y calidad de atención.

El estrés por tanto se deriva del proceso cognitivo y emocional descrito previamente en pacientes crónicos y para reconocerlo se debe entender primeramente su valoración cognitiva, que es motivo importante en su interacción, capacitándose así mismo para enfrentar, alterar y renovar la situación. Cuando se da la situación que la respuesta al estrés se sustenta de una manera prolongada, hace que el peligro de la aparición o afectación de procesos patológicos incremente en todos los sistemas que hacen participe de la misma, Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser (2002 citados en Montagud, 2012).

En los pacientes de enfermedad renal crónica es frecuente el estrés crónico, y en estas mismas circunstancias se presentan estudios que demuestran que el producto sobre el sistema inmune incluye una inmunosupresión acentuada. Lo anterior, implicaría un crecimiento en la vulnerabilidad a infecciones y otras enfermedades que se acrecientan a diario en la población que padece dicha enfermedad y se relaciona con el tipo de tratamiento al que se encuentra adscrito. Por las razones anteriormente expuestas, al estudiar la población de los enfermos renales, se tiene la constante necesidad de tomar como eje importante la variable estrés y se requiere recolectar muchos más datos sobre

la propia enfermedad y los consecuentes peligros que resultan de los tratamientos pertinentes para los mismo pacientes al ser de larga duración pueden.

Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser (2002 citados en Montagud, 2012) mencionan que cuando se hace referencia a la literatura científica, se encuentran muy pocos estudios que traten el estrés y la enfermedad renal crónica de forma simultánea. Aun así existen casos en donde hacen referencia sobre cómo los pacientes que realizan la modalidad de diálisis peritoneal tienen una mayor satisfacción y una expresión más regulada de sus emociones, lo que contribuiría notoriamente para asimilar y controlar de mejor manera la enfermedad.

En relación con las respuestas cognitivas y conductuales, también se encuentra información relacionada con afrontamiento, que es un término adoptado por psicólogos en las décadas de 1960 y 1970 para referirse al combate, derrota o manejo de las situaciones estresantes de la vida

El estudio del afrontamiento surge en el periodo de la revolución cognitiva, específicamente a partir de los trabajos de Lazarus (1966), donde se plantea su teoría relacional del estrés como proceso propio de afrontamiento de situaciones. Así mismo, después de varias décadas de investigación, el modelo propuesto ha revelado su viabilidad para comprender como las personas manejan los estresores que se encuentran en su vida (Torrealba & Yepes, 2012).

Este concepto abarca la manera en que las personas mediante sus procesos cognitivos enfrentan los problemas. Lazarus y Folkman (1984 citado en Rodríguez & Ocampo, 2009). Para autores como Ribes (1994 citado por Rodríguez & Ocampo, 2009), este tipo de respuestas se denominan competencias funcionales, aludiendo a la capacidad que las personas tienen para satisfacer una demanda, adaptarse a ella y resolver problemas.

Lazarus (2006 citado en Rodríguez & Ocampo, 2009) menciona que el afrontamiento efectivo permite a las personas mantener en un nivel adecuado el estrés y saberlo manejar, sin generar ningún tipo de daño físico o psicológico significativo. Este proceso está compuesto por la manera en que la persona piensa, lo que usualmente hace y lo que podría llegar a hacer, todo esto examinado en un contexto específico.

De igual manera aportan que las conductas de afrontamiento pueden ser acciones o cogniciones, de aproximación o evitación, teniendo como función, prevenir, eliminar o reducir el estrés. De acuerdo a eso, mencionan que las aproximaciones que se deben tener en cuenta para entender el afrontamiento planteadas Ribes (1990 citado en Rodríguez & Ocampo, 2009) son: a). El estrés es el resultado de las contingencias, es decir, que las personas manifiestan estrés ante situaciones que generan más reacción emocional; b). un mismo correspondiente se puede analizar tomando en cuenta varias dimensiones, correspondiendo así a las acciones, a la situación, y elementos que no alteran al ambiente sino afectan al individuo que las emite como la percepción, atención, sensación, reacciones biológicas y emociones, y se toma en cuenta la valoración que el individuo hace de la situación.

Por su parte Barredas (2012), señala que existen tres tipos de afrontamiento, en primer lugar, el afrontamiento centrado en el problema el cual consiste en la utilización de recursos dirigidos hacia si mismo o el ambiente, obteniendo información de cómo mejorar o modificar la situación estresante para luego actuar adecuadamente. En segundo lugar el afrontamiento centrado en la emoción, el cual tiene como objetivo regular las emociones que se generan por sentirse amenazado, a partir de las evaluaciones cognitivas que permiten revalorizar la amenaza modificación así las emociones y el significado de la relación estresante. Por ultimo el afrontamiento de tipo evitativo, que se caracteriza por desentenderse del manejo del estresor mental y conductualmente, debido a que este interfiere con el logro de su objetivo, en donde se evidencia una conducta de escaso esfuerzo por controlar el conflicto, dispersando sus pensamientos y realizando actividades que no conllevan al manejo de la dificultad.

Autores como Carver et al. (1989, citados en Quaas, 2006), hacen referencia a otras técnicas de afrontamiento, siendo estas:

El afrontamiento activo, que se refiere a las acciones ejercidas por el sujeto para intentar cambiar la situación con su propio esfuerzo y así remover el estresor o mejorar sus efectos; la planificación, que es el tipo de afrontamiento en el cual el sujeto piensa en como afrontar el estresor ideando estrategias de acción, pasos a seguir y buscando la mejor manera de solucionar el problema, durante el periodo de evaluación cognitiva secundaria; la búsqueda de apoyo social en donde el individuo busca apoyo por dos

medios, instrumental y emocional, y en la mayoría de casos se utilizan conjuntamente. El medio instrumental consiste en que utiliza recursos humanos que le puedan dar apoyo para manejar el problema en forma de información, consejos, recursos económicos, entre otros, y como estrategia se ubica en el afrontamiento centrado en el problema. Por su parte el apoyo emocional, encierra las acciones que se realizan para buscar en otras personas razones emocionales que bajen el nivel de estrés. Se constituye de buscar afecto, empatía y comprensión, por tanto como estrategia se enmarca dentro del afrontamiento centrado en la emoción.

También se encuentra la eliminación de actividades distractoras se relaciona con las conductas que permiten que el individuo se centre en el acontecimiento estresante que tiene que enfrentar, realizando otras actividades o pensamientos que lo distraigan, dejando de lado proyectos en pro de poder sobrellevar la situación estresante; la religión que consiste en que la persona se enfoca en las oraciones y en la religión, sirviendo como fuente de apoyo emocional para una reinterpretación positiva y técnica de afrontamiento activo.

Otras de las técnicas referidas por el autor son: la reinterpretación positiva, considerada como aquellos aspectos de crecimiento que pueden surgir de la experiencia de estrés, en donde la persona reconstruye una situación estresante en términos positivos y hace parte del afrontamiento emocional; así mismo, aplazar el afrontamiento es otra técnica que consiste en la evitación que hace o evitación del problema, buscando que no lo afecte de manera negativa al tener que tomar decisiones de forma precipitada. El sujeto espera una el momento apropiado para actuar mientras mantiene la misma actitud. Esta técnica puede verse como un afrontamiento activo porque el comportamiento del sujeto se centra en sobrellevar efectivamente la situación estresante, pero también es una estrategia pasiva porque implica el no actuar.

De otra parte, Carver et al., 1989 (citados en Quaas, 2006). la aceptación como técnica consiste en dos fases del proceso de afrontamiento, la aceptación de un estresor como real que se presenta durante la evaluación cognitiva primaria y la aceptación de la ausencia de estrategia de afrontamiento que hace parte de la evaluación cognitiva secundaria. Adicional a esta se encuentra la técnica de desahogarse o centrarse en las emociones, que se relaciona con las respuestas emocionales asociadas al estresor. Esta

estrategia es generalmente utilizada por los sujetos que visualizan el estresor como algo inmodificable y se centran en el estrés y exteriorizan estos sentimientos.

Las cinco técnicas finales referidas por el autor son la negación, la desconexión conductual, la desconexión mental, el consumo de drogas y el humor. La negación implica que el individuo niega y evita afrontar la situación estresante y como estrategia busca reducir el estrés, no obstante, puede crear problemas adicionales, negando la realidad y haciendo que el afrontamiento sea más difícil; la desconexión conductual consiste en las acciones que realiza el sujeto para evitar afrontar activamente la situación estresante, reduciendo el esfuerzo para afrontar y se rinde ante el intento de lograr metas con las que el estresor interfiere; la desconexión mental, le permite al individuo distraerse de la situación estresante, utilizando alternativas como el soñar despierto, dormir, centrarse en la televisión entre otras y puede considerarse como un recurso para la adaptación. Sin embargo, impide un afrontamiento adecuado de la situación estresante; el consumo de drogas, como estrategia implica que el sujeto ejerce conductas motoras de adicción, como escape y evitación de la situación estresante y finalmente el humor, en donde utiliza el humor como estrategia de distracción que ayuda a apaciguar el estrés de la situación (Carver et al., 1989, citados en Quaas, 2006).

En conclusión, es importante conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes y las variables psicosociales y demográficas asociadas. Por tanto, el afrontamiento, las redes de apoyo social y el funcionamiento familiar son mecanismos que intervienen en la regulación y adaptación de la enfermedad y facilitan el ajuste psicológico del paciente, siendo esto relevante para los pacientes renales que perciben un estado de salud y bienestar deteriorado desde el momento del diagnóstico y que puede mantenerse a lo largo del tiempo.

Para autores como Contreras, Espinosa y Esguerra (2008), los pacientes en hemodiálisis que llevan más tiempo en tratamiento manejan mejor las estrategias de afrontamiento del problema y de manejo de las emociones, específicamente la planeación, la búsqueda de apoyo emocional y las creencias religiosas. Así mismo, parte los pacientes que tienen un manejo menos efectivo de la enfermedad suelen utilizar estrategias de afrontamiento no funcionales orientadas a la resignación pasiva,

asociándolas a manifestaciones elevadas de ansiedad y depresión, bajo nivel de ajuste psicosocial, mayor atribución de control externo y menos expectativa de mejoramiento.

En relación con la baja percepción de control en las sesiones de diálisis, se asocia con una alta preferencia por obtener información sobre el cuidado de la salud, influyendo en la dificultad en adherirse a la dieta restrictiva de líquidos, a diferencia de los pacientes con una alta percepción de control, en quienes la preferencia por la información tiene un efecto bajo sobre la calidad de adhesión. Refieren Contreras, Espinosa y Esguerra (2008), además que el estilo de afrontamiento optimista para afrontar la disminución de la calidad de vida, ha demostrado ser altamente efectiva para una adecuada adhesión al tratamiento. Cvengros et al. (2004, Citados en Contreras, Espinosa & Esguerra, 2008), consideran que la percepción de control en algunas estrategias de afrontamiento puede en algunos casos ser útil para identificar a los individuos que tienen dificultades para adherirse a las complejas restricciones comportamentales. La autoeficacia es una variable que ha demostrado tener relación con los comportamientos saludables, la adhesión al tratamiento, la disminución de los síntomas físicos y psicológicos y los comportamientos promotores de salud.

Respecto a los pacientes con emociones negativas, suelen denotar más síntomas a pesar de que cumplan con sus requisitos médicos y con los bajos niveles de autoeficacia se relaciona el afecto negativo y la disfunción comportamental; De otra parte los altos niveles de autoeficacia se relacionan con estados de ánimo positivos, actitudes favorables hacia el tratamiento y el personal médico, y mayor adhesión al tratamiento (Cvengros et al. (2004), Citados en Contreras, Espinosa & Esguerra, 2008).

Cassaretto y Paredes (2006), realizaron una investigación de diseño no experimental de corte transversal siendo de tipo descriptivo donde se pretenda identificar en su estado natural y en un momento determinado en el tiempo los estilos y estrategias de afrontamiento de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica. En este estudio participaron 40 sujetos mayores de 20 años. Como instrumentos se utilizó en pruna encuesta personal elaborada con el fin de obtener información sobre algunas características sociodemográficas. Esta encuesta se dividía en 6 áreas y se compone de 30 ítems constituida por datos personales, datos demográficos, datos médicos, composición familiar, actividad laboral y manutención.

En segundo lugar, utilizaron el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Coping Estimation) constituido por 52 ítems, con sistema de respuesta Likert organizadas con 13 escalas (afrentamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual y desentendimiento mental.

Como resultados observan que las estrategias de mayor uso de los participantes son la planificación, aceptación y reinterpretación positiva-crecimiento, mientras que las estrategias de desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo fueron identificadas como las de menor uso. Al analizar las diferencias sociodemográficas en el uso de estrategias de afrontamiento, se encontró que los hombres utilizaron las estrategias de planificación y desentendimiento cognitivo significativamente más veces que las mujeres (Cassaretto & Paredes, 2006),

En lo relacionado con la percepción de calidad de vida y bienestar subjetivo, Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo (2006), comentan que en estos pacientes la calidad de vida también se relaciona con la autonomía, independencia y posibilidad de volver a realizar las actividades cotidianas, lo que significa que la dependencia que tienen estos pacientes hacia los tratamientos puede afectar su dimensión emocional y psicológica, e incidir en la calidad de vida.

Estos tratamientos producen además de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida, las limitaciones en la dieta. Para Remor, Arranz y Ulla (2013), generan cambios en las relaciones sociales, donde el sujeto tiende a aislarse de su entorno habitual, por evitar compartir espacios que para el ahora son restringidos (comidas, viajes); familiares, en medida que la los familiares del paciente toman un comportamiento de sobreprotección y existen cambios en los roles desempeñados por los miembros del hogar y la funcionalidad que este tenía generando conflictos, así mismo, otra parte que se ve afectada es la relación en pareja debido a la cantidad de tiempo que el paciente invierte en el tratamiento, por deterioro en su respuesta sexual causando insatisfacción; laborales ya que el progresivo deterioro del paciente ocasiona disminución en el rendimiento y capacidad en el trabajo teniendo que renunciar por el

esfuerzo físico que debe realizar o por la presión que las empresas ejercen sobre el para que se retire. De esta manera, su única solución es pedir jubilación que conlleva a la pérdida del poder, consideración negativa de sí mismo y en algunos casos problemas económicos, generando la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes lo cual puede implicar un agravamiento de la sintomatología orgánica, y traducirse en un nuevo impacto emocional, lo cual plantea un círculo vicioso de importancia.

Desde la propuesta de Guerra-Guerrero, Sanhueza-Alvarado y Cáceres-Espina (2012), la dimensión física es una de las más afectadas debido a que genera mayor insatisfacción en pacientes hemodializados, produciendo complicaciones como el síndrome urémico, que se caracteriza por la sensación de debilidad, náuseas, vómito, falta de apetito y percepción de mal sabor en la boca, la diabetes que afecta negativamente en general la calidad de vida, el acceso vascular producido por las infecciones, la inactividad física que contribuye a la morbimortalidad en estos pacientes, y la anemia por presentar frecuentemente bajos niveles de hemoglobina.

