

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



GESTIÓN DE EMOCIONES EN USUARIOS DE DIÁLISIS
DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Tesis de grado presentado para la obtención del Grado de Licenciatura

POR: WALDO EUCEBIO ALCALÁ ESPINOZA

TUTOR: LIC. SUSANA ARAMAYO SALINAS

LA PAZ - BOLIVIA
Agosto, 2024

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Tesis de grado:

GESTIÓN DE EMOCIONES EN USUARIOS DE DIÁLISIS
DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Presentado por: Univ. Waldo Eucebio Alcalá Espinoza

Para optar el grado académico de *Licenciado en Psicología*

Nota numera:

Nota literal:

Ha sido

Director de la carrera de Psicología: Ph. D. Luis Adrián Cardozo Gutiérrez

Tutor: Lic. Susana Aramayo Salinas

Tribunal: Dra. Margaret Hurtado López

Tribunal: Lic. Luis Eduardo Panozo Camacho

DEDICATORIA

Consagro esta tesis a mis padres Evaristo Alcalá Rodríguez y Eduarda Espinoza de Alcalá por su constante apoyo, ánimos, comprensión, paciencia y ejemplo de lucha, a mis hermanos que estuvieron presentes en cada paso, a mi hijo como fuente de motivación e inspiración a la superación constante.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a:

A Dios por su fortaleza y sabiduría que me dio para realizar este proyecto.

A mis padres, hermanos e hijo por su apoyo incondicional.

A la Licenciada Susana Aramayo Salinas, por sus enseñanzas, guía, orientación y apoyo constante e incondicional.

A la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Militar Central y a su personal de médicos (Dra. Milenka Altuzarra, Milenka Murillo y Lic. Shirley) por su orientación y apoyo en el desarrollo del proyecto.

A todos los docentes que fueron parte de mi formación académica.

INDICE DE CONTENIDO

CONTENIDO	Pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	4
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION	4
I. AREA PROBLEMÁTICA	4
II. PROBLEMA DE INVESTIGACION	9
III. OBJETIVOS	11
IV. JUSTIFICACION	11
CAPITULO II	15
MARCO TEORICO	15
2.1. DEFINICION DE EMOCIONES	15
2.2 EMOCIONES BASICAS	17
2.3 COMPONENTES DE LAS EMOCIONES	19
2.4 TIPOS DE EMOCIONES	22
2.5 CONCEPTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	37
2.6 CARACTERISTICAS DE LAS EMOCIONES	41
2.7 FUNCIONES DE LAS EMOCIONES	41
2.8 PSICOLOGIA Y EMOCIONES	44
2.9 REACCIONES EMOCIONALES ANTE LA ENFERMEDAD	44
2.10. COMO SE PRODUCE UNA EMOCION	44
2.11. TRADICION NEUROLOGICA DE LAS EMOCIONES	45
2.12. CALIDAD DE VIDA	47
2.13. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	49
2.14. EVALUACION DE FACTORES PSICOSOCIALES	51
2.15. AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA	52
2.16. DEFINICION DE SALUD	52
2.17. DEFINICION DE SALUD EMOCIONAL	55
2.18. DEFINICION DE ENFERMEDAD	56

2.19.	ENFERMEDAD CRONICA	56
2.20.	INSUFICIENCIA RENAL	57
2.21.	CLASIFICACION DE LA INSUFICIENCIA RENAL	58
2.22.	CLASIFICACION Y PREVALENCIA DE LA E.R.C.	59
2.23.	MANIFESTACIONES CLINICAS	59
2.24.	DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	60
2.25.	TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	63
2.26.	DIALISIS	64
2.27.	COMPLICACIONES DE LA HEMODIALISIS	65
2.28.	FACTORES DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA	68
2.29.	TIPOS DE ACCESO VASCULAR	70
2.30.	EL PAPEL DE LA PSICOLOGIA EN LA E.R.C..	73
2.31.	COMPLICACIONES PSICOLOGICAS ASOCIADAS A LA I.R.C.	74
2.32.	CRISIS EMOCIONALES EN PACIENTES HEMODIALIZADOS	75
2.33.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO	76
2.34.	RELACION SALUD ENFERMEDAD	77
	CAPITULO III	79
	METODO	79
I.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	79
II.	CATEGORIAS DE ANALISIS	81
III.	POBLACION Y MUESTRA	83
IV.	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION	83
V.	PROCEDIMIENTO	84
	CAPITULO IV	87
	PRESENTACION DE RESULTADOS	87
4.1.	ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS	87
4.2.	RESULTADOS GENERAL OBTENIDOS	118

CAPITULO V	121
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	121
5.1.CONCLUSIONES	121
5.2.SUGERENCIAS	123
CAPITULO VI	125
PROPUESTA	125
I. ANTECEDENTES	125
II. OBJETIVO GENERAL	126
III. OBJETIVO ESPECIFICO	126
IV. POBLACION	126
V. LUGAR	127
VI. MATERIALES	127
VII. PROCEDIMIENTO	127
VIII. DESARROLLO	128
IX. ALCANCES	143
BIBLIOGRAFIA	144
ANEXOS	

INDICE DE CONTENIDO DE CUADROS Y FIGURAS

CONTENIDO	Pag.
CUADRO N° 1: Clasificación de Enfermedad Renal Crónica	59
FIGURA N° 1: Fistula Arterio-venosa en miembro superior derecho	71
FIGURA N° 2: Catéter venoso central para uso de tratamiento en hemodiálisis	72
FIGURA N° 3: Ilustración de un brazo con un injerto	73

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo fortalecer la gestión de emociones en usuarios del servicio de diálisis en el Hospital Militar Central para conllevar la enfermedad de manera positiva y mejorar su calidad de vida, en una población de 24 usuarios con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, que reciben tratamiento sustitutivo como la diálisis.

Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario-Instrumento Cualitativo elaborado por Alexandra Pazmiño Villao, aplicado en la investigación “Influencia de la hemodiálisis en el estado de los pacientes con insuficiencia renal crónica, en la clínica Dialycent”, modificado y adaptado para nuestra investigación.

Así, los resultados obtenidos identificaron que los usuarios del servicio de diálisis carecen de un buen manejo de emociones a partir del diagnóstico de su enfermedad, prevaleciendo emociones negativas que dificulta la adherencia al tratamiento.

La mayoría de los usuarios carecen de habilidades y estrategias de regulación emocional.

Se halló que existe un desconocimiento general sobre la enfermedad y el tratamiento sustitutivo, existe carencia en el acompañamiento psicológico a los usuarios al inicio, durante y posterior al tratamiento.

Se propuso el desarrollo de un programa para mejorar la gestión de emociones, calidad de vida y bienestar emocional a los usuarios de diálisis a través de talleres informativos.

Palabra clave: Gestión de emociones, Insuficiencia Renal Crónica, Calidad de vida, Adherencia al Tratamiento.

SUMMARY

The objective of this study was to strengthen the management of emotions in users of the dialysis service at the Central Military Hospital to deal with the disease in a positive way and improve their quality of life, in a population of 24 users with a diagnosis of Chronic Renal Failure, who They receive replacement treatment such as dialysis.

For data collection, the Qualitative Questionnaire-Instrument developed by Alexandra Pazmiño Villao was used, applied in the research “Influence of hemodialysis on the status of patients with chronic renal failure, in the Dialycen clinic”, modified and adapted for our research.

Thus, the results obtained identified that users of the dialysis service lack good emotional management following the diagnosis of their disease, with negative emotions prevailing that make adherence to treatment difficult.

Most users lack emotional regulation skills and strategies.

It was found that there is a general lack of knowledge about the disease and the replacement treatment, there is a lack of psychological support for users at the beginning, during and after treatment.

The development of a program to improve emotion management was proposed, quality of life and emotional well-being for dialysis users through informative workshops.

Keyword: Emotion management, Chronic Kidney Failure, Quality of life, Adherence to Treatment.