Autores como Páez, Jofre, Azpiroz y De Bortoli (2009), refieren que la intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo a las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis.

En cuando a alteraciones psicológicas se ha destacado la frecuencia de depresión, ansiedad, culpas, trastornos en la sexualidad y de tipo adaptativo (Ledesma, Montero-López & Sandoval-Ávila, 2012), afectando así la calidad de vida de los pacientes con patologías crónicas.

De acuerdo a los principios del análisis de la conducta operante, la depresión implica una reducción de refuerzo positivo disponible en el ambiente, y por ende, las conductas reciben bajas tasas de refuerzo contingente con la respuesta. Por esta razón, desde esta perspectiva se reconoce la aparición de estados depresivos y ansiosos contingentes con el diagnóstico de la enfermedad renal crónica en esta población y se analiza en el contexto donde ocurren los hechos y con una visión más ideográfica de los problemas de los clientes (Dougher & Hayes, 1999 citados en Acuña, 2011).

Dentro de los síntomas que se observan en los pacientes se incluyen humor depresivo persistente, pobre autoimagen y sentimientos de desesperanza respecto al futuro, trastornos de sueño, alteraciones alimenticias, sequedad de la boca,

estreñimiento y cansancio. Siguiendo la perspectiva conductual analítica funcional, expone siete variables que deben tenerse en cuenta para la comprensión del mantenimiento del comportamiento depresivo.

Cabe mencionarse que en términos conductuales, las consecuencias relacionadas con la baja tasa de reforzamiento, dado que son escasas las conductas efectivas que lo obtienen, la extinción o el castigo son características en aquellos pacientes con historias de castigo prolongado e inescapable, o refuerzo positivo a conductas como quejas, llanto, irritabilidad, entre otras. En segundo lugar se deben rescatar las funciones de control de estímulo, analizando los eventos que precipitan las conductas de evitación y escape. La tercera variable son las funciones respondientes relacionadas con los sentimientos y reacciones emocionales ante los estímulos aversivos y el papel desencadenante de respondientes condicionadas de los estímulos discriminativos. Otra variable la constituyen las operaciones de establecimiento, aquellas actividades que realizaba y que guardaban propiedades reforzantes disminuyen como resultado del valor que obtienen otros estímulos. Como quinta variable se encuentra la conducta verbal entendida como una clase de respuesta, de la cual interesa para la depresión la relación funcional de mandos, verbalización de quejas y explicar por qué le sucede cada cosa). En la sexta variable le atribuye valor importante a las influencias culturales que funcionan como reglas o referencias conductuales, Ferro (2001 citado en Acuña, 2011).

Adicional a esto, el familiar cuidador tiene riesgo de presentar un cuadro depresivo. Watson (1995 citado en Remor, Arranz & Ulla, 2013), realizó un estudio de las variables asociadas a la adaptación psicosocial de los pacientes en diálisis y el estrés social soportado por los cónyuges; los resultados demostraron que un 20% de los familiares entran en cuadros depresivos producto del tratamiento y el estilo de vida que condiciona la enfermedad y tienen que recibir tratamiento psicológico debido a que sobrellevan importantes cambios al orientar su conducta en función de la enfermedad y el enfermo, asumiendo los cuidados y observando el sufrimiento del enfermo, alejándose de otras actividades habituales al disponer gran cantidad de tiempo a su cuidado y recuperación, lo que supone a largo plazo agotamiento y alteración emocional.

En relación con la investigación realizada por Gutiérrez (2011), con el fin de verificar que los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis

desarrollan trastornos afectivos se llevó a cabo mediante estudio descriptivo observacional; en una población de 65 pacientes dializados, en la clínica CONTIGO “CENDIALCON” de la ciudad de Latacunga. Se aplicó el Test de Depresión de Beck que toma como referencia Síntomas de minusvalía, anhedonia, ansiedad, abulia y distraibilidad, característicos de depresión. Los resultados de este estudio evidencian que los pacientes tratados con hemodiálisis desarrollan trastornos afectivos, siendo el más frecuente la depresión; de estos participantes el 41% de los pacientes padece depresión leve, 28% depresión moderada y el 31% de ellos depresión grave.

De otra parte, puede evidenciarse en pacientes con IRC trastornos de ansiedad. Para Sandín y Chorot (1995 citado en Páez, Jofre, Azpiroz y De Bortoli, 2009), la ansiedad funciona como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante. Puede actuar como respuesta adaptada al preparar al organismo para responder a las demandas de su entorno, pero también como respuesta desadaptativa al anticiparse a un peligro irreal. Se presenta con mayor intensidad en aquellos que esperan recibir un trasplante, y se relaciona con diferentes factores físicos y psicosociales comunes en este período. Estos factores incluyen hallazgos tales como: arritmias, efectos de los medicamentos, alteraciones metabólicas y pobre ventilación. Los factores psicosociales relevantes incluyen el ambiente hospitalario, el aislamiento de la familia, la pérdida de control, las amenazas a la integridad corporal, la agonía y la muerte. Los pacientes que pueden beneficiarse de recibir tratamiento, son los que admiten sentirse muy angustiados y en quienes la ansiedad parece interferir con su habilidad de permanecer hospitalizados y de cooperar en sus cuidados médicos.

Autores como Atencio, Nucette, Colina, Sumalave, Gomez y Hinestroza (2004), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la frecuencia e intensidad de los síntomas Depresión y Ansiedad en un grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, sometidos a Hemodiálisis Crónica y Periódica. Utilizaron como instrumento la Escala de Hamilton para Ansiedad (HAS) para evaluación de pacientes previamente diagnosticados que consta de 14 ítems. El estudio realizado fue prospectivo, aleatorio y longitudinal de 62 pacientes con Insuficiencia renal crónica, de ambos sexos, en edades comprendidas entre 17 y 66 años, procedentes del occidente del país, que reciben

tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Diálisis y Trasplante Renal del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Maracaibo en Venezuela.

Los resultados que lograron obtener demostraron que el 54.84% de los pacientes en hemodiálisis presentaron ansiedad menor y el 24.19% ansiedad mayor. El diagnóstico ansiedad (sin depresión) se hizo en 51.61% de los sujetos, la comorbilidad ansiedad-depresión en 27.42%. 20.97% sin depresión ni ansiedad. Concluyendo que la ocurrencia de ansiedad y depresión, esta última como comorbilidad, es muy frecuente en los pacientes con Insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis.

Todos estos síntomas que presentan los pacientes renales se pueden definir desde un enfoque conductual, según Pérez como estimulación aversiva periódica, que puede aumentar a medida que el deterioro renal avanza, sobre todo el cansancio físico. Es importante señalar la gran influencia que los estímulos ambientales tienen en el paciente, dado que desde el primer momento en el que el paciente empieza a ser tratado, todas las revisiones y tratamientos son llevados a cabo por un médico especialista y generalmente en un hospital, siendo éstos, por su asociación a situaciones peligrosas un factor muy importante para las respuestas de alerta que se dan también en esta situación.

De igual modo hay que considerar las expectativas negativas de peligro que se producen a medida que el deterioro funcional renal avanza, pues el enfermo empeora en su estado general. Estas expectativas negativas son un elemento más de activación del estado de alerta. La propia persona también puede causar el aumento del estado de alerta. Esto sucede cuando el enfermo se da cada vez más cuenta de que su actividad habitual no va a poder desarrollarla como él desea. La continua estimulación aversiva a que se ve sometido el paciente junto a los factores que influyen en su comportamiento y las expectativas negativas, hacen que se desencadene y mantenga la activación del estado de alerta, dando lugar a un organismo sobreactivado (Atencio, Nucette, Colina, Sumalave, Gomez & Hinestroza, 2004).

#### *Adhesión al tratamiento en pacientes crónicos*

Según la OMS (2001 citado por Osorio, Serna & Vélez, 2011), la adhesión es el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas, el nivel en que el comportamiento de una persona corresponde con las recomendaciones acordadas por un

prestador de asistencia sanitaria. En particular, tiempo después la OMS (2004), concluyó durante la reunión que la adherencia terapéutica refleja el comportamiento de un tipo u otro. Buscar la atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación según es indicado, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y emplear cambios en los comportamientos que hacen referencia a la higiene personal, el autocuidado de distintas enfermedades como asma, diabetes, tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos.

Señalando que la relación que se da entre el paciente y quien brinda el servicio de asistencia sanitaria (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe agrupar y sobresaltar las capacidades con las que acude cada paciente. Esta agrupación abarca cada una de las cinco definiciones, empezando por los factores socioeconómicos, esta dimensión no se vincula exactamente con la adherencia al tratamiento, pero tiene una implicación debido a que el paciente debe costear las visitas al centro hospitalario, debe costear los medicamentos, y cuando el paciente es quien mantiene el hogar debe a veces dejar de la lado prioridades como la salud para cubrir las necesidades básicas del hogar. Algunos factores que se vinculan con la dimensión socioeconómica son la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, y la falta de redes de apoyo familiares para el paciente (OMS, 2004).

En segundo lugar, la edad es un factor que se vincula mucho con la adherencia terapéutica, pero de manera irregular, este debe evaluarse de acuerdo a la categoría del paciente si es niño, si es adulto, ya que la percepción que tiene cada uno varía según el ciclo vital en el que se encuentren.

Otra dimensión son los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, según OMS (2004), aquí es fundamental la relación adecuada que se da entre el paciente y el equipo de asistencia sanitaria esta relación favorece y mejora la adherencia al tratamiento. Pero existen factores externos que afecta que se den buenas relaciones y son la mala prestación del servicio de salud, falta de conocimiento sobre el tratamiento y la enfermedad que se observa en algunos profesionales del campo de la salud, y el bajo acceso a los medicamentos.

La tercera dimensión hace referencia a los factores relacionados con la enfermedad, Algunos factores que influyen directamente con la adherencia terapéutica son los relacionados con la gran variedad de síntomas, con el grado de discapacidad, el proceso de prolongación o de desmejoramiento de la enfermedad, la importancia del tratamiento y del seguimiento a veces le permiten al profesional de salud observar comorbilidades que se llegan a presentar como enfermedad - depresión, enfermedad - ansiedad, que llegan a presentarse como modificadores importantes en la adherencia. La cuarta dimensión hace referencia a los factores que se relacionan con el tratamiento, existen muchos factores que se vinculan con la adherencia uno de ellos tiene que ver con la duración del tratamiento, otra con el fracaso en los resultados esperados con el tratamiento. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima. Y la última dimensión hace referencia a los factores relacionados con el paciente representa los recursos, el conocimiento, las actitudes, y las creencias, que tiene el paciente sobre el tratamiento y la enfermedad (OMS, 2004).

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza, en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos factores que hacen referencia a la adherencia terapéutica sobre el paciente se vinculan con el estrés, el olvido, la angustia, la baja motivación, la incapacidad para controlar los síntomas, la falta de afecto, la falta de recursos para afrontar la enfermedad y aceptarla y las bajas expectativas frente al tratamiento (OMS, 2004).

Ante la situación Acosta, Sepúlveda, Ibáñez, Flores, Herrán, Márquez y Pacheco (2008), aportan que el proceso biopsicosocial que presenta el paciente que ingresa al tratamiento de hemodiálisis, es importante reconocer que la adhesión al tratamiento es un proceso difícil, tanto para él, como para su familia, haciendo que la adaptación a la hemodiálisis constituya un fenómeno que agrupa relaciones conductuales, procesos fisiológicos, psicológicos y variables sociodemográficas asociadas.

En relación con el acompañamiento del personal asistencial y la percepción de calidad de vida, la asistencia a las sesiones de hemodiálisis permite en primer lugar la interacción profesional de enfermería con el sujeto del cuidado, cuyo objetivo es lograr una comunicación eficaz, satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales. La comunicación proporciona la información necesaria, lo que facilita y garantiza los niveles mínimos de comprensión por parte del paciente y contribuye a mejorar la adhesión. Adicional a esto, la asistencia a las sesiones contribuye a evitar complicaciones que conllevan a limitaciones progresivas e irreversibles, igualmente favorece a dar un uso adecuado de los servicios y los recursos destinados por las instituciones (Acosta, Sepúlveda, Ibáñez, Flores, Herrán, Márquez & Pacheco, 2008),

Por lo tanto las sesiones de hemodiálisis es parte fundamental en la adhesión al tratamiento en general, siendo el cumplimiento a las sesiones uno de los más importantes debido a que su inasistencia expone al paciente al descontrol de la enfermedad y a que el tratamiento no sea efectivo. Así mismo, la inasistencia del paciente conlleva a que el cuerpo acumule pequeños daños produciendo un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad.

Siendo el compromiso voluntario y colaborador por parte del paciente con el objetivo mutuo de conseguir el resultado preventivo o terapéutico deseado, en donde se encuentra el rol activo del paciente, el compromiso de aceptación de las indicaciones médicas y la responsabilidad compartida con el profesional.

De forma simultánea se ve influenciada por varios factores. Acosta, Sepúlveda, Ibáñez, Flores, Herrán, Márquez y Pacheco (2008) los describen de la siguiente manera:

- 1). Factores sociales y económicos: pobreza, analfabetismo, empleo, desempleo, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, condiciones de vida inestables, la cultura y las creencias populares a cerca de la enfermedad.
- 2). El equipo o sistema de asistencia sanitaria: recarga de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas, incapacidad de establecer el apoyo de la comunidad, la capacidad de autocuidado, relación médico paciente deficiente.
- 3). Las características de la enfermedad: gravedad de los síntomas, grado de discapacidad, velocidad de progresión y la comorbilidad.

4). Los tratamientos: duración del tratamiento, cambios en este, efectos colaterales, costo económico.

5). Los factores relacionados con el paciente: los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.

Al hablar del comportamiento de adhesión, también se habla del comportamiento de no adhesión que se manifiesta en diferentes maneras, Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo (2006), mencionan el incumplimiento en la dieta, ingesta de medicamentos, restricción de líquidos y faltar o solicitar reducción del tiempo de las sesiones de diálisis.

Las variables que se han identificado en relación con la escasa adhesión al tratamiento, son la edad avanzada, el consumo de tabaco, bajo nivel educativo, depresión y baja percepción de daño, efectos secundarios de los medicamentos, creencias y actitudes del paciente con respecto a la salud, instrucciones poco claras, fallas en la comunicación médico-paciente, complejidad de los regímenes, escasa comprensión de la razón de las terapias y dificultades socioeconómicas

Comentan también los autores, que los aspectos cognitivos y emocionales también han demostrado cierta relación con el comportamiento de adhesión; percepción de éxito en el cumplimiento previo del tratamiento, atribución de éxito al esfuerzo, motivación hacia la adhesión, expectativas de eficacia, percepción de control y estados emocionales como la ansiedad, el estrés y la depresión son factores que afectan la adhesión al tratamiento de hemodiálisis.

De igual forma Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo (2006), comentan que las variables emocionales se encuentran altamente asociadas con la relación que se establece entre el personal asistencial y los pacientes sometidos a hemodiálisis, lo cual es un factor que puede afectar el cumplimiento a prescripciones médicas. Un paciente renal acude cada 2 o 3 días a una sesión de hemodiálisis. Entre dos sesiones en este tratamiento el líquido que se ingiere se acumula en el cuerpo del paciente. Este excedente de líquido se corresponde con una determinada ganancia de peso entre sesiones y se denomina Ganancia Interdiálisis.

De igual manera los autores refieren que los pacientes que acuden a hemodiálisis se les recomienda un determinado máximo de ingesta total de líquido diario, que incluye el

líquido contenido en los alimentos. El objetivo de la restricción de líquidos es mantener el cuerpo dentro de unos límites de normohidratación para prevenir la aparición de complicaciones asociadas a la sobrecarga hídrica como son, principalmente, edemas en extremidades y párpados, edema agudo de pulmón, insuficiencia cardiaca congestiva e hipotensión durante las sesiones de hemodiálisis. La pauta de ingesta de líquidos que se prescribe a estos pacientes, es la ganancia interdialisis máxima que deben acumular entre dos sesiones de hemodiálisis para que no se produzcan esas complicaciones

Otro aspecto importante es la relación entre la ganancia de peso interdialisis y el estado nutricional del paciente, estimado en función de la tasa de catabolismo proteico, de la urea y de la albúmina, principalmente. Una ganancia de peso alta se asocia a un buen estado nutricional, pero también supone mayor riesgo de mortalidad, especialmente en pacientes diabéticos y de complicaciones a corto y medio plazo. Por su parte, una ganancia muy baja no implica mayor adhesión, sino más bien un estado nutricional deficiente, lo que aumenta el riesgo de mortalidad. Por ello, en situaciones de poca ganancia de peso, no se reajusta la pauta de ingesta de líquidos, sino que se corrige el estado nutricional deficiente (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez & Fajardo, 2006),

Por lo tanto, la conducta a seguir por parte del paciente es tomar menos de una cantidad de líquidos al día incluyendo el agua que contienen los alimentos o la que necesita para tomar la medicación. Aunque ajustarse a la recomendación pueda parecer simple, para los pacientes es bastante complicado, debido a la sensación de sed y a la dificultad de medir el contenido líquido de los alimentos, incluso para pacientes motivados para la adhesión (Iborra, 2013).

### *El Rol del psicólogo en la enfermedad renal*

En el acompañamiento psicológico de pacientes con IRC se plantean objetivos específicos, como lo son el autocuidado y la autonomía, entre sus funciones se encuentran las que hacen referencia a la toma de decisiones, y al desarrollo de un buen proceso de comunicación acerca de los distintos tratamientos y de las posibles opciones que se adapten a las demandas de la enfermedad, convirtiéndose así en un espacio

altamente complejo tanto para el paciente como para el equipo que atiende este tipo de enfermedad.

Es importante el rol que logre desempeñar el psicólogo ya que este tipo de procesos requiere de un acompañamiento y de una intervención que le ayude al paciente a realizar un buen proceso de afrontamiento y de adaptación tanto a la enfermedad como al tratamiento, obviamente velando siempre por que no se presenten alteraciones emocionales y menos de comportamiento, los pacientes que demuestran un alto nivel de negación y aceptación a la enfermedad son aquellos que dificultad que se dé el proceso de suministro de información de la enfermedad por parte del equipo médico.

García-Llana, Rodríguez-Rey, Celadilla y Villanueva (2013), mencionan que la principal función del psicólogo es la de apoyar los procesos de comunicación que se puedan llegar a presentar en el paciente, detectar las posibles dificultades que presente el paciente a la hora de interpretar la información que se le suministre, y comunicarlas a los profesionales encargados para que suministren nuevamente la información y que esta vez sea clara y de fácil interpretación para el paciente.

Otra función del psicólogo según los autores está relacionada con el proceso de evaluación del estado emocional que presente el paciente durante el tratamiento al que sea sometido, es importante que el psicólogo interprete los gestos y el lenguaje no verbal que demuestre el paciente ya que esto puede ser un indicador de que se está realizando un buen o un mal afrontamiento de la enfermedad. Es importante que el paciente vea en el psicólogo un apoyo y un medio para desahogar las preocupaciones sin el temor de sentirse juzgado o señalado, de esta manera realizara un mejor proceso de afrontamiento y de liberación de temores e inseguridades.

Realizar procesos de intervención en los casos en los que el paciente no logre aceptar el nuevo contexto en el que se ve inmerso y por ende tienda a desarrollar sentimientos de tristeza, inferioridad, o que llegue al punto de desvalorarse como ser humano.

El trabajo interdisciplinario es importante en este tipo de enfermedades ya que le enseña al paciente que está totalmente respaldado y que las expectativas que tiene sobre el tratamiento se pueden cumplir, es importante la acogida que se le al paciente y a la familia durante el tiempo que se requiera realizar el tratamiento. Si no se realiza un buen

proceso de empatía el paciente puede llegar a experimentar rechazo y resistencia al tratamiento (García-Llana, Rodríguez-Rey, Celadilla y Villanueva, 2013).

López y Alonso (1998 citados en Remor, Arranz & Ulla, 2013) desarrollaron un programa educativo de intervención psicológico en pacientes en diálisis que entiende al individuo dentro de un marco biopsicosocial. Los objetivos del programa son aumentar en el paciente el conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico con un cambio de actitud frente a la enfermedad y un cambio de conducta. Consta de dos partes, la fase informativa- educativa, en donde se abordan aspectos físicos y psicológicos por los que pasa el paciente en las etapas de la Insuficiencia Renal Crónica; y en segundo lugar la fase formativa – técnica, que hace referencia a ampliar el repertorio de habilidades físicas y psicológicas a través del tratamiento. Se pretende concienciar al personal médico de lo importante que es trabajar en un proyecto interdisciplinar: atención médica, soporte psicológico, asistencia social, actividades deportivas y de ocio. Y se ofrece un espacio de contención, promover la capacidad de los enfermos de pedir ayuda.

Para ello proponen dos pasos, la Atención individual en donde se realiza seguimiento a los pacientes y valoración diagnóstica para una posible orientación e intervención y la atención grupal que consiste en incluir a los pacientes en un grupo con el fin de ofrecer al paciente un espacio para compartir problemas, dificultades y progresos con otras personas que están en la misma situación.

La intervención con grupos de personas que comparten una situación problemática común es el mejor ejemplo para validar las teorías del apoyo social, es decir, el trabajo con grupos de ayuda mutua o autoayuda.

Haciendo una recopilación de varios autores sobre las funciones que cumplen los grupos de ayuda, se reconocen particularmente tres de ellas, el apoyo emocional que permite que el paciente perciba sentimientos de ser amado, de confiar en los demás y contar con una disponibilidad de los demás para poder entablar conversaciones, no obstante la expresión de las emociones y verbalización de ellas no reduce la ansiedad, pero ayuda a distanciarse del problema y reestructurar el significado de la situación. El apoyo tangible, que consiste en la prestación de ayuda directa, proporcionando bienestar debido a que disminuye sobrecargas y deja tiempo para otras actividades necesarias en la

vida de una persona; por último, el apoyo informativo, que busca mediante grupos de ayuda proporcionar información y promover el interés de la búsqueda de información sobre la enfermedad que padecen (López y Alonso (1998), citados en Remor, Arranz & Ulla, 2013)

Dentro de las estrategias utilizadas desde un enfoque cognitivo conductual se encuentran investigaciones como la de Riveros, Cortazar, Alcázar y Sánchez-Sosa (2005), quienes realizaron un estudio de tipo cuasi experimental con el objetivo de examinar el efecto de una intervención cognitivo conductual en la mejora de pacientes crónicos.

En este estudio participaron 51 pacientes de una Unidad de Medicina Familiar 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Hospital General de la Ciudad de Mexico, este grupo estaba constituido por 17 pacientes con diagnóstico de hipertensión, 27 con diabetes y 7 comorbidos con hipertensión y diabetes

Se utilizaron como instrumentos, el Inventario de Calidad de Vida y Salud (Riveros, Sanchez-Sosa y Groves, 2004) diseñado para pacientes crónicos, el inventario de ansiedad y depresión de Beck en las versiones adaptadas y validadas para Mexico. (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998; Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001), la Escala de Afrontamiento de Moos, Forma B (Moos, Cronkite, Billings y Finney, 1986) y un sistema de autorregistro diario de adherencia terapéutica y bienestar (Cortazar-Palapa, Riveros y Sánchez-Sosa, 2004) compuesto por variables relevantes para el paciente como las áreas de bienestar afectadas por el proceso de la enfermedad.

Luego de realizar una valoración inicial sobre la adhesión terapéutica y calidad de vida, a cada participante se le aplicó el protocolo de adhesión terapéutica Pasos Vitales (Safren, Otto y Worth, 1999 adaptado por Sánchez-Sosa y Riveros, 2002) y una intervención psicoeducativa orientada a mejorar la calidad de vida, tomando principios de la psicoterapia cognitivo-conductual con procedimientos que incluyeron detección de cambios de ánimo durante la sesión, registro de cogniciones disfuncionales, modificación de creencias distorsionadas, programación y entrenamiento en actividades instrumentales, y asignación y seguimiento de tareas. Este proceso se realizó durante 16 sesiones.

En general, los resultados obtenidos, señalaron que la intervención aplicada fue eficaz para mejorar el estado de las variables abordadas, además, de influir en la mejoría de variables fisiológicas de los pacientes, en donde en el caso de los diabéticos se observó una mejoría en los índices de glucosa y ajuste a la dieta y a la adhesión a los medicamentos, estos beneficios se pueden atribuir a la combinación de reducción de conductas de riesgo como toma de alimentos azucarados, y del aumento e practica de conductas apropiadas, como la práctica de ejercicio

En cuanto a los índices de ansiedad, los cambios más importantes se dieron en aquellos participantes que caían en la clasificación de ansiedad grave y en las escalas de depresión se observó también que los pacientes con índices más altos en medición inicial fueron los que mostraron mayores beneficios. Indicando que el diagnostico de una enfermedad renal genera estrés y emociones como ira y tristeza que pueden dar paso a depresión y ansiedad (Riveros, Cortázar, Alcázar & Sánchez-Sosa, 2005).

Autores como Vázquez-Mata, Vital-Flores, Bravo-González, Jurado-Cárdenas y Erazo (2009), han estudiado las emociones y el sistema nervioso a través de la variabilidad de la frecuencia cardiaca, con el objetivo de evaluar la utilidad de un programa de relajación y retroalimentación biológica a través del comportamiento de variables fisiológicas en pacientes con enfermedad renal crónica que se encontraban en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis para disminuir la ansiedad y estrés facilitando la adaptación del paciente y el manejo del malestar emocional. Para este estudio se tomo una muestra de 8 pacientes del hospital Juárez de México diagnosticados con enfermedad renal crónica que se encontraban en hemodiálisis. El entrenamiento en relajación se ha combinado con la retroalimentación biológica (RAB) que es el proceso en el cual se registran eventos fisiológicos que el paciente tiene desconocimiento de su magnitud o frecuencia haciéndolos observables de tal manera en que se retroalimenta sobre los cambios de respuesta fisiológica de interés.

Los instrumentos que se utilizaron fueron el tensiómetro integrado en la maquina de hemodiálisis que monitorea continuamente la presión arterial y la frecuencia cardiaca, se utilizo además una grabación que contenía las instrucciones de la técnica de relajación por respiración profunda y relajación muscular progresiva y se utilizo la pantalla de la maquina de hemodiálisis para ofrecer de manera visual los valores de la presión arterial

y frecuencia cardiaca para realizar la retroalimentación biológica. Como instrumentos de evaluación psicológica se utilizó el inventario de ansiedad rasgo-estado desarrollado por Spilberger y Díaz-Guerrero (1975), conformada por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones de la ansiedad, ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. La escala visual análoga de Estrés donde el paciente ubica su nivel de estrés actual en una escala de 0 a 10.

En primer lugar se le explicó a cada paciente el objetivo del estudio y se firmaron los consentimientos informados. Se le pedía a los pacientes que contestaran los instrumentos y se tomaba el registro de línea base para determinar las medidas iniciales de presión arterial y frecuencia cardiaca registrado por las enfermeras. Las 6 primeras se enfocaron en entrenar al paciente en la técnica de relajación utilizando el audio y la pantalla para ofrecer retroalimentación sobre las variaciones fisiológicas y las dos últimas sesiones el paciente realizaba la técnica sin apoyo del audio.

Con los resultados de este estudio se pudo observar que siete de los ocho participantes lograron cambios de presión arterial y frecuencia cardiaca. En cuanto a los resultados del programa de intervención se observan diferencias estadísticamente significativas en las mediciones pre – post en las escalas de ansiedad y estrés, mostrando que el programa disminuyó la sintomatología reportada por los pacientes al inicio del tratamiento (Vázquez-Mata, Vital-Flores, Bravo-González, Jurado-Cárdenas & Erazo, 2009)

Por su parte Santillán (2010), resalta la relación del estado de ánimo y el conocimiento sobre la enfermedad. Basándose en una metodología cuasiexperimental de diseño transversal, tiene en cuenta la Medicina Conductual en un hospital de México. Los participantes tenían un rango de edad entre los 17 y 65 años, con poco conocimiento de su enfermedad, bajos recursos económicos y la solicitud de un cambio radical en su vida. Teniendo como objetivo el diseñar un programa de intervención cognitivo conductual para pacientes en diálisis con sintomatología depresiva, ansiedad, conocimientos sobre la enfermedad, empleó como instrumentos consentimientos informados, encuesta sociodemográfica, recordatorios de higiene, manual de intervención educativa, láminas ilustrativas de la pirámide nutricional u de los riñones y diversos autoregistros. Así mismo para evaluar la muestra de participantes, empleó el

protocolo para evaluar candidatos en el programa de diálisis propuesto por Aguirre (2002), que incluye hoja de datos personales y cuestionario breve de estilos de vida específicos para el paciente y para el cuidador; la escala de conocimiento sobre insuficiencia renal adaptada de la prueba de conocimiento sobre insuficiencia renal de la Fundación Nacional del Riñón de Estados Unidos (2013); el inventario de depresión de Beck versión 2011, inventario de Ansiedad de Beck versión 2011 y pruebas de Laboratorio (Santillán, 2010).