INTRODUCCION

Las personas desde una perspectiva psicológica son consideradas como individuos que tienen conciencia y que a lo largo del tiempo van aprendiendo a través de la experiencia, las relaciones con sus semejantes y la convivencia con su entorno, provocando el desarrollo de conductas, habilidades, hábitos, reacciones y acciones de él hacia sus semejantes y su medio. Asimismo, considerado como un ser pensante, con valores y capaz de manifestar emociones ante la diversidad de eventos, hechos o situaciones a los que se expone a diario.

Las emociones son un sentimiento interno y natural, que da carácter a nuestras acciones, además son la base de las relaciones que establecemos. Según López (2009, p. 13) “las emociones son reacciones concretas, de corta duración, que nos empujan o preparan para la acción”. Están relacionadas con el ámbito biológico, y son reacciones corporales ante las diferentes situaciones que se vive, en este sentido, las emociones son el eje central del bienestar, manifestada a través de las expresiones faciales.

Las emociones son un proceso que implican una serie de condiciones desencadenantes (estímulos relevantes), la existencia de experiencias subjetivas o sentimientos (interpretación subjetiva), diversos niveles de procesamiento cognitivo (procesos valorativos), cambios fisiológicos (activación), patrones expresivos de comunicación (expresión emocional), que tiene unos efectos motivadores (movilización para la acción) y una finalidad: que es la adaptación a un entorno en continuo cambio. (Fernández Abascal, Jiménez Sánchez y Martín Díaz, 2003,), nombrado por Villegas M. 2018, p. 5).

A partir de estos conceptos uno de los objetivos del presente trabajo de investigación, es fortalecer la gestión de emociones en usuarios del servicio de diálisis en el Hospital Militar Central para conllevar la enfermedad de manera positiva y mejorar su calidad de vida. Esto tiene que ver en la forma que tienen las personas de manejar sus emociones durante y posterior al tratamiento de la enfermedad. con esta investigación no se pretende descubrir nada nuevo ni crear un modelo teórico original. Convencidos de que existen en

la psicología modelos suficientemente contrastados y aplicables a la psicología de la salud, es interesante utilizar aquellos que más solidez empírica atesoran e intentar cubrir los huecos que, en nuestra opinión puedan tener, sobre todo teniendo en cuenta el aspecto del tratamiento de la Diálisis.

Por lo que la diálisis es un proceso mediante el cual la composición de solutos de una solución A, es modificada al exponer dicha solución A, a una segunda solución B, a través de una membrana semipermeable como una lámina perforada por agujeros o poros. Las moléculas de agua y los solutos de bajo peso molecular en las dos soluciones pueden pasar a través de los poros de la membrana y entremezclarse, pero los solutos de mayor peso molecular (como las proteínas) no pueden pasar a través de la barrera semipermeable, de tal manera que la cantidad de solutos de alto peso molecular a cada lado de la membrana permanecerá sin modificaciones.

El presente trabajo de investigación abarca una parte Introductoria que hace referencia a los aspectos generales de la investigación, en la que se expone la Problemática del Tema, Identificación y Problema de Investigación, Objetivo General, Objetivos Específicos y Finalmente, la Justificación.

Además, el estudio contempla: Marco Teórico, Metodología, Tipo de Diseño y de Investigación, categorías, Población y Muestra, Técnicas, Análisis de Resultados, propuesta y Cronograma.

En el Marco Teórico, se desarrolla los conceptos relacionados con el tema de investigación, donde los capítulos expuestos guardan estrecha relación con los objetivos específicos.

En el Marco Metodológico se realiza una descripción de la metodología de campo que luego de la recolección de datos o información necesaria de la población en estudio, se procede a realizar la tabulación en cuadros y graficas estadísticas, dando lugar a su análisis e interpretación de los resultados obtenidos y lograr llegar a la consecución de los objetivos planteados.

En base a las conclusiones obtenidas, se procede a elaborar la propuesta de un programa de desarrollo y fortalecimiento que permita mejorar el manejo de emociones en las personas que acuden al servicio de diálisis, optimizando sus relaciones en su entorno y brindándoles una mejor calidad de vida.

CAPITULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION

I. AREA PROBLEMÁTICA

Se tiene que a nivel internacional la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se ha transformado en una epidemia a nivel mundial, los factores que la originan son múltiples y varían según las diferentes regiones del planeta, no obstante, la diabetes y la hipertensión arterial continúan siendo sus principales causas. Según Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal, Martínez-Castelao A, Górriz-Teruel JL 2022.

El costo que significa mantener a un paciente en terapia de sustitución renal como es la diálisis es extremadamente elevado. Actualmente 1.200.000 personas en el mundo sobreviven gracias al tratamiento dialítico; la incidencia de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se ha duplicado en los 10 últimos años, y se espera que continúe aumentando, especialmente en los países de Latinoamérica, como lo demuestran los datos presentados por el Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal, que estima que para el año 2020 la prevalencia en esta región alcanzara a 630, (Gamarra G, 2013).

La diabetes y la hipertensión arterial son dos de las principales causas de enfermedad renal crónica, responsables del 50% de las causas primarias de daño renal, no obstante, tenemos a otro 50% de la población en diálisis cuya causa etiología responsable de su falla renal está distribuida entre patologías como las glomerulopatías, la nefropatía obstructiva (hiperplasia prostática), tuberculosis, nefropatía lúpica, poliquistosis renal, uso de medicamentos nefrotóxicos, entre los más importantes. Redactores G de, Martínez-Castelao A, Górriz-Teruel JL 2022.

Problemática de salud que también atañe a nuestro contexto social, siendo así que, actualmente en nuestro país más de 1000 personas se encuentran recibiendo terapia de diálisis, alcanzándose un crecimiento poblacional de más del 60% anual, demostrándonos el carácter epidémico de la misma y la necesidad de instaurar políticas de salud prontas a resolver este problema de salud pública.

La diálisis en nuestro país ha evolucionado mucho, durante los últimos 4 años el número de Unidades de Hemodiálisis se ha incrementado en más del 200% creándose accesibilidad para la población que sufre de esta patología, se han sacado normas que regulan las condiciones de infraestructura y protocolos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con enfermedad renal que requieren de diálisis, medidas que tienen como fin asegurar la calidad de vida de los pacientes, consiguiendo la mínima repercusión en el estado de salud general de los mismos, (Marca Zuna NM, Rojas Mattos M. 2017).

Para marzo 2018, el 86% de personas con enfermedad renal crónica habita en el eje troncal del país, siendo que el 29.05% se encuentra en el departamento de Cochabamba, el 28.74% en Santa Cruz, 28.59% en La Paz, el 3.66% en Tarija, 3% en Oruro, el 2.42% en Chuquisaca, 2.03% en Potosí, el 1.75% en Beni y 0.76% en Pando. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (MSD,2022).

Asimismo, el Programa Nacional de Salud Renal cuenta con un registro de enfermedades renales, la cual se constituye en una investigación epidemiológica de carácter descriptivo que permite conocer la distribución y variabilidad de la insuficiencia renal crónica terminal, los eventos asociados a esta patología y la tecnología empleada para su diagnóstico y tratamiento.

La mayor población en enfermos con IRCT se encuentra en los departamentos de La Paz (37,8%), Santa Cruz (24,7%) y Cochabamba (20,6%). Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. (MSD,2008).

El 40,5% de los pacientes dializados no cuentan con un seguro social, debiendo cubrir el elevado costo de su tratamiento, lo que incide de forma directa en la mortalidad de este grupo poblacional. Defensoría del Pueblo Bolivia,2015.

En Bolivia más del 55% de los pacientes con falla renal se encuentran por encima de los 50 años de edad, no obstante, en nuestro país, llama la atención el número creciente de pacientes jóvenes que ingresa a las distintas modalidades de diálisis, lo cual ha ocasionado que, en el transcurso de los últimos 3 años, la diferencia porcentual existente entre los

distintos grupos etarios tienda a reducirse de forma paulatina. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, (MSD,2022).

El 50,6% de los pacientes en diálisis no cuentan con una fuente laboral que asegure el recurso económico para cubrir el costo de su tratamiento y el 30% efectúan trabajos informales. Esta condición cobra importancia ya que es uno de los factores que contribuye a la alta mortalidad de la población con daño renal terminal. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, (MSD,2022).

La nefropatía diabética (33,1%), la nefropatía hipertensiva (16,4%) y las glomerulopatías (7%) constituyen las causas primarias más comunes de daño renal terminal, siendo las responsables del 56,5% del daño renal irreversible en la población de pacientes que reciben tratamiento dialítico. Un dato por demás preocupante es el referente al 23,8% de pacientes con falla renal que ingresan a terapia dialítica sin un diagnóstico de enfermedad renal primaria. La variable otras, incluye patologías como tuberculosis, vasculopatías, síndrome urémico hemolítico, amiloidosis y mieloma. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. (MSD,2008).

El 66% de los pacientes que recibieron tratamiento dialítico durante el periodo enero 2015 a mayo 2016 continuaban recibiendo terapia, un 7,8% abandonaron su tratamiento y un 21,6% fueron reportados como fallecidos. No obstante, luego de realizar el seguimiento de pacientes reportados como abandono y no ser hallados en ningún centro de salud, asumimos que el porcentaje total de fallecidos asciende a 29%. (Castellanos Castillo Y, Fong Estrada JA. 2018).

A nivel local, en un estudio realizado entre septiembre y diciembre de 2018, en la ciudad de El Alto, se observa que la media de edad de los participantes es 68,8 años, la mayor prevalencia de ERC se encontró en el sexo masculino con un 57,6%. Dentro de los aspectos sociodemográficos se observa que el 55,2% de los pacientes son casados, 54,2% no tienen empleo, también se observa que dentro de los factores de riesgo para

Enfermedad Renal Crónica se encuentra la Diabetes Mellitus en un 17,2% y la Hipertensión arterial en un 26,1%. (Chipi, Cabrera JA, Fernandini, 2019).

La OMS en 1998 realizó un estudio de prevalencia mediante la Encuesta Nacional de Diabetes, Hipertensión, Obesidad y Factores de Riesgo en las principales ciudades de Bolivia, la población de estudio incluyó a 2.527 personas mayores de 25 años de las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz.

Entre los principales resultados, la prevalencia total de hipertensión arterial alcanzó el 19.6%, en la ciudad de El Alto la prevalencia de hipertensión arterial alcanzó el 11,6% en contraste con Santa Cruz que alcanzó 23%. En relación a la diabetes la prevalencia fue el 7,2%, la tolerancia alterada a la glucosa fue el 7,8%, además se encontró una relación proporcional progresiva entre mayor prevalencia a mayor edad, por otra parte, está asociada con el sobrepeso y la obesidad, en la ciudad de Santa Cruz se registró la mayor prevalencia de diabetes (8,6%) y en la ciudad de El Alto la prevalencia total de diabetes mellitus alcanzó el 2%. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 2019.

Por lo que, la enfermedad renal crónica cambia el estilo de vida de cada individuo de forma irreversible, debido a la repercusión en la salud física, psicológica, social y económica. Estos pacientes desde el momento que son diagnosticado con la enfermedad, manifiestan un cumulo de emociones por la situación que les toca vivir y afrontar una nueva realidad en su diario vivir.

Por lo que, las personas desde el nacimiento expresan emociones que se mantienen a lo largo de toda su vida, esto tiene que ver en la forma en que reaccionan a los diferentes eventos a los que están expuestos diariamente, estas forman parte de nuestra personalidad y juegan un papel decisivo en nuestro desempeño social, como se menciona que la emociones son un sentimiento interno y natural, que da carácter a nuestras acciones, además son la base de las relaciones que establecemos, estas reacciones son concretas de corta duración, que nos empujan o preparan para la acción..

Se hace presente la expresión de emociones durante la interacción con otras personas, familia, grupos y organizaciones, en condiciones normales son manifestadas como: la alegría, entusiasmo, afecto, cariño, amor, felicidad y otras, que según (Bisquerra Alzina et al., 2015, p.140), son consideradas como emociones positivas, que nos ayudan a adaptarnos a diferentes situaciones de nuestro entorno.

Aun así, las personas cuando enfrentan situaciones adversas o evalúan de forma desfavorable acontecimientos en su medio, experimentan emociones como: ira, enojo, disgusto, miedo, tristeza, pena, decepción y otras, siendo consideradas como emociones negativas según (Bisquerra Alzina et al., 2015, p.140).

Tal situación cambia o empeora cuando las personas ven comprometida su estado de salud por la presencia de enfermedades, más aún cuando ha alcanzado un estadio crónico, como es el caso de los usuarios del servicio de diálisis del Hospital Militar Central, quienes a partir del diagnóstico médico presentan cambios en sus diferentes esferas como en su conducta: retraimiento, aislamiento, agresiones y otros, en el área emocional se hacen presente las emociones negativas, acompañando pensamientos distorsionados, de desesperanza, de soledad, de abandono y otros, modificando su modo de vivir.

Es así que la Corporación del Seguro Social Militar (Cossmil), brinda atención en el área de salud a su población asegurada en sus diferentes especialidades: medicina interna, pediatría, ginecología, traumatología, nefrología y otras. También cuenta con servicios complementarios como laboratorio, imagenología, farmacia, fisioterapia, diálisis y otros.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), es una patología que se ha convertido en un fenómeno de gran incidencia y relevancia no solo a nivel local sino en un contexto mundial, convirtiéndose en objeto de estudio por diferentes ciencias como la medicina – nefrología, la sociología, psicología, educación y otras de interés social.

Las personas diagnosticadas con Insuficiencia Renal Crónica, atraviesan un periodo progresivo de la enfermedad, a inicio su sintomatología es imperceptible hasta alcanzar un deterioro considerable de los riñones, dejando casi de trabajar, siendo necesario el

inicio de tratamiento sustitutivo como es la diálisis o trasplante de riñón; siendo su principal trabajo de estos órganos eliminar los desechos, el exceso de agua del cuerpo, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre.

A partir del diagnóstico de IRC, el contexto de las personas con esta patología se modifica, generando un efecto negativo en el seno familiar origina tensiones, confusión, desánimo y sentimientos de culpa en sus familiares respecto a los cuidados que deba brindar a la persona. Por otro lado, esta situación repercute en el estado de ánimo general de quien la padece, originando: necesidad de seguridad, angustia de ser rechazado, temor al abandono, la soledad y miedo a la invalidez.

Los cambios forman parte de la vida de los seres humanos que se enfrentan a múltiples transformaciones a lo largo de la vida. Unos son positivos y otros no; unos son esperados, comunes para la mayoría de las personas y suelen formar parte del desarrollo, mientras que otros son inesperados y propios de cada persona. A estos cambios se les denomina acontecimientos vitales y todos ellos requieren poner en marcha la capacidad de adaptación.

La enfermedad como hecho vital, supone un cambio de carácter negativo e inesperado, y en el caso de la enfermedad crónica éste es estable y permanente. Habitualmente la sociedad no prepara a las personas para la enfermedad y mucho menos para que esta sea propia o crónica (permanente). De hecho, se está más preparado para cuidar que para enfermar y para que la enfermedad sea temporal que para su cronicidad.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACION

La presencia de una enfermedad en la vida de las personas genera una serie de cambios a nivel físico, biológico y psicológico, esto en función del tipo y la gravedad de la enfermedad, tales como cáncer, diabetes mellitus, parálisis generalizada o parcial, insuficiencia renal crónica u otra de carácter prolongada.