La intervención se realizó durante siete sesiones que se dividieron en dos fases, la primera fase de prediálisis se intervino al paciente y a la familia con el fin de determinar si contaba con las condiciones necesarias de higiene para el proceso de diálisis y una red de apoyo social fortalecida, durante las sesiones también se les proporcionó información sobre la enfermedad renal. En la segunda fase se evaluaron los niveles de ansiedad, de sintomatología depresiva, conocimiento de la enfermedad renal y pruebas de laboratorio. Se prosiguió a trabajar con el manual para pacientes renales constituido por el funcionamiento de los riñones, dieta para el paciente renal, limpieza e higiene, toma de medicamentos, y técnicas cognitivo conductuales para el manejo de la ansiedad y la sintomatología depresiva. Aplicando por último nuevamente los instrumentos de evaluación.

Los resultados obtenidos mostraron cambios en el nivel de conocimiento de la enfermedad renal en los pacientes de manera positiva. Los decrementos de los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva fueron significativos. Durante el entrenamiento los pacientes mostraron interés manteniendo el esfuerzo por estar atentos y cooperar con los procedimientos. Teniendo en cuenta que los participantes contaban con una educación básica y elevaron sus puntajes, se puede concluir que el entrenamiento y los materiales facilitaron la comprensión de los sujetos. En relación con la evaluación de los cambios en la dieta se concluye que es útil seguir utilizando la terapia cognitivo conductual como facilitadora de la adhesión al tratamiento de los pacientes renales (Santillán, 2010).

Adicional, estos autores han utilizado técnicas de modificación de la conducta con pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis aplicándoles una serie de técnicas como el refuerzo social y el ejercicio físico. Los sujetos recibieron sesiones de treinta minutos, las cuatro primeras enfocadas en la movilización pidiéndoles que

dieran paseos por la casa, por los alrededores y se ocuparan de tareas domesticas como cocinar, regar las plantas, etc. El psicólogo reforzaba con aprobación cualquier el cumplimiento de las actividades y las iniciativas del paciente por realizarlas. Las dos sesiones restantes se dedicaron a aumentar la probabilidad de relacionarse socialmente para ello se les pidió que salieran solos o acompañados a realizar compras, a visitar a sus familiares y vecinos.

Los resultados mostraron que la intervención psicológica de refuerzo positivo, fue eficaz para disminuir los síntomas depresivos en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis (Santillán, 2010).

De otro lado se ha utilizado también técnicas de autocontrol, donde el paciente registra la ingesta de líquidos y el aumento de peso entre las sesiones de diálisis. Como mencionan Fernández y Carrobes (citados por Borda, Pérez & Blanco, 2000), la observación y registro de la propia conducta anticipan las posibles consecuencias aversivas de su hiperingesta de agua. Así, con esta técnica se le enseña a los pacientes a conocer principios por los cuales se determina su conducta de beber para que logre modificarla por si mismo. Las estrategias de autocontrol que se recomiendan son: el contrato de contingencias, autorrefuerzo positivo, sensibilización encubierta y coste de respuesta autoadministrado.

En términos generales, los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica, se ven expuestos a varios cambios a nivel psicológico, físico y social que afectan sus estilos y calidad de vida que se relaciona con la autonomía, independencia y posibilidad de volver a realizar sus actividades cotidianas, generando en el individuo diferentes tipos de respuesta ante la situación. Cada comportamiento que se ejecuta, tiene una función, bien sea demandar atención, obtener algo agradable, evitar o escapar de situaciones que se valoren como desagradables, y generar un reforzamiento sensorial. No obstante, como se mencionó anteriormente, no existen estudios que identifiquen las funciones comportamentales de las personas con enfermedades crónicas.

A nivel psicológico la calidad de vida del paciente se ve afectada por la ansiedad y la depresión ya que la intensidad de las reacciones emocionales es diferente en cada paciente dependiendo la capacidad de adaptación y control que maneje, y se relaciona con las habilidades individuales a la habituación del tratamiento correspondiente a su

diagnóstico. La adhesión al tratamiento depende de varios aspectos como lo son, la información sobre la enfermedad, las estrategias de afrontamiento que manejen los pacientes, la red de apoyo con la que cuente, aspectos sociodemográficos, y la disposición y la relación que manejen los pacientes con el personal médico que los atiende (Fernández y Carrobes, citados por Borda, Pérez & Blanco, 2000).

## **4. Metodología**

### **4.1 Tipo de Investigación**

El presente estudio es corte descriptivo - exploratorio, en donde se pretende identificar las condiciones iniciales de presentación de una variable o un conjunto de variables, una comunidad, un evento o una situación en un momento específico y aplica para problemas de investigación nuevos o que han sido poco estudiados. De igual manera este tipo de estudios se establece como el preámbulo de futuras investigaciones en torno al tema de interés (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

A partir de este estudio se describirán los hallazgos obtenidos a través del uso de los instrumentos, dando cumplimiento a los objetivos de la investigación. Para el presente estudio se encontró información relevante en torno a desarrollos teóricos e investigaciones relacionados con funciones de conducta y estrategias de afrontamiento, pero no se encuentra información suficiente en torno a cómo estas variables se relacionan en el proceso de adhesión al tratamiento en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica. Cabe resaltar que en Colombia hay reporte informal de estudios sobre las temáticas, pero su número es reducido y no se evidenciaron estudios realizados en Bogotá de carácter científico.

### **4.2 Participantes**

Con una confiabilidad del 95% y un error de muestreo del 10% o error en la selección de la muestra está debe estar compuesta por 54 casos (Lwanga et al, 1991), siendo 210 los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis

Los participantes del presente estudio fueron seleccionados a través de un muestreo intencional o por conveniencia, en el que se eligen los individuos que se estiman son representativos o típicos de la población (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

La muestra quedó conformada 54 pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica, que asisten a la unidad renal del Centro Policlínico del Olaya. El criterio de inclusión para el estudio fue que se encontrara en tratamiento de hemodiálisis, la muestra conto con 25 mujeres y 29 hombres. En relación a datos sociodemográficos 11 participantes se encuentran en estado civil soltero, 18 casados, 15 en unión libre, 4 viudos, y 6 separados. La muestra también conto con participantes de edades promedio de 27 a 75 años.

### 4.3 Instrumentos

Para la realización de este estudio se utilizaron dos instrumentos

Consentimiento informado: Formato en el que se describen los objetivos del presente estudio y se solicita la autorización y colaboración al participante, y las condiciones de confidencialidad en el tratamiento de los datos que se obtengan de los instrumentos que se aplicaran. Se solicita nombre completo del participante, edad, estado civil, número de hijos, tiempo de tratamiento y turno de hemodiálisis.

Análisis funcional (Servera, 2014) el formato de análisis funcional de la permite describir la conducta problema. Luego se identifican los factores asociados a los ambientes que incrementan la probabilidad de aparición de la conducta problema (antecedentes), pero que no la causan directamente. En tercer lugar se describe la manera en que el sujeto responde ante dicho antecedente y se determina la función de la conducta, para ello se tiene que identificar las consecuencias o resultados que pueden estar manteniendo la conducta.

Escala de estrategias de Coping Modificada adaptada para población colombiana (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre-Acevedo, 2006): constituida por 98 ítems que evalúan factores que representan la manera en que los colombianos emplean el conjunto de estrategias y esfuerzos cognitivo y comportamentales orientados en resolver un problema reducir o eliminar las respuestas emocionales y modificar la evaluación inicial de la situación a la que se enfrenta. Los componentes de la escala son la búsqueda de alternativa (ítems 1, 15, 29, 43, 57, 71, 85), el conformismo (ítems 2, 16, 30, 44, 58, 72, 86), el control emocional (ítems 3, 17, 31, 45, 59, 73, 87), la evitación emocional (ítems 4, 18, 32, 46, 60, 74, 88), la evitación comportamental, siendo la estrategia que elimina o evita las emociones generadas por la situación de estrés (ítems 5, 19, 33, 47, 61, 75, 89), la evitación cognitiva (ítems 6, 20, 34, 48, 62, 76, 90), reacción agresiva (ítems 7, 21, 35, 49, 63, 77, 91), expresión emocional abierta (ítems 8, 22, 36, 50, 64, 78, 92), reevaluación positiva (ítems 9, 23, 37, 51, 65, 79, 93), búsqueda de apoyo social (ítems, 10, 24, 38, 52, 66, 80, 94), búsqueda de apoyo profesional (ítems 11, 25, 39, 53, 67, 81, 95), religión (ítems 12, 26, 40, 54, 68, 82, 96), refrenar el afrontamiento (ítems 13, 27, 41, 55, 69, 83, 97) y espera (ítems 14, 28, 42, 56, 70, 84,

92). La opción de respuesta es tipo Likert, en un rango de 1 a 6 (siendo 1 nunca y 6 siempre).

#### **4.4 Procedimiento**

1. Elección de los instrumentos: Para este estudio se eligieron dos instrumentos que se utilizan para identificar las funciones comportamentales (análisis funcional de la conducta) y las estrategias de afrontamiento (La Escala de estrategias de Coping Modificada adaptada para población colombiana (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre-Acevedo, 2006).
2. Selección de la muestra: se seleccionaron los participantes a través de un muestreo intencional el cual fue descrito en el apartado de participantes. Se contó con la colaboración de la psicóloga del servicio de Unidad Renal en la selección de los 54 pacientes distribuidos en los diferentes turnos de hemodiálisis con base en los criterios de inclusión anteriormente descritos.
3. Aplicación de los instrumentos: esta fase se realizó durante dos semanas con el fin de lograr la participación de los pacientes de diferentes turnos de hemodiálisis. En primer lugar se le explicó a cada participante el objetivo del estudio, se procedió a firmar el consentimiento informado y se aplicaron los instrumentos. Cada aplicación duro un promedio de 30 minutos por paciente.
4. Procesamiento de los datos: los datos obtenidos se procesaron a través del programa estadístico SPSS versión 19 y se realizaron los análisis estadísticos pertinentes para el tipo de estudio.
5. Análisis de los resultados y formulación de conclusiones: se realizó un análisis de los resultados obtenidos donde se describen los resultados de los dos instrumentos utilizados para determinar cómo se presentan las funciones comportamentales y las estrategias de afrontamiento y la adhesión al tratamiento de cada participante. Luego de esto se realizó la discusión y las conclusiones de la investigación realizada dando oportunidad al desarrollo de futuras investigaciones.

#### 4.5 Variables de estudio

A continuación se definen las categorías de análisis del presente estudio, siendo estas las funciones comportamentales, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento.

Funciones comportamentales: Según el Centro de Documentación y Estudios SIIS (2011), considera que las conductas tienen una función concreta y persiguen un objetivo específico, es decir, tienen una utilidad para quien las ejerce, ya sea para obtener algo, o evitar y escapar de una situación. Cuando la utilidad es para obtener algo, estas funciones se clasifican en dos, la función atencional donde el sujeto realiza determinada conducta con el fin de conseguir algún tipo de atención, y la función de acceso a tangible, que hace referencia a las conductas que se emiten para conseguir algo deseado o participar en actividades que resulten agradables para el sujeto. De otro lado se encuentra el reforzamiento sensorial que son aquellas conductas que se realizan para obtener estimulación fisiológica. En segundo lugar cuando el objetivo es huir o escapar se denomina evitación y escape, allí la persona ejerce una conducta para conseguir que finalice una determinada situación o conseguir un descanso de algo que le resulte aversivo.

Estrategias de afrontamiento: Hace referencia al repertorio cognitivo y conductual que realiza un individuo para manejar demandas externas o internas que son evaluadas como algo que excede los recursos del individuo, (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre, 2006). Para este estudio se toman en cuenta las estrategias mencionadas por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre (2006) en donde se clasifican en 12 factores:

Factor 1. Solución de problemas (SP): se basa en las acciones específicas que conllevan a la solución de un problema. Llevándose a cabo en el momento adecuado para analizarlo e intervenir. En este sentido, resolver un problema, es una recreación analítica y racional se usa para que la situación sea modificada y se dé una solución al problema.

Factor 2. Búsqueda de Apoyo social (BAS): se refiere al apoyo que el afectado recibe por parte de sus familiares o amigos. Para esta estrategia es necesario que el individuo posea una disposición apta para recibir dicho apoyo así como integrarse a una estructura social que facilite su estado de ánimo. Cuando la persona siente estrés, una manera de

afrontarlo y reducirlo es confrontando el mismo estresor que puede incrementar su propia autoestima afecto y desarrollo personal.

Factor 3. Espera (ESP): considera que las soluciones se van a realizar a partir de un tiempo de espera. En donde las situaciones se resolverán positiva o negativamente dependiendo del lapso de tiempo que se considere oportuno.

Factor 4. Religión (REL): está definida como la creencia que se tiene a un dios como parte estratégica para dar solución a un conflicto.

Factor 5. Evitación emocional (EE): hace referencia a las emociones que el individuo oculta o inhibe para evitar reacciones negativas o una desaprobación social.

Factor 6. Búsqueda de Apoyo profesional (BAP): Esta estrategia se constituye por el empleo de recursos sociales para que el afectado pueda tener mucha más información y pueda capacitarse de la mejor forma para poder sobrellevar cada problema generado por la enfermedad.

Factor 7. Reacción agresiva (RA): se refiere a los impulsos y la emoción que conlleva a la ira hacia sí mismo, hacia algún objeto o hacia los demás para disminuir la carga emocional que se presenta en dicho momento. En literatura se puede apreciar diversas estrategias en cuanto al trastorno emocional, entre ellas está la evitación, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción.

Factor 8. Evitación cognitiva (EC): Dentro de este factor se le da importancia a la actividad. Por medio de esta se puede evitar pensamientos negativos o perturbadores, se tiene al individuo ocupado para que así pueda olvidar diversos sentimientos y la situación problema como tal. Las tres opciones más utilizadas son: desconexión mental, distanciamiento y negación. Hablan respectivamente de aquellas actividades que se usan para no pensar en el conflicto. Por medio del distanciamiento se suprime todas las emociones. Y la negación no permite que la persona acepte la presencia del problema

Factor 9. Reevaluación positiva (RP): Es una prueba que incrementa la capacidad de generar pensamientos positivos en donde se da una aceptación al conflicto para favorecer la solución al problema. Asimismo se modifica la manera de vivir de la persona sin cambiar la realidad.

Factor 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA): Las emociones pasan a tener un papel importante en esta estrategia. Ya que por medio de ellas se puede afrontar

de mejor manera el problema y dar una solución oportuna. Esta idea es una desesperanza frente al control de las emociones.

Factor 11. Negación (NEG): hace referencia a la falta de aceptación del problema. De esta manera se busca actuar como si el conflicto no existiera y por tal razón se aleja de dichas situaciones temporalmente para que el estado de ánimo de la persona no se vea afectado de alguna manera.

Factor 12. Autonomía (AUT): hace referencia a la manera en que el individuo responde ante el problema de forma independiente las soluciones sin buscar apoyo de familiares, amigos o profesionales.

Adhesión al tratamiento: Hace referencia al compromiso y colaboración activa por parte del paciente en cuanto a producir el resultado preventivo o terapéutico adecuado. En el contexto de la salud, se asocia a las habilidades para mantener comportamientos de cuidado, involucrando toma de medicamentos, seguimiento a indicaciones médicas y mantener hábitos de salud apropiados (Guerra, Díaz & Vidal, 2010).