Las personas diagnosticadas con Insuficiencia Renal Crónica, experimentan una serie de cambios bruscos en su vida debido a la propia enfermedad y al tratamiento al que están

expuestos (diálisis), llegando a padecer trastornos emocionales como ansiedad, ira, melancolía, depresión y la falta de adaptación a esta nueva situación.

No solo experimenta cambios a nivel emocional, sino que también se encuentra limitada sus actividades físicas, sociales, su dieta, actividades recreativas y otras. Reduciéndose a realizar caminatas y /o ejercicios que demanda baja intensidad física, control en el compartimiento en actividades sociales, cambio en la selección de los alimentos a consumir, restringiendo el consumo de líquidos, como también debe acortar el tiempo de viajes prolongados ya que deben asistir al servicio de diálisis. Sumado a esto el tratamiento al que es sometido (diálisis) que esto puede condicionar ciertas molestias como episodios de hipertensión, hipotensión, hipoglicemicos, calambres musculares, vértigos, náuseas, vómitos, cefaleas y otros síntomas.

En consecuencia, a todos estos cambios a los que deben enfrentar las personas que acuden al servicio de diálisis, su atención por parte del personal médico, enfermeras y personal de salud en su conjunto, se limitan en ofrecer un servicio basado en el tratamiento de diálisis, dejando de lado el apoyo emocional en la etapa de pre diálisis, durante y post diálisis que le permitan al usuario contar con recursos para afrontar los diversos cambios que le provoca el tratamiento de la enfermedad, insuficiencia renal crónica.

Ante esta carencia surge la necesidad de contar con estrategias para un buen manejo de gestión de emociones por parte de los usuarios, que les permita tolerar y adaptarse a las nuevas necesidades propias de la enfermedad y permitirles gozar de una mejor calidad de vida. Surge entonces la pregunta **¿Cómo afrontaran las emociones los usuarios del servicio de diálisis en el Hospital Militar Central para conllevar la enfermedad de manera positiva y mejorar su calidad de vida?**

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Fortalecer la gestión de emociones en usuarios del servicio de diálisis en el Hospital Militar Central para conllevar la enfermedad de manera positiva y mejorar su calidad de vida.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento de las emociones por parte de los usuarios del servicio de diálisis en el Hospital Militar Central
- Describir el manejo de emociones positivas de usuarios del servicio de diálisis en el Hospital Militar Central
- Describir el manejo de emociones negativas de usuarios del servicio de diálisis en el Hospital Militar Central
- Proponer estrategias para una gestión de emociones en los usuarios del servicio de diálisis en el Hospital Militar Central

IV. JUSTIFICACION

Los seres humanos desde temprana edad manifiestan diferentes emociones como respuesta a los diferentes estímulos que se les presenta en su diario vivir, por ejemplo, cuando algo nos sorprende levantamos las cejas y abrimos más los ojos permitiendo que llegue más luz a la retina, esto nos ayuda a obtener mayor información sobre el acontecimiento, o simplemente ver salir el sol, recibir un beso, una caricia, sentir olores y otros que provocan reacciones emocionales.

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura.

Las emociones son un sentimiento interno y natural, que da carácter a nuestras acciones, además son la base de las relaciones que establecemos. “las emociones son reacciones concretas, de corta duración, que nos empujan o preparan para la acción” López (2009, p. 13). Están relacionadas con el ámbito biológico, y son reacciones corporales ante las diferentes situaciones que se vive, en este sentido, las emociones son el eje central del bienestar, manifestada a través de las expresiones faciales.

Según Bisquerra Alzina, Pérez González & García Navarro (2015), las emociones cumplen una serie de funciones, ya que desempeñan un papel esencial en todos los aspectos de la vida. Por un lado, tienen una función de adaptación ya que nos ayudan a adaptarnos a las diferentes situaciones que vivimos porque son las encargadas de promover las acciones que realizamos.

También, cumplen un papel informativo porque en función de nuestras emociones nos comunicaremos de un modo u otro con el resto de personas y les informamos de cómo nos sentimos, además las emociones informan al sujeto sobre cómo se siente y qué debe hacer ante ello, por ejemplo, cuando una persona en una reunión se siente triste el resto de compañeros se da cuenta inmediatamente por la expresión y forma de actuar que tiene.

Por tanto, según los autores citados, las emociones desempeñan una función de carácter social la cual está muy relacionada con la etapa de adaptación, ya que hace referencia a que las emociones que expresemos para informar a los demás de cómo nos sentimos, pueden influir en el área cognitivo, emocional afectivo y comportamental de los demás.

Desde Darwin hasta autores más contemporáneos, entre ellos Tomkins, Izard y Ekman, se ha resaltado la importancia de las emociones en cuanto a su función adaptativa para la supervivencia del individuo y de la especie. Todos estos autores asumen la existencia de emociones básicas que son producto de la evolución filogenética y ontogenética y que están relacionadas con estados biológicamente significativos como la procreación, la cría y la amenaza a la integridad de los individuos y de la especie.

Al hablar de emociones es necesario mencionar que existe una clasificación de las mismas en relación a las influencias que producen en el ser humano, (Pérez González, en Bisquerra et al, 2015, p.142), proponen la siguiente clasificación de emociones. Por un lado, estarían las emociones básicas que son las que influyen de manera directa en la adaptación de las personas a su entorno: “son un conjunto reducido de emociones que constituyen los elementos fundamentales de la vida emocional y que se pueden combinar para producir emociones más complejas”

De la combinación de estas emociones básicas o primarias, surgen las emociones secundarias, que son aquellas que son más complejas y no tienen una expresión facial definida, como por ejemplo los celos, este tipo de emoción secundaria es frecuente en la etapa de la infancia, la adolescencia y la adultez. Como se ha dicho anteriormente los celos no tienen una expresión facial determinada, sí se manifiestan a través de diferentes acciones por parte de las personas para llamar la atención.

Estas emociones básicas se dividen a su vez en emociones positivas y negativas. Las positivas hacen referencia a las emociones que “son el resultado de una evaluación favorable respecto al logro de objetivos” (Bisquerra Alzina et al., 2015, p.140). Las principales emociones positivas son: la alegría, de ella deriva el entusiasmo, la euforia, el humor, etc. El amor, del que derivan otras emociones como el afecto y el cariño, y la felicidad, de la que parten emociones como la armonía y la satisfacción.

Otro tipo de emociones básicas serían las negativas, que “son el resultado de una evaluación desfavorable del acontecimiento respecto a los propios objetivos” (Pérez González, en Bisquerra et al., 2015, p.140). El término de emoción negativa, no implica que sea una emoción mala, ya que es inevitable para todo ser humano experimentar este tipo de emociones.

Algunas de las emociones negativas son: el miedo, del que derivan otras emociones como el temor o el pánico. La tristeza, de la que provienen emociones como la decepción y la

pena. Y la ansiedad, de la que se originan otras emociones como la angustia y el estrés. De este tipo de emociones la que más se manifiestan en las personas, sería el miedo.

Debido a esto, es muy importante desde la infancia llevar a cabo una buena formación en educación emocional, para que de esta manera los niños/as sepan cómo reaccionar ante este tipo de emociones y sepan auto controlarlas y canalizar sus emociones, ya que el autocontrol y el ajuste de las emociones son un factor determinante para la adaptación a su entorno.

Pero, no solo se experimenta emociones positivas en nuestras actividades diarias, también vivimos situaciones que nos generan emociones negativas como la ira, miedo, intolerancia, enojo, inseguridad y otros, tales reacciones nos movilizan para alejarnos de un potencial de peligros o nos impulsan a cambiar las situaciones que nos puedan perjudicar.

Más aun, en situaciones donde se ve comprometido nuestro estado de salud como es el caso de las personas con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica que acuden al servicio de diálisis como parte del tratamiento de su enfermedad, en el Hospital Militar Central. Personas que al atravesar esta patología sufren reacciones a nivel físico, afectivo, emocional, conductual, alterando sus relaciones interpersonales, familiares, sociales, laborales y otras donde desarrollan sus actividades,

Ante la falta de gestión de emociones por parte de las personas con esta patología, se ve la necesidad de realizar acciones que contribuyan a fortalecer el manejo de las mismas, que generen pensamientos, emociones y actitudes positivas de forma gradual, permitiéndoles una mejor adaptación a la nueva condición de salud que les toca vivir y mejorando su calidad de vida.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. DEFINICIÓN DE EMOCIONES

Una de las áreas de mayor interés en la investigación científica y la actividad profesional es el papel de la emoción en la promoción de la salud y génesis de la enfermedad, como en las consideraciones terapéuticas implicadas. Los procesos emocionales han demostrado su relevancia en alteraciones del sistema inmunológico, trastornos del corazón, diabetes mellitus e insípida, trastornos del sueño, cáncer y otras enfermedades.

De ahí una primera aproximación al término, nos dirigimos al Diccionario de la Real Academia Española (2014), donde encontramos la siguiente definición de emoción: “Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática” (RAE, 2014).

Según (Fernández-Abascal y Palmero, 1999; p. 125), Una emoción es un proceso que se activa cuando el organismo detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio con el fin de poner en marcha los recursos a su alcance para controlar la situación.

Por lo tanto, las emociones son mecanismos que nos ayudan a reaccionar con rapidez ante acontecimientos inesperados que funcionan de manera automática, son impulsos para actuar. Cada emoción prepara al organismo para una clase distinta de respuesta; por ejemplo, el miedo provoca un aumento del latido cardiaco que hace que llegue más sangre a los músculos favoreciendo la respuesta de huida.

Denzin (2009 [1984]: p. 66) define la emoción como una experiencia corporal viva, veraz, situada y transitoria que impregna el flujo de conciencia de una persona, que es percibida en el interior de él y recorriendo el cuerpo, y que, durante el trascurso de su vivencia, sume a la persona y a sus acompañantes en una realidad nueva y transformada – la realidad de un mundo constituido por la experiencia emocional’.

Lawler (1999: p. 219) define las emociones como estados evaluativos, sean positivos o negativos, relativamente breves, que tienen elementos fisiológicos, neurológicos y cognitivos.

Brody (1999: p. 15) ve las emociones como sistemas motivacionales con componentes fisiológicos, conductuales, experienciales y cognitivos, que tienen una valencia positiva o negativa (sentirse bien o mal), que varían en intensidad, y que suelen estar provocadas por situaciones interpersonales o hechos que merecen nuestra atención porque afectan a nuestro bienestar.

Por su lado, Martínez-Sánchez, Fernández Abascal, Palmero (2002; p. 78) definen a la emoción como una serie de procesos multidimensionales episódicos de corta duración que, provocadas por la presencia de estímulos o situaciones, que siendo evaluadas y valoradas como potencialmente capaz de producir un desequilibrio en el organismo, dan lugar a una serie de cambios o respuestas subjetivas, fisiológicas, cognitivas y motórico expresivas.

Lazarus (1991; p. 19) define a las emociones como el resultado de un proceso de evaluación cognoscitiva sobre el contexto, los recursos de tratamiento y los posibles resultados de dichos procesos. Son reacciones ante el estado de los objetivos adaptativos cotidianos, que requieren la valoración de lo que está pasando en cada momento.

En los seres humanos, las emociones se presentan de manera general como una experiencia que involucra conjuntos de cogniciones, creencias y actitudes sobre el contexto y el mundo que, de manera general, se utilizan para evaluar determinadas situaciones y estas a su vez tienen influencia en la forma de percibir las situaciones.

Valencia, C. (2016; p. 109) afirma que una emoción puede definirse como la interpretación de un evento y que la sensación que se experimenta es la respuesta hacia la emoción. Las emociones controlan nuestros pensamientos y por lo tanto el comportamiento en general, también afectan el cuerpo y por lo tanto la salud.

Daniel Goleman (1995; P,331) comenzó dando una aproximación en base a la etimología de la palabra. Así, emoción proviene del latín movere-e, que significa moverse hacia. Lo que nos lleva a pensar que se trata de impulsos automáticos que nos mueven hacia una acción. En su best seller, utiliza el término emoción para referirse a “un sentimiento y pensamientos característicos, estados psicológicos y biológicos y una variedad de tendencias a actuar, existen cientos de emociones, junto con sus combinaciones, variables, mutaciones y matices, en cuanto a emociones se refiere existen más sutilezas de las que se pudieran nombrar”

Por otro lado, Paul Ekman (1989, 2005) lleva cincuenta años dedicándose al estudio de las emociones por medio del reconocimiento de las mismas en caras, en distintos pueblos y culturas. En *Emotions Revealed* escribe que: “las emociones determinan la calidad de nuestras vidas”. Este concepto deriva de su maestro, Tomkins (1962), quien consideraba que “las emociones motivan nuestra vida”.

Definiciones más recientes como Hernández (2012), hace referencia a una representación de los estados psicológicos, no sólo son constituidos sino también que ayudan a darle un valor determinado a un acontecimiento dado, es involuntario y completamente subjetivo.

Una emoción es una obra vital personal, que tiene relación con el destino de nuestros objetivos en un episodio particular y con nuestras creencias sobre nosotros mismos y el mundo en el que vivimos. Surge por una valoración del significado o alcance personal de lo que está ocurriendo en ese enfrentamiento (Schmidt; 2008 p. 26).

2.2. EMOCIONES BÁSICAS

Palmero, Martínez, (2008) mencionan que las emociones básicas representan un apartado muy atractivo para el estudio del ámbito emocional en psicología, al mismo tiempo puede representar un puente que permita el estudio comparado de las emociones en el ser humano y en otras especies.

Plutchik, (1991) argumenta que “Las emociones básicas son relevantes en la escala filogenética entera, ya que juegan un papel importante en la adaptación”.

Es posible determinar que emociones se manifiestan de acuerdo con los estímulos que se presentan en el entorno, de ahí que es desarrollo con la edad, el llegar a un punto donde se logran “dominar” o “controlar” y a esto, comúnmente se le conoce como madurez o inteligencia emocional.

Ekman, (1992 citado en Palmero, Martínez, 2008; p. 67). Tradicionalmente se entiende que las emociones básicas son seis: miedo, ira, tristeza, asco, sorpresa y alegría. Cada una de ellas poseen unas especificidades que las diferencian entre sí, tales como patrones conductuales, fisiológicos y expresivos propios.

Las emociones básicas constituyen patrones individuales de conducta expresiva, cada una asociada a un patrón específico de activación fisiológica, a una experiencia cognitiva-subjetiva o sentimiento específico y con un substrato neuroanatómico específico (Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero & García-López, 2006).

El miedo, la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa y el asco son las emociones básicas para las que existe un mayor consenso respecto a su definición conceptual, características definitorias. Desde Darwin hasta autores más contemporáneos, entre ellos Tomkins, Izard y Ekman, se ha resaltado la importancia de las emociones en cuanto a su función adaptativa para la supervivencia del individuo y de la especie.

Todos estos autores asumen la existencia de emociones básicas que son producto de la evolución filogenética y ontogenética y que están relacionadas con estados biológicamente significativos como la procreación, la cría y la amenaza a la integridad de los individuos y de la especie.

En resumen, si bien algunas de las principales discusiones teóricas actuales giran en torno a si existen emociones básicas y si el reconocimiento de éstas es universal, lo cierto es que existen ciertos patrones de reacción afectiva distintivos, generalizados y que suelen mostrar una serie de características comunes en todos los seres humanos. Se trata de las emociones de alegría, tristeza, ira, sorpresa, miedo y asco. Podemos defender incluso que se caracterizan por una serie de reacciones fisiológicas o motoras propias, así como por

la facilitación de determinadas conductas que pueden llegar a ser adaptativas. Por último, tradicionalmente se suelen diferenciar dos grupos de emociones en base a la dimensión de agrado-desagrado. Por una parte, nos encontramos con las emociones positivas, que se caracterizan porque generan una experiencia agradable. Ejemplos de este tipo de emociones son la alegría, la felicidad o el amor. Por otra parte, existe una serie de emociones cuya experiencia emocional es desagradable y que han sido profusamente investigadas en su relación con la salud mental y física.