Para esta investigación se tomaron en cuenta los criterios de adhesión propuestos por la unidad renal del Centro Policlínico del Olaya donde se llevó a cabo el estudio, nivel de potasio, calcio, albumina y fosforo, asistencia a hemodiálisis, apoyo familiar, enfermedades asociadas y toma de medicamentos. Allí se clasifican los pacientes por nivel de riesgo de la siguiente manera:

Alto paliativo: el paciente tiene mal pronóstico presenta inestabilidad con desgaste sistémico e incumple con más de 5 criterios de adhesión.

Alto: se encuentran los pacientes que incumplen con 4 criterios de adhesión.

Medio: incumplimiento de 2 a 3 criterios de adhesión.

Bajo: cumple con todos los criterios de adhesión.

### 5. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos para evaluar las categorías de análisis:

Tabla 1.

*Características sociodemográficas*

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Género			Edad		
Masculino	29	53.7	Adulto joven	13	24.1
Femenino	25	46.3	Adulto intermedio	38	70.4
			Adulto mayor	3	5.6
Estado civil			Turno de hemodiálisis		
	<b>f</b>	<b>%</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
Soltero	11	20.4	Mañana L-Mi-V	16	29.6
Casado	18	33.3	Tarde L-Mi-V	10	18.5
Unión libre	16	29.6	Mañana M-J-S	10	18.5
Divorciado	6	11.1	Tarde M-J-S	10	18.5
Viudo	3	5.6	Noche M-J-S	8	14.8
Hijos					
	<b>f</b>	<b>%</b>			
SI	44	81.5			
NO	10	18.5			

En el presente estudio participaron 54 pacientes, 29 hombres y 25 mujeres con edades comprendidas entre 27 y 75 años, 38 adultos intermedio, 13 adultos jóvenes y 3 adultos mayores. Respecto al estado civil, 18 participantes eran casados, 16 en unión libre, 11 solteros, 6 divorciados y 3 viudos. De los 54 participantes, 44 tienen hijos. Finalmente, los 54 pacientes hacían parte de 5 turnos diferentes, 16 de ellos se encontraban en el turno mañana L-Mi-V, 10 en el de L-Mi-V, 10 en mañana M-J-S y 8 en la noche M-J-S.

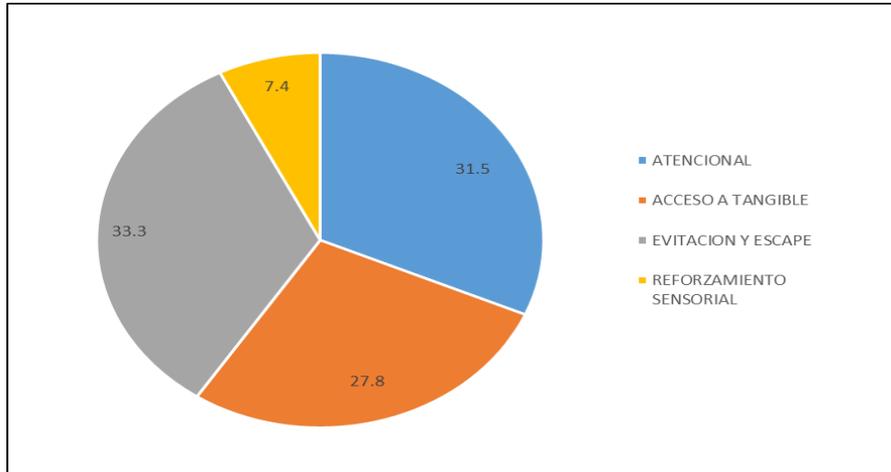


Figura 1. Funciones comportamentales: La figura hace referencia al resultado obtenido del análisis funcional de la conducta. De acuerdo a la figura se observa que la función de mayor prevalencia en los participantes es la de evitación y escape con un total del 33.3%, seguida de la función atencional con un porcentaje de 31.5%, de otro lado el 27.8% utilizan como función conductual el acceso a tangible y el 7.4% de los participantes tiene como función primordial el reforzamiento sensorial.

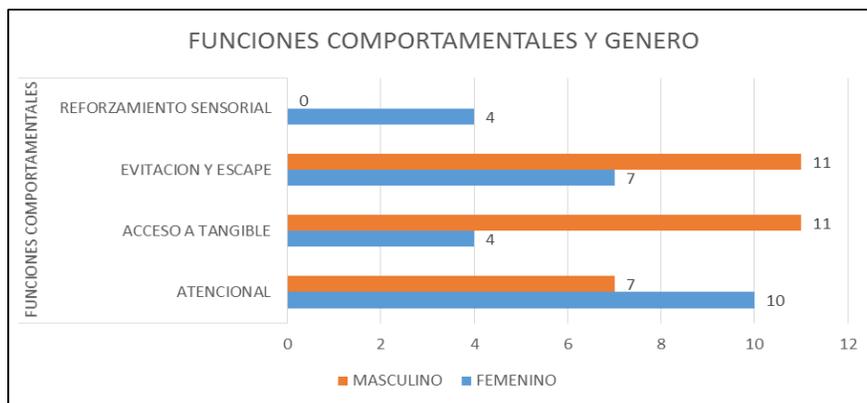


Figura 2. Funciones comportamentales y género: en la figura se puede observar que la mayoría de mujeres utiliza como función comportamental la atencional. En cuanto al género masculino se evidencia que con un resultado de igual cantidad de individuos, la mayoría de estos participantes utilizan las funciones de acceso a tangible y evitación y escape. De otro lado se observa que ninguno de los participantes de género masculino utiliza la función de reforzamiento sensorial y en cuanto al género femenino, esta función es empleada por 4 participantes.

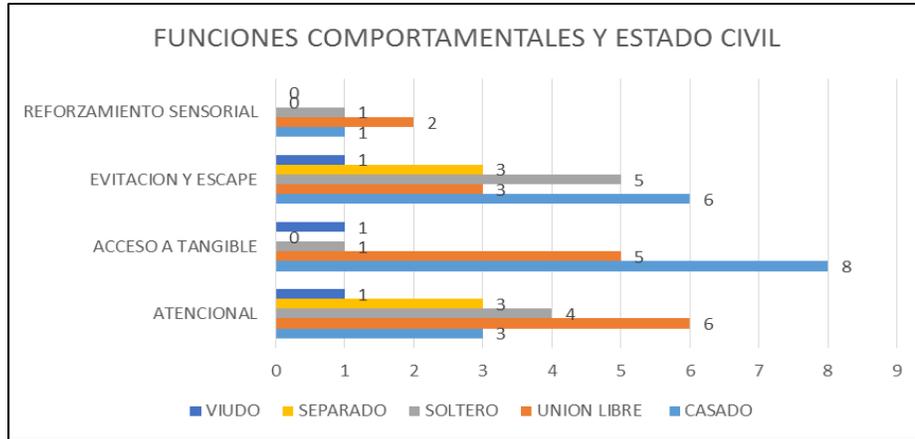


Figura 3. Funciones comportamentales y estado civil: De acuerdo a la figura se observa que la mayoría de los participantes casados utilizan la función de acceso a tangible, seguida de la función de evitación y escape con 6 individuos. En cuanto a los participantes en unión libre se encuentra prevalencia en la función atencional, mientras que la mayoría de los solteros ejercen su conducta en función de evitación y escape. De otro lado los participantes solteros utilizan 3 individuos la función atencional y 3 individuos la de evitación y escape. Finalmente los participantes viudos se distribuyen entre la función de evitación y escape, la de acceso a tangible y la atencional.

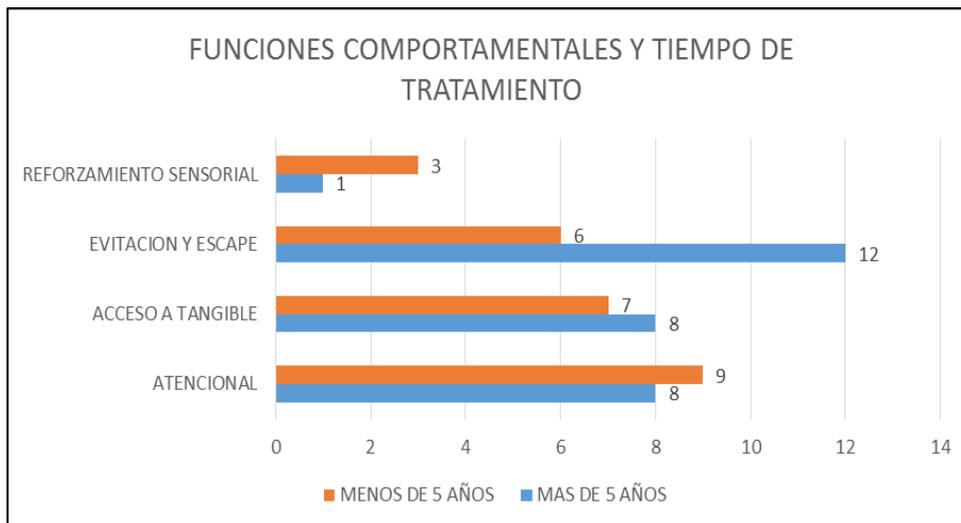


Figura 4. Funciones comportamentales y tiempo de tratamiento: lo que se logra evidenciar en la figura es que 12 de los participantes que se encuentran en tratamiento más de 5 años, se comportan en función de evitar y escapar y solo 1 participante en tratamiento menor a 5 años utiliza el reforzamiento sensorial.

Mientras que la función atencional es la que mayor número de participantes en tiempo de tratamiento de menos de 5 años utilizan, siendo 9 de 25. No obstante se puede observar que no es una diferencia considerable ya que 7 de ellos utilizan la función de acceso tangible, 6 la evitación y escape y 3 el reforzamiento sensorial.

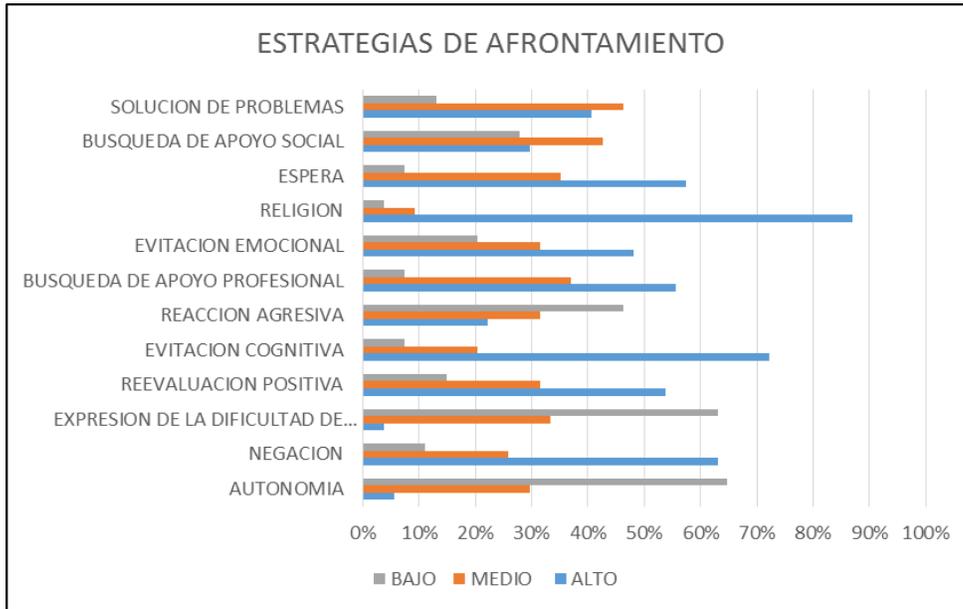


Figura 5. Resultados de estrategias de afrontamiento: en la figura se observa que las estrategias de afrontamiento significativas en cuanto a las más utilizadas por los pacientes pero no principales, son en primer lugar la religión con un 87% de la muestra, seguida de la evitación cognitiva con 72%, en tercer lugar la negación con un 63%, en cuarto lugar la espera con 57% y en quinto lugar la reevaluación positiva con el 54% de la muestra.

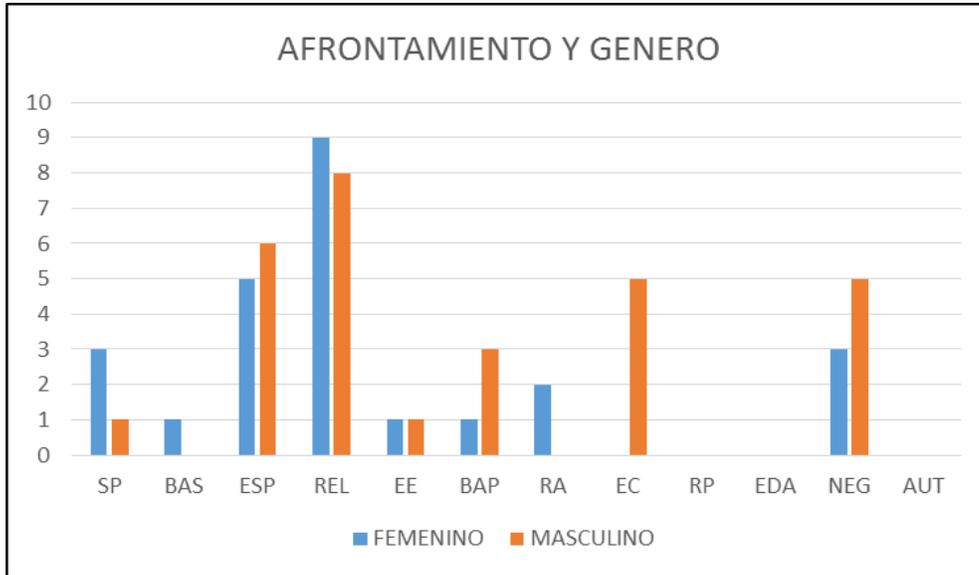


Figura 6. Estrategias de afrontamiento y genero: en la figura se evidencia que tanto las mujeres como los hombres utilizan como principal estrategia de afrontamiento la religion. De otro lado se puede observar que la estrategia de reaccion agresiva es utilizada solamente por 2 participantes que son del genero femenino, mientras que la evitacion cognitiva la utilizan 5 participantes, todos de genero masculino. De otro lado la figura muestra que los factores que no son utilizados como principal estrategia de afrontamiento por los participantes es la reevaluacion positiva, la expresion de la dificultad del problema y la autonomia.