2.3. COMPONENTES DE LAS EMOCIONES

Las emociones son sistemas rápidos de procesamiento de información que nos ayudan a actuar con un pensamiento mínimo (Tooby & Cosmides, 2008). Los problemas asociados al nacimiento, la batalla, la muerte y la seducción han ocurrido a lo largo de la historia evolutiva y las emociones evolucionaron para ayudar a los humanos a adaptarse a esos problemas rápidamente y con una mínima intervención cognitiva consciente. Si no tuviéramos emociones, no podríamos tomar decisiones rápidas sobre si atacar, defender, huir, cuidar a los demás, rechazar la comida, o acercarnos a algo útil, todos los cuales fueron funcionalmente adaptativos en nuestra historia evolutiva y nos ayudaron a sobrevivir. Por ejemplo, beber leche en mal estado o comer huevos podridos tiene consecuencias negativas para nuestro bienestar. La emoción de disgusto, sin embargo, nos ayuda a actuar de inmediato al no ingerirlos en primer lugar o al vomitarlos. Esta respuesta es adaptativa porque ayuda, en última instancia, a nuestra supervivencia y nos permite actuar de inmediato sin pensar mucho. En algunos casos, tomarse el tiempo para sentarse y pensar racionalmente sobre qué hacer, calcular las relaciones costo-beneficio en la mente, es un lujo que podría costarle la vida. Las emociones evolucionaron para que podamos actuar sin esa profundidad de pensamiento.

➤ Componente fisiológico de la emoción

Las emociones preparan al cuerpo para la acción activando simultáneamente ciertos sistemas y desactivando otros para evitar el caos de sistemas competidores que operan

al mismo tiempo, permitiendo respuestas coordinadas a estímulos ambientales (Levenson, 1999). Por ejemplo, cuando tenemos miedo, nuestros cuerpos apagan temporalmente los procesos digestivos innecesarios, lo que resulta en una reducción de la saliva (boca seca); la sangre fluye desproporcionadamente a la mitad inferior del cuerpo; el campo visual se expande; y se respira aire, todo preparando al cuerpo para huir. Un malentendido común que muchas personas tienen al pensar en las emociones, sin embargo, es la creencia de que las emociones siempre deben producir acción directamente. Esto no es cierto. La emoción ciertamente *prepara* al cuerpo para la acción; pero si las personas realmente se involucran en la acción depende de muchos factores, como el contexto dentro del cual ha ocurrido la emoción, las consecuencias percibidas de las propias acciones y experiencias previas (Baumeister, Vohs, DeWall, & Zhang, 2007; Matsumoto & Wilson, 2008).

➤ **Componente conductual de la emoción**

Las emociones nos preparan para el comportamiento y son importantes motivadores del comportamiento futuro. Muchos de nosotros nos esforzamos por experimentar los sentimientos de satisfacción, alegría, orgullo o triunfo en nuestros logros y logros. Al mismo tiempo, también trabajamos muy duro para evitar fuertes sentimientos negativos. Por ejemplo, una vez que hemos sentido la emoción de disgusto al beber la leche en mal estado, generalmente trabajamos muy duro para evitar volver a tener esos sentimientos (por ejemplo, verificar la fecha de caducidad en la etiqueta antes de comprar la leche, oler la leche antes de beberla, ver si la leche cuaja en el café antes de beberlo). Las emociones, por lo tanto, no sólo influyen en las acciones inmediatas, sino que también sirven como una importante base motivacional para comportamientos futuros.

Las emociones se expresan tanto verbal a través de palabras como no verbal a través de expresiones faciales, voces, gestos, posturas corporales y movimientos. investigaciones sugieren que somos bastante sensibles a la información emocional comunicada a través del lenguaje corporal, aunque no seamos conscientes de ello. El

caso es que los humanos están expresando emociones constantemente al interactuar con los demás. Las emociones y sus expresiones comunican información a los demás sobre nuestros sentimientos e intenciones.

➤ **Componente cognitivo de la emoción**

Las emociones también están conectadas con pensamientos y recuerdos. Los procesos cognitivos (pensamiento) juegan un papel importante en la interpretación de los eventos que desencadenaron la respuesta emocional en primer lugar. Imagina que estás caminando por un sendero y crees que ves una serpiente. Lo más probable es que las respuestas fisiológicas estén sucediendo automáticamente (latidos cardíacos rápidos y respiración, sudoración, tensión muscular) mientras su cuerpo se prepara para la acción. De pronto, te das cuenta de que no es una serpiente en el sendero sino solo un trozo de cuerda de escalada que queda atrás. Tu valoración de la situación como señales no amenazantes a tu cuerpo de que puede desactivar el sistema de excitación. Estas valoraciones están informadas por nuestras experiencias, antecedentes y cultura. Esto significa que diferentes personas pueden tener diferentes experiencias emocionales incluso cuando se enfrentan a circunstancias similares.

Los recuerdos no son solo hechos que están codificados en nuestro cerebro, están coloreados con las emociones sentidas en esos momentos en que ocurrieron los hechos (Wang & Ross, 2007). De esta manera las emociones sirven como el pegamento neural que conecta esos hechos dispares en nuestras mentes. Por eso es más fácil recordar pensamientos felices cuando son felices, y momentos enojados cuando están enojados. Las emociones sirven como base afectiva de muchas actitudes, valores y creencias que tenemos sobre el mundo y las personas que nos rodean. Sin emociones esas actitudes, valores y creencias serían solo declaraciones sin sentido, y las emociones dan sentido a esas declaraciones. Las emociones influyen en nuestros procesos de pensamiento, a veces de manera constructiva, a veces de maneras poco constructivas. Es difícil pensar de manera crítica y clara cuando

sentimos emociones intensas, pero más fácil cuando no estamos abrumados por las emociones (Matsumoto, Hirayama, & LeRoux, 2006).

Por tanto, podemos entender como emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Para entender la emoción es conveniente atender a estas tres dimensiones por las que se manifiesta, teniendo en cuenta que suele aparecer cierta desincronía entre los tres sistemas de respuesta.

Además, la predominancia de cada una de estas dimensiones varía en función de la emoción en concreto, la persona en particular o la situación determinada. Es más, en la mayoría de ocasiones las diferencias entre los distintos modelos teóricos de la emoción se deben únicamente al papel que otorgan a cada una estas tres dimensiones (Chóliz, 2005).

2.4. TIPOS DE EMOCIONES

Las emociones que se pueden manifestar como respuesta a una situación, hecho o evento son prácticamente infinitas de acuerdo con el individuo que las manifiesta, las emociones son por lo general subjetivas y están fuertemente ligadas a experiencias previas del sujeto, o bien pueden ser efectuadas con datos que se tengan referentes al contexto.

Bisquerra, R. (2009) en su libro de Pedagogía de la emociones propone que existen clasificaciones o tipos de emociones, menciona que cada teórico propone sus propias definiciones y que existen muchas coincidencias, sin embargo menciona que no existe ninguna clasificación que haya sido aceptada de manera general, algunos autores se refieren a tres grandes emociones que son el miedo, la ira y la tristeza, sin embargo otros han hecho referencia a que son seis emociones básicas, el miedo, la ira, la tristeza, alegría, sorpresa y asco, existen diferentes modelos y jerarquías, llegando muchos a las mismas conclusiones.

Aunque las emociones no son posibles de clasificar, se han propuesto por diferentes autores los básicos de las emociones, sin embargo, esta clasificación concluye siendo una

cuestión técnica ya que la principal característica de las emociones es que son subjetivas y cada individuo las experimenta de maneras diferentes y en distintas intensidades de acuerdo con su memoria emocional y con las experiencias que estas las acompañan.