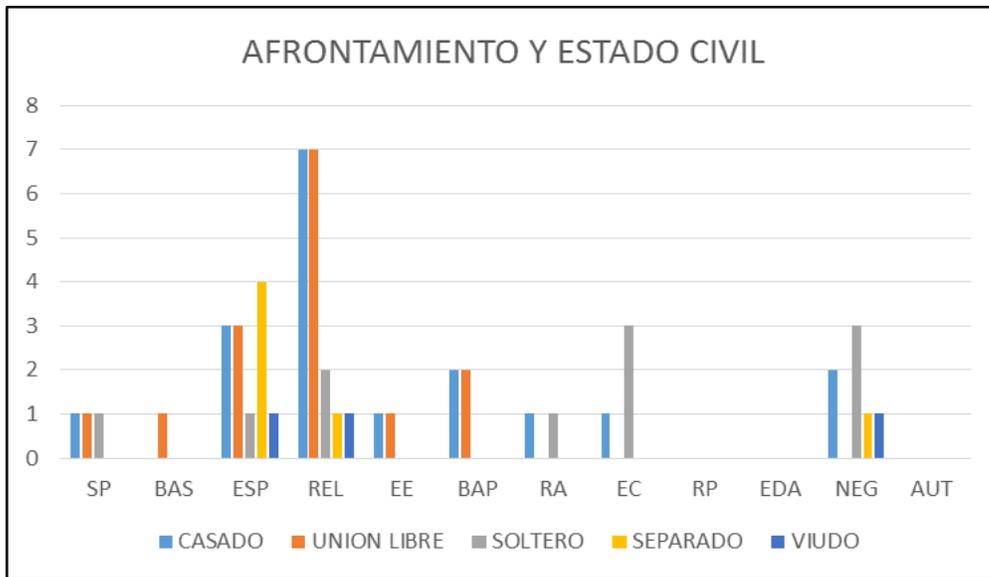


Figura 7. Estrategias de afrontamiento y estado civil: se observa que los participantes casados utilizan como principal estrategia de afrontamiento la religion con un total de 7 participantes al igual que los de union libre con el mismo numero de individuos. En cuanto a los solteros, la evitacion cognitiva y la negacion son las estrategias que utilizan, cada una con 3 participantes. La espera es la principal estrategia que utilizan los separados y los participantes viudos, los tres afrontan de diferente manera, utilizando la religion la espera y la negación.

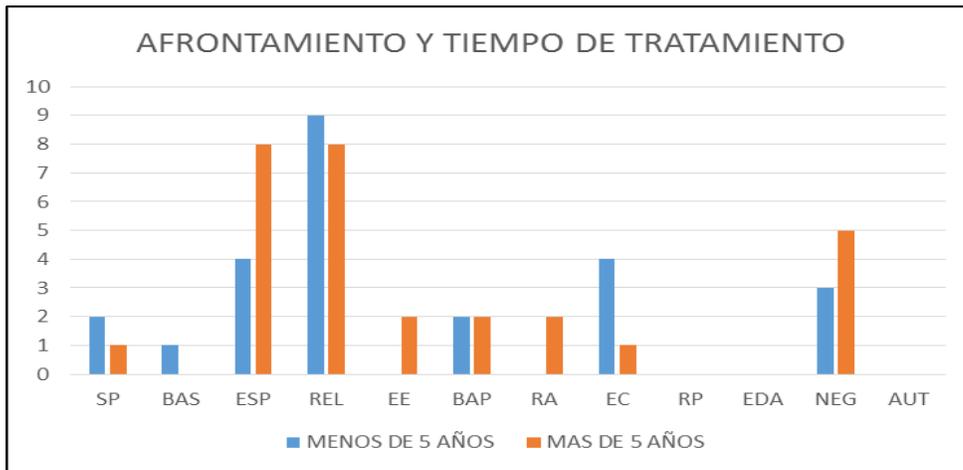


Figura 8. Estrategias de afrontamiento y tiempo de tratamiento: la figura hace referencia a las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes según el tiempo de tratamiento que llevan. Se observa que no existe una diferencia significativa debido a que de los 17 participantes que utilizan la religion como estrategia de afrontamiento principal, 9 llevan menos de 5 años en tratamiento y 8 llevan mas de 5 años. Se observa además, que la espera es mas utilizada por participantes con mayor tiempo de tratamiento, con 8 individuos, ya que solo 4 individuos en menor tiempo de tratamiento la utilizan.

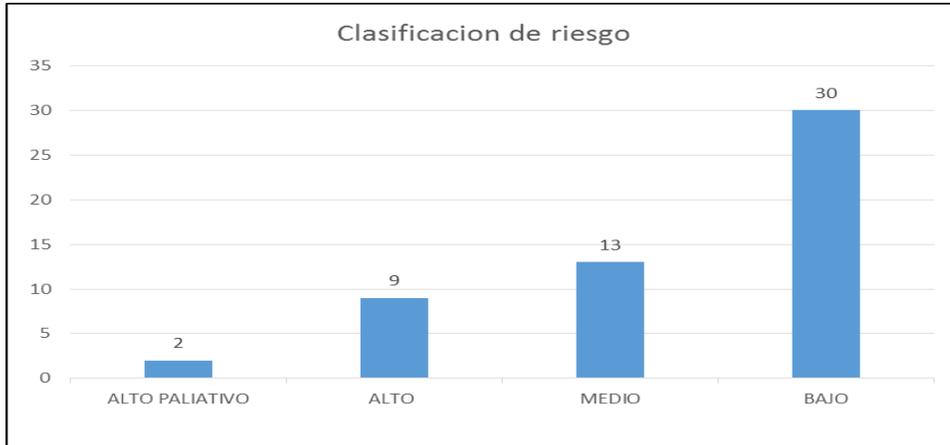


Figura 9. Clasificación de riesgo: en la figura se observa que 30 de los participantes cumple con los criterios de adhesión encontrándose en un grado de riesgo bajo. Por otra 13 participantes presentan un grado de riesgo medio incumpliendo de 2 a 3 criterios, mientras que 9 participantes incumple con más de 4 criterios, sienten su riesgo alto y solo 2 sujetos tienen mal pronóstico debido al incumplimiento de todos los criterios de adhesión.

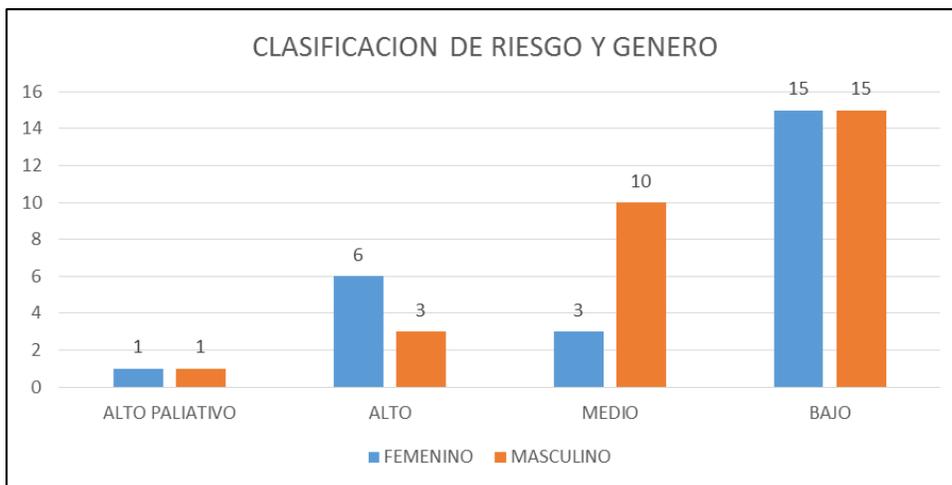


Figura 10. Clasificación de riesgo y género: en la figura se observa que 15 participantes de género masculino se encuentran en un nivel bajo de riesgo al igual que 15 del género femenino lo que significa que en términos generales que la mayoría de los participantes cumplen con los criterios de adhesión propuestos por la institución. Se evidencia que en el nivel medio de clasificación y riesgo, se encuentran más mujeres con un total de 10 y una minoría de hombres con una cantidad de 3. Solamente un participante de género masculino y 1 de género femenino se encuentran en nivel alto paliativo.

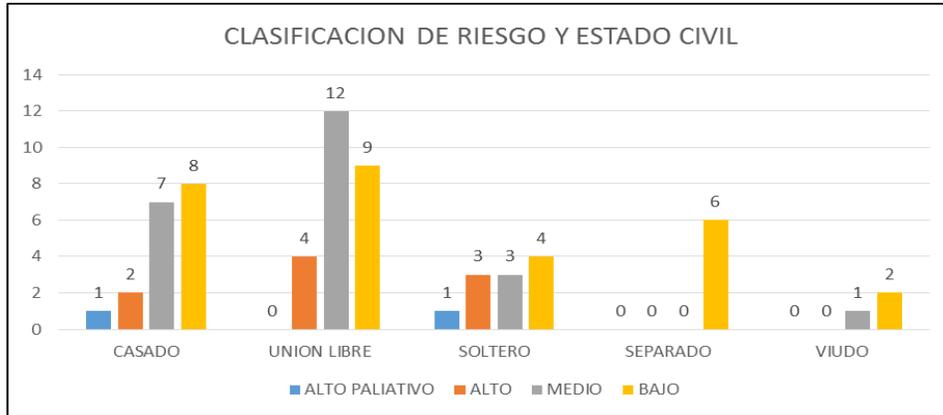


Figura 11. Clasificación de riesgo y estado civil: en la figura se observa que la mayoría de los participantes que se encuentran en cada nivel de riesgo, son los de unión libre a excepción del alto paliativo, ya que ninguno de ellos se encuentra allí, 12 de ellos quienes son la mayoría se encuentran en nivel medio, seguidos de 9 en nivel bajo y 4 en nivel alto. De otro lado se evidencia que los participantes separados se encuentra en nivel bajo de riesgo y en términos generales el nivel de riesgo que más prevalece es el bajo.

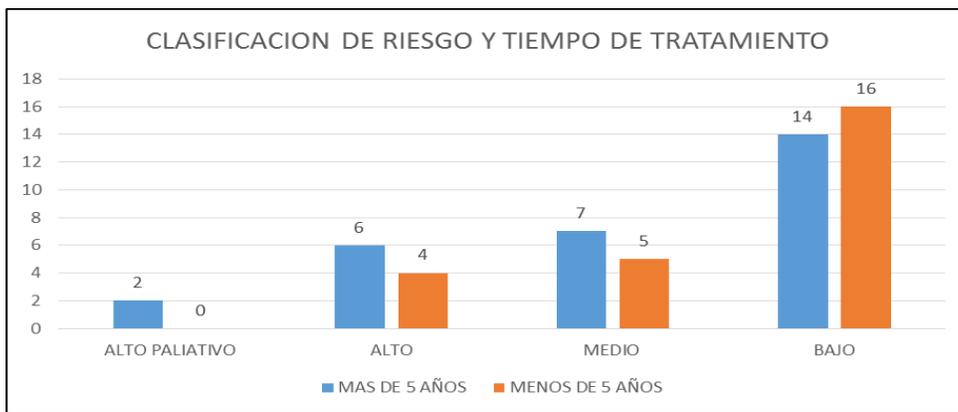


Figura 12. Clasificación de riesgo y tiempo de tratamiento: en la figura se observa que el nivel de riesgo que prevalece en los participantes que llevan menos de 5 años en tratamiento es el nivel bajo con un total de 16 individuos, al igual que los participantes con tiempo de tratamiento de 5 años en adelante, con un total de 14 individuos. Lo que quiere decir que la mayoría de ellos cumplen con los criterios de adhesión al tratamiento. Finalmente se observa que en el nivel de riesgo alto paliativo se encuentran solamente 2 participantes clasificados en un tiempo de tratamiento de más de 5 años.

Tabla 2.

*Relación funciones comportamentales, afrontamiento y clasificación de riesgo.*

Paciente	Función Comportamental	Estrategia de afrontamiento	Clasificación de riesgo
1	Atencional	EC	Bajo
2	Acceso a tangible	NEG	Medio
3	Atencional	REL	Bajo
4	Evitación y escape	REL	Alto
5	Atencional	BAP	Medio
6	Evitación y escape	EE-NEG	Alto paliativo
7	Atencional	REL	Bajo
8	Atencional	ESP-BAP	Bajo
9	Atencional	ESP-REL	Bajo
10	Atencional	SP-REL-BAP	Alto
11	Atencional	REL	Bajo
12	Acceso a tangible	ESP	Bajo
13	Atencional	BAP	Medio
14	Acceso a tangible	NEG	Medio
15	Evitación y escape	SP-ESP-EE	Alto
16	Acceso a tangible	ESP-REL	Bajo
17	Atencional	REL	Bajo
18	Acceso a tangible	REL	Bajo
19	Evitación y escape	NEG	Medio
20	Evitación y escape	NEG	Medio
21	Acceso a tangible	BAP	Bajo
22	Evitación y escape	ESP	Medio
23	Evitación y escape	REL-BAP-EC	Bajo
24	Acceso a tangible	SP-REL	Alto
25	Evitación y escape	NEG	Bajo
26	Acceso a tangible	ESP	Bajo
27	Acceso a tangible	EC	Bajo
28	Atencional	ESP-REL	Bajo
29	Evitación y escape	ESP	Medio
30	Evitación y escape	NEG	Medio
31	Atencional	RA	Alto paliativo
32	Evitación y escape	NEG	Bajo
33	Evitación y escape	REL	Alto
34	Reforzamiento sensorial	ESP-REL	Medio
35	Evitación y escape	EC	Bajo
36	Atencional	ESP	Bajo
37	Evitación y escape	ESP	Bajo
38	Acceso a tangible	RA	Bajo
39	Reforzamiento sensorial	EE	Bajo
40	Evitación y escape	REL	Bajo
41	Reforzamiento sensorial	REL	Bajo
42	Reforzamiento sensorial	BAS-REL	Bajo
43	Atencional	REL	Bajo
44	Atencional	REL	Bajo
45	Evitación y escape	REL	Medio
46	Atencional	REL	Alto
47	Atencional	NEG	Alto
48	Acceso a tangible	EC-NEG	Medio
49	Acceso a tangible	EC	Medio
50	Evitación y escape	ESP-EC	Bajo
51	Acceso a tangible	REL	Bajo
52	Evitación y escape	REL	Bajo
53	Acceso a tangible	BAP	Alto
54	Acceso a tangible	REL	Alto

Al identificar las funciones comportamentales, se observó que de los 54 participantes, 18 utiliza la función de evitación y escape, 17 la atencional, 15 la de acceso a tangible y 4 la de reforzamiento sensorial. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, 17 utilizan la religión, 12 la espera, 8 la negación, 5 la evitación cognitiva, 4 la búsqueda de apoyo profesional, 3 la solución de problemas, 2 la evitación emocional, 2 la reacción agresiva y solo 1 participante la búsqueda de apoyo social. Las estrategias que no fueron utilizadas por ningún paciente fueron la expresión de la dificultad del problema, la autonomía y la reevaluación positiva. Adicional a esto, se evidencio que 4 participantes emplean en igual medida dos estrategias de afrontamiento, la religión y la espera. Finalmente se evidencio que 30 del total de los participantes se encuentran en nivel bajo de riesgo, 13 en medio, 9 en alto y 2 en alto paliativo.