Ekman (2003; p. 47) define que existen dos tipos de emociones, emociones negativas y las emociones positivas, esta división generalmente aceptada, el miedo, la ira, la tristeza, el asco y el desprecio son consideradas como emociones negativas, y la felicidad, como emoción positiva, mientras que la sorpresa puede pertenecer tanto a una como a la otra categoría.

Mártinez-Sánchez, (2002) mencionan que la premisa implícita en la mayoría de las investigaciones que durante décadas se han centrado en la relación entre la emoción y la salud es sencilla: se sostiene que los estados afectivos negativos influyen negativamente sobre la salud, mientras que, por el contrario, los positivos pueden contribuir a preservarla. Esta afirmación se ajusta en gran medida a los conocimientos de los que actualmente disponemos, si bien es mucho más compleja de lo que inicialmente se creyó.

Considerando la información que diferentes autores exponen se puede concluir que es posible agrupar los diferentes tipos de emociones, esto por supuesto en base a las sensaciones de agrado o desagrado que producen y la reacción que estas provocan, las emociones positivas como la alegría pueden producir conductas de acercamiento y las emociones negativas como el enojo o la depresión provocan distancia y rechazo.

➤ **Emociones negativas**

Las emociones negativas tienen como consecuencia la reducción en el bienestar de la persona que las experimenta, es por eso que se tiende a evitarlas ya que bloquean la energía de las personas y tienen repercusiones negativas en su salud, por mencionar algunos ejemplos de emociones negativas están el miedo, el asco, la ira y la depresión.

Cano-Vindel, A. (2010) explican que en Psicología las emociones que más se han investigado y estudiado son las emociones conocidas como negativas, estas son comúnmente llamadas de esta manera por que producen una experiencia que es

desagradable, las más importantes son el enojo, la ira y la ansiedad, esta última se presenta bajo situaciones de amenaza y la tristeza que se manifiesta como precursora de la depresión y se presenta mayormente ante situaciones que representan una pérdida.

Recientes estudios holísticos y científicos argumentan que las emociones tienen un gran impacto en los estados de salud y en los hábitos de las personas, una persona que vive emociones negativas a causa de alguna situación, se sabe que esta propenso a manifestar o agravar un padecimiento en el estado de salud físico.

Cano-Vindel, Tobal, (2001) Mencionan que las emociones negativas como son la ira, la ansiedad, la depresión y la tristeza, son adaptables al individuo, en algunas ocasiones se encuentran en algunos individuos reacciones patológicas, esto debido al desajuste en frecuencia o en la intensidad, cuando dicho desajuste sucede pueden aparecer trastornos en la salud mental como en la salud física.

Goleman, (2003) argumenta que cuando reacciones como la tristeza, depresión y la ira alcanzan niveles muy intensos, tienden a provocar cambios conductuales, de manera que se pueden dejar de lado los hábitos saludables como pueden ser el hacer ejercicio físico, comer saludable o mantenerse al margen con sustancias nocivas.

A pesar de la pujante aparición de la psicología positiva en los últimos años, el estudio de las “emociones negativas”, miedo-ansiedad, ira y tristeza-depresión, tuvo durante todo el siglo XX, y sigue teniendo, mucha fuerza en la investigación psicológica. También añadimos el asco, que en los últimos 15-20 años ha sido objeto de interés por parte de la comunidad científica. Un concepto relacionado es el de afectividad negativa, que puede ser entendida como un estado emocional transitorio o como una diferencia persistente en el nivel general de afectividad. La afectividad negativa es un rasgo que refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de situaciones (Watson & Clark, 1984). Este rasgo se solapa con el neuroticismo y la ansiedad, incluyendo sentimientos subjetivos de tensión, preocupación, ansiedad,

ira y tristeza. No obstante, parece necesario describir brevemente cada una de estas emociones.

- **Miedo**

El miedo y la ansiedad son las emociones que han generado mayor cantidad de investigación y sobre las que se ha desarrollado un arsenal de técnicas de intervención mayor desde todas las orientaciones teóricas psicológicas. La expresión patológica del miedo son los trastornos por ansiedad, que están relacionados con una respuesta de ansiedad desproporcionada e irracional ante un peligro inexistente. Es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos.

La distinción entre fobia y miedo podría concretarse en que la reacción de miedo se produce ante un peligro real y la reacción es proporcionada a éste, mientras que en la fobia la respuesta de ansiedad es desproporcionadamente intensa (o innecesaria) con la supuesta peligrosidad del estímulo. Para nuestro fin, no distinguiremos entre ambos términos. El miedo-ansiedad se define como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anularlo o contrarrestarlo mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión; (Sandín & Chorot, 1995).

Este mecanismo funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes. Existe un continuo entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad clínica, ambas tienen la misma fenomenología: cogniciones, neurofisiología y respuestas motoras de defensa o ataque. Sabemos que una cierta cantidad de ansiedad es necesaria para realizar ciertas tareas, para resolver problemas de un modo eficaz.

Existe además una relación simétrica entre nivel de ansiedad (visto como nivel de motivación) y rendimiento (desarrollo de una tarea, mecanismo de resolución de problemas). Así, la relación entre ansiedad y rendimiento viene expresada por una

curva en forma de U invertida. Según la ley de Yerkes-Dodson, formulada en 1908, un déficit de ansiedad conlleva una eficacia de acción baja, mientras que una ansiedad óptima ante determinados problemas propicia el aumento, de forma deseable, de la ejecución o eficacia. Sin embargo, la ansiedad excesiva o clínica actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano y se torna en clínica en las siguientes situaciones:

1. Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta.
2. Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo, y los niveles de alerta persisten.
3. Cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales. Como ya hemos dicho, se han empleado diversos términos para designar la ansiedad clínica, tales como miedo, fobia, etc.

Sin embargo, existe cierto consenso a la hora de considerar estos términos como reacciones equivalentes en cierto modo, si bien, por ejemplo, en el caso del primero, este fenómeno se produciría ante una situación de amenaza real, mientras que en el del segundo las fobias serían ante un peligro no real o sobredimensionado. En cualquier caso, a nivel operativo numerosos autores entienden que dichos términos tienen mucho en común (Martínez Sánchez, 2008; Reeve, 2003; Sandín & Chorot, 1995).

- **Tristeza**

Tradicionalmente se la ha considerado como una de las emociones desagradables, aunque no siempre se puede decir que es negativa. Sobre ella existe gran variabilidad cultural, e incluso algunas culturas no poseen palabras para definirla. No obstante, la tristeza-depresión, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar

“energía” para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación (Whybrow, Akiskal & McKinney, 1984).

Desde el punto de vista de la relación entre las emociones negativas y la respuesta de estrés, la experiencia de estado de ánimo triste dependería de la evaluación cognitiva realizada sobre la demanda situacional y los recursos que posee el sujeto para afrontar la situación, que en tal caso sería negativa y con frecuencia predominaría cuando el/los estresor/es se cronifica/n (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

Otro hecho bastante común es que la ansiedad suele aparecer asociada al cuadro depresivo. En estos casos los síntomas de tensión suelen interferir en la capacidad de disfrute del sujeto con respecto a las actividades agradables y se intensifican las desagradables. En tal caso, al igual que la ansiedad en su forma clínica, estos sentimientos podrían por su duración, frecuencia e intensidad transformarse en una depresión clínica e interferir en la capacidad adaptativa de la persona que los padece. Todo ello resulta coherente con la idea bastante aceptada en la actualidad de que el estrés tiene un importante papel en la génesis de la depresión (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 1997).