## 6. Análisis de Resultados

En los resultados encontrados se puede evidenciar que en cuanto a las funciones comportamentales, la más empleada por los participantes en relación a su diagnóstico y tratamiento con un 33.3% es la de evitación y escape, seguida de la función atencional con un 31.5%, acceso a tangible con 27.8% y función de reforzamiento sensorial con el 7.4% de la muestra, lo que indica que aunque la función que mayor porcentaje tiene es la de evitación y escape, la prevalencia de la función atencional y la de acceso a tangible se encuentra en un porcentaje próximo.

Se observó que la mayoría de mujeres se comportan con el fin de conseguir atención mientras que la mayoría de los hombres se comportan en función de conseguir objetos o alimentos como reforzador y también por escapar y huir de situaciones desagradables. Respecto a la relación entre estado civil y las funciones de conducta, no se encontró una diferencia significativa, dado que la totalidad de participantes se distribuyen de forma homogénea en las diferentes funciones de conducta independientemente de su estado civil, teniendo un máximo de diferencia de 3 individuos por función.

En cuanto al tiempo de tratamiento, se encontró que la mayoría de participantes que llevan menos de 5 años en tratamiento de hemodiálisis utilizan como función de conducta la atencional, a diferencia de los individuos con mayor tiempo en tratamiento quienes utilizan la evitación y el escape. Finalmente los resultados obtenidos permiten concluir que los participantes se comportan con el fin de huir y escapar de diversas situaciones asociadas a su enfermedad y tratamiento, comportamientos que siguen siendo reforzados y por tanto mantenidos a los largo del tiempo, debido a la utilidad percibida por parte de los pacientes.

En lo relacionado con estrategias de afrontamiento, se debe tener en cuenta que algunos de los participantes en la muestra puntuaron alto con base en los criterios del instrumento en más de una estrategia de afrontamiento. Se evidencia que la que tiene mayor prevalencia es la religión con un 87%, lo que indica que los participantes mediante las oraciones y la asistencia a centros religiosos buscan la solución del problema o tolerar las emociones negativas asociadas a la enfermedad y los efectos del tratamiento. Así mismo la estrategia de afrontamiento relacionada con la evitación cognitiva con el 72%, indicando que los individuos buscan neutralizar los pensamientos

que valoran como negativos y perturbadores, por medio de la realización de otras actividades que facilitan la distracción.

El 63% de los participantes utilizan la negación, por tanto tienen comportamientos dirigidos a alejarse de los elementos que intervienen en el problema, sin pensar en la magnitud de su situación y actuando como si la condición de enfermedad no existieran, como medida para tolerar las emociones asociadas al diagnóstico y tratamiento.

De otro lado, en la clasificación de riesgo con la cual se evaluó la adherencia al tratamiento, se encontró que el 55% de los tienen un nivel bajo de riesgo, lo que significa que más de la mitad de los individuos cumplen con los criterios de adhesión propuestos por la institución en la cual reciben su tratamiento médico de hemodiálisis, que incluyen la asistencia al procedimiento médico, la toma de medicamentos, niveles de albumina, potasio, fósforo y calcio estables y cuentan con apoyo familiar. Solamente el 3.7% de la muestra se clasificó en nivel de riesgo alto paliativo, lo que significa que presentan comportamientos de no adhesión al tratamiento y un mal pronóstico en cuanto a su diagnóstico.

En cuanto a las diferencias por género, se evidenció en el nivel de riesgo medio, con 10 hombres y solamente 3 mujeres para un total de 13 participantes. En la relación del tiempo del tratamiento con la clasificación de riesgo, quienes se encuentran en un nivel de alto paliativo son pacientes que llevan más de 5 años en tratamiento de hemodiálisis, mientras que en los niveles alto, medio y bajo, se encuentra un número de participantes proporcional de más de 5 años y menos de 5 años de tratamiento.

Finalmente, al identificar las funciones comportamentales, estrategias de afrontamiento y clasificación de riesgo de cada participante, se encontró que 11 individuos que cumplen con los criterios de adhesión, utilizan la función atencional siendo la mayoría, ya que los otros se distribuyen entre 8 utilizando la función acceso a tangible, 8 la de evitación y escape y 3 la de reforzamiento sensorial y utilizan la estrategia de afrontamiento de la religión.

La mayor parte de los participantes que se encuentran en un nivel de riesgo medio, incumpliendo de 2 a 3 criterios de adhesión, utilizan la función de evitación y como estrategia de afrontamiento la negación. En los participantes con un nivel de riesgo alto, se identificó que estos 9 individuos se distribuyen de manera equitativa en tres

funciones, 3 de ellos utilizan la de evitación, 3 la función atencional y 3 en la de acceso a tangible. En este nivel prevalece la estrategia de afrontamiento dirigida a la religión.

Finalmente 2 participantes que se encuentran en nivel de riesgo alto paliativo, utilizan como función comportamental la atencional y la evitación, y como estrategia de afrontamiento la reacción agresiva y la evitación emocional.

Cabe resaltar que aunque los hallazgos son importantes en cuanto a las posibles relaciones que se dan entre las categorías de análisis, el tamaño muestral juega un papel importante en la posibilidad de generalizar este tipo de resultados a pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica de la ciudad de Bogotá.

Como se indicó en el apartado metodológico, este tipo de estudio se convierte en un acercamiento a los posibles hallazgos que se obtenga con pacientes crónicos, específicamente con IRC al igual que son la base para el diseño de planes de evaluación e intervención acordes con las necesidades y que generen impacto en la percepción de calidad de vida y bienestar subjetivo por parte de los pacientes y sus redes de apoyo familiares y asistenciales.

## 6. DISCUSIÓN

Aunque existen diversos estudios que han tratado de analizar los factores que influyen en el inicio de la insuficiencia renal crónica - IRC, ninguno ha logrado calcular las magnitudes de esta enfermedad en la población colombiana, ya que día a día aumentan las cifras de mortalidad y riesgo en pacientes que padecen esta enfermedad y se observa el desarrollo de nuevas patologías.

En todos los estudios se reporta el deterioro y desarrollo de enfermedades asociadas o complicación de la IRC por malos cuidados y hábitos de conducta inadecuados. De igual manera se ve limitada este tipo de estudios porque son pocos los instrumentos que se han adaptado a la población colombiana para detectar, diagnosticar, y prevenir la enfermedad crónica renal. Gamarra (2013), hace referencia a los nefrólogos colombianos según ellos cuando se presenta una inadecuada atención al enfermo renal en su etapa previa al comienzo del tratamiento, pueden llegar a incrementar las tasas de morbilidad y mortalidad de los pacientes renales. En la presente investigación se evidenció que estas consecuencias se derivan de un manejo inadecuado de las funciones de conducta con respecto a las demandas ambientales, al igual que el empleo de estrategias de afrontamiento que no favorecen la adaptación de la enfermedad al estilo de vida de cada persona.

Es importante tener en cuenta que la muestra cuenta con una población de 54 personas una muestra pequeña en comparación con otros estudios que se han realizado, por lo cual no se puede generalizar los resultados.

En relación a los resultados se evidencio que en cuanto a las funciones comportamentales, se encontró que con porcentajes cercanos de 33.3%, 31.5%, 27.8% los participantes tienden a tener comportamientos que los acercan a la evitación y el escape de las situaciones que consideran desagradables, tales como cumplir la dieta, asistir a hemodiálisis cuando sobrepasan el límite de peso, seguir las indicaciones médicas y tomar los medicamentos. Cabe resaltar que el género femenino presentó mayor función atencional en comparación con el masculino, encontrando que incumplían con el tratamiento con el fin de demandar la atención hacia sus parejas y familiares que se identificaron en la aplicación del instrumento.

En tercer lugar, se encontró la función de acceso a tangible, donde la mayoría de los participantes era de género masculino, y se reconoció a través del análisis funcional de la

conducta que la mayoría de los hombres se comportaba con el fin de recibir por parte de sus esposas o familia alimentos restringidos en sus dietas. Finalmente solo el 4.7% de los participantes utilizaba como función comportamental el reforzamiento sensorial, reconocido a través de la verbalización de las participantes que mencionaban la ejecución de conductas estereotipadas con el fin de generar estimulación corporal y gustativa.

Respecto a este apartado cabe mencionar que no se encontraron estudios publicados y con sustento empírico suficiente que evaluaran las funciones comportamentales de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica.

Para autores como Contreras, Espinosa y Esguerra (2008), los pacientes en hemodiálisis que llevan más tiempo en tratamiento manejan mejor las estrategias de afrontamiento del problema y de manejo de las emociones, específicamente la planeación, la búsqueda de apoyo emocional y las creencias religiosas. Así mismo, los pacientes que tienen un manejo menos efectivo de la enfermedad suelen utilizar estrategias de afrontamiento no funcionales orientadas a la resignación pasiva. Lo que se encontró en el estudio realizado es que los pacientes que llevan tratamiento menor a cinco años de tratamiento son más devotos y emplean la oración y la asistencia a ritos religiosos como recurso para afrontar la enfermedad. Mientras que los autores afirman que a mayor tiempo se desarrollan estrategias para solucionar problemas, para la búsqueda de apoyo emocional. Es decir encontramos diferencias significativas entre lo planteado por los autores y lo que se logró encontrar en este estudio.

El estudio indica que a mayor tiempo solo lo religioso prevalece en la muestra seleccionada, esto puede deberse a que cuando las personas perciben una falla importante en cuanto a su condición de salud sobre su función física y se generan síntomas que los llevan a sentirse menos vitales, por ende acuden a creencias religiosas como herramienta o medio que les ayude a aliviar y mejorar su situación actual lo cual se relaciona con lo propuesto por Contreras, Espinosa y Esguerra (2008), en donde mencionan que los pacientes en hemodiálisis que llevan más tiempo en tratamiento manejan mejor las estrategias de afrontamiento del problema y de manejo de las emociones, específicamente Contreras, Espinosa y Esguerra (2008), comentan que los pacientes en hemodiálisis que llevan más tiempo en tratamiento manejan mejor las estrategias de afrontamiento del problema y de manejo de las emociones, específicamente las creencias religiosas, la planeación, la búsqueda de apoyo emocional.

Es fundamental que la intervención psicológica brinde más herramientas a los pacientes en relación con el conocimiento sobre la enfermedad, la explicación sobre las estrategias de afrontamiento para generar adherencia a los tratamientos que se puedan emplear frente a la enfermedad crónica. De igual manera, se deben realizar más estudios en los cuales se pueda trabajar con un número de muestra significativo con base en la población IRC a nivel local y así diseñar instrumentos y crear programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, buscando desarrollar estilos de vida saludables.

Los resultados obtenidos de este estudio pueden dar cuenta de implicaciones en cuanto permitieron identificar los diferentes tipos de estrategia de afrontamiento que emplean los pacientes y las cuales se relacionan de una u otra manera con la condición de calidad de vida y con la salud que percibe el paciente, lo cual brinda las herramientas necesarias para la atención del paciente en cuanto al diagnóstico de enfermedad crónica lo cual es fundamental para favorecer el bienestar y el mejoramiento a la calidad de vida del paciente.

García y Castro (2011), concluyen que la gran mayoría de los factores socio-demográficos, sexo, edad, nivel educativo, estado civil, familiar, situación profesional e ingresos) y clínicos como el tipo de tratamiento, tiempo en diálisis, enfermedades asociadas, complicaciones y datos bioquímicos tienen efectivamente implicaciones en la adhesión a la dieta de los pacientes insuficientes renales crónicos en diálisis.

## 7. CONCLUSIONES

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo y un facilitador de su aparición se relaciona con la ausencia de estilos de vida saludable. En algunos estudios realizados se menciona que los hombres tienen una prevalencia más alta de sufrir de IRC, por tanto este puede ser un posible indicador de la ausencia de recursos de autocuidado que les ayuden a prevenir la enfermedad o a hacerla más llevadera en el caso de ser diagnosticada, mientras que en las mujeres cuentan con estas herramientas que les ayudan a integrar mejor la enfermedad a su estilo de vida cotidiana y adaptarse a la condición de enfermedad.

En cuanto a los factores de riesgo se encontró que las mujeres tienden a mantenerse en nivel bajo en comparación con los hombres, este nivel no representa peligro pero igual requiere de un seguimiento dado por un equipo interdisciplinario y se debe reforzar la conducta de autocuidado para que se mantengan en este nivel.

Las relaciones de pareja suelen ser un factor importante cuando se habla de calidad de vida de los pacientes. Es probable que las personas que se encuentran separadas, solteras o viudas, presenten una percepción de baja de calidad de vida, ya que no cuentan con una red de apoyo fuerte y estable que les ayude a ser la enfermedad más llevadera, mientras que para las personas que cuentan con una persona estable es mucho más fácil sobrellevar la enfermedad y construir una red de apoyo fuerte para afrontar y asumir la enfermedad. Este aspecto incluso puede influir en aquellas personas jóvenes que son diagnosticadas con IRC, en donde sus redes de apoyo más que ser la pareja se constituye en sus padres y la cercanía con los mismos.

Finalmente, durante la aplicación se evidenció dificultad en los participantes al proporcionar información para realizar el análisis funcional de la conducta, no obstante al aplicar la prueba de afrontamiento *Escala de Estrategias de Coping – Modificada* se observaron procesos de activación emocional en los participantes, lo que permitió identificar de manera más completa las funciones de conducta en cada uno de los pacientes que hicieron parte del estudio.

Con base en los resultados, se considera pertinente aplicar inicialmente la escala de afrontamiento para generar activación cognitiva en el paciente y facilitar así la identificación de situaciones en las cuales considere que presenta dificultades en la interacción con su red de

apoyo familiar y asistencial, siendo estas situaciones la base para la identificación de funciones de conducta a través de la metodología del análisis funcional de la conducta.

Este tipo de estudios se convierte en el primer acercamiento al trabajo con pacientes diagnosticados con IRC basado en elementos propuestos por el análisis funcional aplicado, que a la fecha reporta estudios de validez empírica en problemáticas relacionadas con problemas de conducta y problemáticas del desarrollo.

Se sugiere replicar este tipo de estudios con pacientes que reciban los diferentes tipos de tratamiento de la IRC, dado que pueden existir diferencias en las categorías de análisis del presente estudio con base en este indicador. De igual manera es importante el trabajar con grupos muestrales de diferentes Unidades Renales para identificar si el papel que cumple la red de apoyo asistencial influye en las funciones de conducta exhibidas por los pacientes, las estrategias de afrontamiento y la adhesión al tratamiento.

La intervención que se realiza desde la psicología está dirigida a mejorar la calidad de vida, el bienestar del paciente y de su red de apoyo (familia, cuidadores), es importante que este tipo de intervenciones se realice desde que se es detectada la enfermedad, no cuando el paciente se encuentre en el último estadio de la misma.

## 8. REFERENCIAS

- Acosta, C., Sepúlveda, G., Ibáñez, E., Flórez, C., Herrán, M., Márquez, N. y Pacheco, K. (2008), Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar central, Bogotá, D.C., 2006-2007. *Revista Colombiana de enfermería*, 3 (3). <http://www.uelbosque.edu.co/fr/node/710>
- Acuña, L. (2011). Efectos de la Aplicación de la Terapia de Activación Conductual Sobre la Actividad Física y la Percepción de Satisfacción en Tres Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/960/1/AcunaMorenoLinaMargarita2011.pdf>
- Alejo, I., Londoño, C., Cabarcas, K., Arenas, A., Cortés, A., González, S. Mayorga, M. & Medina, M. (2013). Ansiedad, depresión, afrontamiento y TCA como predictores de cirugías plásticas cosméticas. *Suma Psicológica*. 20(2), 251 – 261. doi: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2013.1471>
- Atencio, B., Nucette, E., Colina, J., Sumalave, H., Gómez, F. y Hinestroza, D. (2004). Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Sociedad Venezolana de Psiquiatría*, 50 (103). Venezuela. <http://www.svp.org.ve/images/articulo5n103.pdf>
- Bados, A. y García-Grau, E. (2011). Técnicas operantes. Departamentos de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>
- Barreda, D. (2012). Depresión y Estilos de Afrontamiento al Estrés en Pacientes con Enfermedad cerebrovascular. *Revista IIPSI*, 15 (2), pp. 203-216. Peru. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/Investigacion\\_Psicologia/v15\\_n2/pdf/a13v15n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/Investigacion_Psicologia/v15_n2/pdf/a13v15n2.pdf)
- Borda, M., Perez, A. y Blanco, A. (2000). Técnicas de Modificación de Conducta en Medicina Comportamental. Universidad de Sevilla.

[http://books.google.com.co/books?id=\\_WruujmMkQwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=_WruujmMkQwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

- Cassaretto, M. y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica; estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología*, 24 (1). Pp. 109-140. Perú . <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337829536005>
- Centro de Documentación y Estudios SIIS (2011). Evaluación funcional de conductas problemáticas. Diputación Foral de Álava. Álava. <https://feafes.org/publicaciones/Evaluacionconductasproblematicas.pdf>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gutiérrez, C. y Fajardo, L. (2006), Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Psychol.* 5 (3), Universidad Santo Tomas. Bogotá. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750305>
- Contreras, F., Espinosa, J. 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*, Universidad Veracruzana. 18 (002), 165 – 179. México. <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118203.pdf>
- García, E. y Castro, F. (2011), Adhesión de los pacientes con insuficiencia renal crónica a la dieta. *Revista de Psicología*, 2 (1) pp. 9-20. [http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n2/volumen1/INFAD\\_020123\\_9-20.pdf](http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n2/volumen1/INFAD_020123_9-20.pdf)
- García-Llana, H., Rodríguez-Rey, R., Celadilla, O. y Villanueva, R. (2013). Abordaje interdisciplinar enfermera-psicólogo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada: objetivos y protocolo. *Nefrología*, 33(1), pp. 139-40. Madrid. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952013000100021&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952013000100021&script=sci_arttext)
- Gamarra, G. (2013). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica. *Acta Médica Colombiana*, 38 (3) pp. 116-117. Colombia. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482013000300005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482013000300005)
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M.F. & Quiceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, agosto-diciembre, 50-75.

- González, T. y Pérez, G. (2011). Estudio comparativo de un programa psicoterapéutico con enfoque cognitivo-conductual y un programa psicoterapéutico con enfoque gestáltico para el desarrollo de autonomía y el fortalecimiento del estado emocional aplicado a dos grupos de personas con insuficiencia renal crónica, usuarios de la unidad de diálisis peritoneal del hospital nacional san Juan de Dios. Universidad de El Salvador. <http://opac.fmoues.edu.sv/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=17152>
- Guerra, V., Díaz, A. y Vidal, K. (2010). La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (2). Ciudad de la Habana. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192010000200007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192010000200007&script=sci_arttext)
- Guerra-Guerrero, V., Sanhueza-Alvarado, O. y Cáceres-Espina, M. (2012), Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica; relación con variables sociodemográficas, medicoclínicas y de laboratorio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 20(5). Chile. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500004&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500004&script=sci_abstract&tlng=es)
- Gutiérrez, T. (2011). Trastornos afectivos más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis en el servicio de nefrología de la unidad renal de la clínica contigo de la ciudad de Latacunga durante el periodo octubre 2011 a febrero 2012. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/3146/Guti%C3%A9rrez%20Navas%20Tatiana%20Gabriela.pdf?sequence=1>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. Cuarta Edición. México.
- Iborra, C. (2013). Adhesión a la restricción de líquidos en pacientes renales tratados con hemodiálisis. Universidad Miguel Hernández, Sant Joan d'Alacant. [http://dspace.umh.es/bitstream/11000/1480/1/Tesis%20Carmelo%20Iborra\\_Adhesi%C3%B3n%20a%20la%20restriccion%20de%20%20liquidos%20en%20enfermos%20renales.pdf](http://dspace.umh.es/bitstream/11000/1480/1/Tesis%20Carmelo%20Iborra_Adhesi%C3%B3n%20a%20la%20restriccion%20de%20%20liquidos%20en%20enfermos%20renales.pdf)
- Ledesma, A., Montero-López, M. y Sandoval-Ávila, R. (2012), Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud mental*, Vol. 35. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58224380008>

- Lerma, A., Salazar, E., Perez-Grovas, H., Bermúdez, L., Gutiérrez, D., Reyes-Lagunes, I., Rochicchio, T., Robles-García, R. y Lerma, C. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Salud Ment.* 35 (3). México. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000300002&script=sci_arttext)
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre, D. (2006). Propiedades Psicométricas y Validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una Muestra Colombiana. *Psychol* 5 (2), pp. 327-349. Bogotá.
- Martínez, M., Plazas, M., Barajas, G., Bravo, A., González, C., Rodríguez, A. y Ruiz, L. (2013). Factores de riesgo para enfermedad renal crónica en pacientes que asisten a consulta de medicina interna. *Acta Medica Colombiana*, 38 (4). Colombia. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482013000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482013000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Martinez-Castelao, A., Navarro-Gonzalez, J. y Gorriz, J. (2012), Concepto y Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica en la Diabetes Mellitus Grupo Editorial Sociedad Española de Nefrología. [http://nefrologiadigital.revistanefrologia.com/publicaciones/P7E65/nefropatia\\_diabetica\\_mod\\_1.pdf](http://nefrologiadigital.revistanefrologia.com/publicaciones/P7E65/nefropatia_diabetica_mod_1.pdf).
- Magaz, A. (2003), Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos. Universidad de Deusto. Bilbao. <http://dkh.deusto.es/comunidad/thesis/recurso/efectos-psicologicos-de-la-insuficiencia-renal-cro/7b8e8d6e-bd27-403a-9c2f-6733cdb637d4>
- Miller, S. (2013). Dieta para la Enfermedad Renal Crónica. MedlinePlus. Atlanta, Editorial Team. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000471.htm>
- Montagud, J. (2012). Evaluación Neuropsicológica, Estado de Animo, Estrés y Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Tesis Doctoral. Valencia. <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/27377/Evaluacion%20neuropsicologica,%20estado%20de%20animo,%20estres%20y%20calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20de%20insuficiencia%20renal%20cronica.pdf?sequence=1>
- National Kidney Disease Education Program, (2014), La Enfermedad Renal en Personas con Diabetes. *National Kidney and Urologic Diseases*

*Information**Clearinghouse*

14-3925

<http://kidney.niddk.nih.gov/Spanish/pubs/kdd/index.aspx>

O'Neill, R., Horner, R., Albin, R., Sprague, J., Storey, K. y Newton, S. (2009), *Functional Assessment and Program Development for problem Behavior: A Practical Handbook*. Oregon Administrative System. Brook/Cole Publishing Company.

<http://www.otac.org/wp-content/uploads/2012/04/Functional-Behavioral-Assessment-and-Postive-Behavior-Support-Plans.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=)

Orellana, M. y Munguía, A. (2008), Insuficiencia Renal y Depresión, *Revista del postgrado de psiquiatría UNAH*, 1 (3). <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2008/pdf/Vol1-3-2008-5.pdf>

Osorio, D., Serna, K. y Vélez, G. (2011). Inasistencia del paciente con insuficiencia renal crónica a su tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal de fresenius medical care armenia durante el año 2011. Universidad Católica de Manizales. <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/193>

Páez, A., Jofre, M., Azpiroz, C. y De Bortoli, M. (2009), Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Universidad Nacional de San Luis, Argentina, 8 (1). <file:///C:/Users/PRINCIPAL/Downloads/267-835-1-PB.pdf>

Pérez, V. Aspectos Psicológicos del Paciente con Insuficiencia Renal. [http://www.revistaseden.org/files/art624\\_1.pdf](http://www.revistaseden.org/files/art624_1.pdf)

Quaas, C. (2006). Diagnostico de Burnout y Tecnicas de Afrontamiento al Estrés en Profesores Universitarios de la Quinta Region de Chile. *Psioperspectivas*, 5 (1), pp. 665-75. Chile. <http://www.psiucv.cl/wp-content/uploads/2012/11/DIAGN%C3%93STICO-DE-BURNOUT-Y-T%C3%89CNICAS.pdf>

Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2013). *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario*. España. Ed. Desclee de Brower S.A.

Ribes, E. (1972). Terapias conductuales y modificación del comportamiento *Revista Latinoamericana de Psicología*, 4 (1) pp. 7-21. Colombia. <http://www.redalyc.org/pdf/805/80540101.pdf>

- Ribes, E. (1994). ¿Qué significa ser interconductista? *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 20 (2), pp. 227-239. México. <http://rmac-mx.org/wp-content/uploads/2013/05/VOL-20-N-2-227-239.pdf>
- Riveros, A., Cortázar, J., Alcázar, F. y Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), pp. 445-462. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705302>
- Rodríguez, M. y Ocampo, C. (2009). Relación entre valoración de una situación y capacidad para enfrentarla. *Summa Psicológica UST*, 6 (1), pp. 25-41. México. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3020310>
- Santillán, C. (2010), Diseño, Implementación y Evaluación de un Programa de Intervención Educativa para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(18) <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283021975005>
- Servera, M. (2014). Analisis Funcional, Enfoque Practico Padres y Educadores. *Creena 3*. Universidad de les liles Baiears. <https://drive.google.com/viewerng/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZWR1Y2FjaW9uLm5hdmFycmEuZXN8Y3JlZW5hLWNvbmR1Y3RhGd4OjFjNmQwMzIxMDFINWFhNDI>
- Secretaria de salud. (2009). Guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana. México. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/335\\_IMSS\\_09\\_Enfermedad\\_Renal\\_Cronica\\_Temprana/EyR\\_IMSS\\_335\\_09.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/335_IMSS_09_Enfermedad_Renal_Cronica_Temprana/EyR_IMSS_335_09.pdf)
- Servera, M. (2014). Analisis Funcional, Enfoque Practico Padres y Educadores. *Creena 3*. Universidad de les liles Baiears. <https://drive.google.com/viewerng/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZWR1Y2FjaW9uLm5hdmFycmEuZXN8Y3JlZW5hLWNvbmR1Y3RhGd4OjFjNmQwMzIxMDFINWFhNDI>
- Soriano, S. (2004). Definiciones de Enfermedad Renal Crónica. *Nefrología*, 24 (6). <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E237/P7-E237-S141-A3100.pdf>
- Taylor, S. (2003). *Psicología de la Salud*. México D.F. Mc Graw Hill
- Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes.

*Clinical Psychology Review*, 30, 387-399. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.008  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20223569>

Tijmes, C. y Varela, J. (2009). Análisis funcional del comportamiento, una estrategia para el aula. Chile  
<http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0037/File/Inspector/Paz%20Ciudadana%207%20ma%20nejo%20conductual.pdf>

Torrealba, W. y Yepes, N, (2012). Estrategias de Afrontamiento y Sobrecarga de cuidadores informales en pacientes con insuficiencia renal crónica. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado Decanato Experimental de Humanidades y Artes Programa de licenciatura en psicología.  
<http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGRC918R4E882012.pdf>

Torres, C. (2003). Insuficiencia Renal Crónica. *Revista Med Hered*, 14 (1).  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v14n1/v14n1e.pdf>

Vázquez-Mata, I., Vital-Flores, S., Bravo-González, M., Jurado-Cárdenas, S. y Erazo, L. (2009). Retroalimentación Biológica y Relajación en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en Tratamiento de Hemodiálisis. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1 (2). Mexico. <http://www.redalyc.org/pdf/2822/282221726004.pdf>

Vega, F., Marín, R., Herrero, P. (2005), Comorbilidad Vascul ar En La Insuficiencia Crónica. Manejo Terapéutico. *Nefrología*, 25 (4). <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E262/P7-E262-S140-A4125.pdf>

## **APÉNDICES**

**Apéndice A. Consentimiento informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estamos efectuando una investigación titulada: “Funciones comportamentales y afrontamiento en la adhesión al tratamiento de pacientes renales” en la unidad renal del Centro Policlínico del Olaya. Para esta investigación nos gustaría contar con su participación, la cual consistirá en contestar un cuadernillo de instrumentos que miden las variables planteadas para el estudio.

Es importante que sepa que está garantizada la protección de su bienestar con base en el respeto por los derechos fundamentales y la dignidad del ser humano y que como investigadoras estamos dispuestas a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que tenga acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con su participación.

Si usted se siente incómodo realizando la actividad propuesta, tiene el derecho de abandonar el estudio en el momento en que lo considere conveniente. De igual manera se garantiza la absoluta confidencialidad de la información suministrada, por lo que se asegura la reserva de su identidad en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio. También nos comprometemos, de estar usted interesado, en proporcionarle la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Adicionalmente usted podrá recibir retroalimentación sobre los resultados del cuadernillo que respondió en caso en que estos presenten indicadores clínicos que merezcan atención para brindarle un mejor servicio.

Agradecemos su colaboración.

Cordialmente,

Lady Katherine Cabrera Barragán

Paula Lorena Torres Sánchez

Estoy de acuerdo con mi participación en esta investigación y el manejo de sus resultados.

SI \_\_\_ NO \_\_\_

Estoy interesado en recibir retroalimentación en caso de presentar indicadores clínicos que merezcan atención.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Género:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil** \_\_\_\_\_ **Número de Hijos** \_\_\_\_\_ **Localidad o barrio** \_\_\_\_\_

**Tiempo Tratamiento** \_\_\_\_\_

**Apéndice B.** Análisis funcional de la conducta

**ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA**

**PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_

**CONDUCTA**

**PROBLEMA:**

SITUACIÓN	QUE PENSE	QUE SENTÍ	QUE HICE	QUE PASO DESPUÉS	FUNCIÓN DE CONDUCTA