En su forma clínica, la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses. Se produce por diversas causas: acontecimientos de la vida diaria, relacionados con pérdidas o incapacidad para hacerles frente (indefensión), cambios químicos en el cerebro, efecto secundario de medicamentos, trastornos físicos o médicos. Los síntomas de la depresión no son los mismos en todos los individuos. La mayoría de sujetos dejan de tener interés por las actividades cotidianas; sienten fatiga o sensación de lentitud; tienen problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o de peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida, pensamientos negativos sobre sí mismos, etc. (Beck et al., 1983; Ellis & Grieger, 1990).

Por lo tanto, la depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico.

- **Ira**

La ira es considerada una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción. Esta emoción puede ser concebida atendiendo a tres tipos de definiciones de la valencia emocional (Lazarus, 1991), es decir, las emociones se pueden entender como positivas o negativas en base a:

- 1) las condiciones que evocan la emoción,
- 2) las consecuencias adaptativas de la emoción o
- 3) la experiencia subjetiva de la emoción.

Así, en primer lugar, la ira puede verse como negativa debido a las condiciones que evocan la emoción, ya que suele ser evocada por acontecimientos aversivos. En segundo lugar, la ira se puede calificar como positiva o negativa cuando es entendida desde el punto de vista de sus consecuencias adaptativas, dependiendo del resultado de una situación particular. Finalmente, la ira se podría ver como positiva o negativa en función de la sensación subjetiva o evaluación de la emoción, dependiendo de si un individuo siente placer/gusto o displacer/aversión tras la experiencia subjetiva de ira.

- **Asco**

El asco es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más patentes. La mayoría de las reacciones de asco se generan por condicionamiento interoceptivo. Está relacionado con trastornos del comportamiento, tales como la anorexia y la bulimia, pero puede ser el componente terapéutico principal de los tratamientos basados en condicionamiento aversivo, tales como la

técnica de fumar rápido, así como en el tratamiento para reducir las náuseas y vómitos anticipatorios a la quimioterapia (Chóliz, 2005).

Esta reacción emocional suele darse ante estímulos desagradables (químicos, fundamentalmente) que son potencialmente peligrosos o molestos. Suele ser muy proclive a los condicionamientos aversivos, siendo los estímulos condicionados mayoritariamente olfativos o gustativos. La actividad fisiológica típica de esta emoción suele ser el aumento en la reactividad gastrointestinal y la tensión muscular. No obstante, las dos reacciones fisiológicas más características y distintivas de esta emoción son las sensaciones de náusea y el aumento de la salivación. Por otra parte, a diferencia de emociones como el miedo y la ira, donde predomina la respuesta simpática del sistema nervioso autónomo, en el asco se ha contrastado una mayor predominancia de la respuesta parasimpática (Rozin, Haidt & McCauley, 2000).

Entre las funciones reconocidas se encuentran la generación de respuestas de escape o evitación de situaciones desagradables o potencialmente dañinas para la salud. Aunque los estímulos incondicionados suelen estar relacionados con la ingesta, de manera que la cualidad fundamental es olfativa u olorosa, los estímulos condicionados pueden asociarse a cualquier otra modalidad perceptiva (escenas visuales, sonidos, etc.). Además, también parece claro que no se puede restringir la emoción de asco a estímulos relacionados con alimentos en mal estado o potencialmente peligrosos para la salud, ya que esta reacción emocional también se produce ante cualquier otro tipo de estimulación no relacionada con problemas gastrointestinales (Chóliz, 2005; Phillips, Senior, Fahy & David, 1998).

Es más, incluso puede producirse reacción de asco ante alimentos nutritivos y en buen estado. Otra de las funciones reconocidas es la de potenciar hábitos saludables, higiénicos y adaptativos (Chóliz, 2005; Phillips et al., 1998). Por último, tiene un papel motivador fundamental ya que induce conductas que implican la necesidad de evitación o alejamiento del estímulo, siendo características las sensaciones desagradables, tales como la náusea, cuando el estímulo es oloroso o gustativo.

➤ **Emociones positivas**

Son aquellas que favorecen una acentuación en el bienestar de las personas que las siente. Estas, además, suelen contribuir favorablemente en la manera de pensar y de actuar de los individuos, proporcionando reservas tanto físicas como psicológicas para tiempos de crisis. Como ejemplos de emociones positivas citamos la alegría, la satisfacción, la gratitud, la serenidad, entre otras.

Vecina, (2006) menciona que dentro del campo de estudio de la psicología se encuentra la importancia del estudio de las emociones positivas como son la esperanza, alegría, satisfacción, y orgullo por mencionar algunas, ha tenido gran relevancia en los últimos años ya que cada vez son más los trabajos que se centran en demostrar que entre las emociones y la salud existe una relación y una experiencia como el bienestar psicológico, la creatividad, la salud y la resiliencia.

Goleman, (2003) argumenta que las emociones positivas se pueden identificar por que se pueden sentir y manifestar de una manera peculiar en contraste con el resto de las emociones, ya que generan un sentimiento de seguridad y de expansión de las opciones, así como de ideas y maneras de reaccionar, las emociones positivas tienen el beneficio de ser disfrutadas en un momento presente y disfrutar de sus consecuencias a futuro.

Las emociones positivas producen un aumento en lo cognitivo y en aspectos de comportamiento, así como también pueden verse reflejadas en un incremento de la atención, mejoramiento de la memoria, fluidez verbal y la apertura mental para recibir nueva información y estímulos externos.

Las emociones positivas son aquellas en las que predomina la valencia del placer o bienestar (Diener, Larsen y Lucas, 2003); tienen una duración temporal y movilizan escasos recursos para su afrontamiento; además, permiten cultivar las fortalezas y virtudes personales, aspectos necesarios y que conducen a la felicidad. Asimismo, son estados subjetivos que la persona experimenta en razón de sus circunstancias, por lo

que son personales e involucran sentimientos (Vecina, 2006). Son descritas como reacciones breves que típicamente se experimentan cuando sucede algo que es significativo para la persona (Contreras y Esguerra, 2006).

Las emociones positivas tienen un objetivo fundamental en la evolución, en cuanto que amplían los recursos intelectuales, físicos y sociales de los individuos, los hacen más perdurables y acrecientan las reservas a las que se puede recurrir cuando se presentan amenazas u oportunidades; asimismo, incrementan los patrones para actuar en ciertas situaciones mediante la optimización de los propios recursos personales en el nivel físico, psicológico y social (Fredrickson, 2001).

Una herramienta afín de las emociones positivas es el abanico de expresiones faciales que las acompañan, aunque es importante resaltar que la gesticulación para la expresión de las emociones negativas es más amplia y clara que para las positivas; en efecto, resulta más fácil reconocer emociones y sentimientos relacionados con la tristeza, la melancolía o el miedo, que los de alegría, satisfacción o placer.

En este sentido, algunas de las emociones positivas más comunes son la felicidad, el amor y el humor. Bajo esta misma línea, Fernández y Palmero (1999) explican que el proceso emocional se desencadena por la percepción de condiciones internas y externas que dan lugar a la evaluación valorativa, para posteriormente producir la experiencia por medio de la expresión corporal o un lenguaje no verbal, convirtiéndolas así en un fenómeno observable (Lyubomirsky, King y Diener, 2005). Así, es posible reconocer si existe una sensación agradable y se precisa de una emoción positiva, a la que además se le otorga el valor de algo bueno (Averil, 1980; cf. Avia y Vázquez, 1998).

Fredrickson (1998) propone cuatro tipos de emociones positivas: la alegría, el interés, el amor y la satisfacción. Por su parte, Seligman (2002) habla del optimismo como una emoción positiva básica, mientras que Diener, Smith y Fujita (1995) conforman la tercera línea teórica y proponen un abordaje más sistemático y empírico que incluya

aspectos cognitivos y biológicos. Estos autores sugieren dos distintos tipos de emociones positivas: alegría y amor.

Por último, Csikszentmihalyi (1998a) emplea el término de “fluidez” como aquel estado emocional positivo en el que la persona se halla totalmente concentrada y abstraída por la tarea, la que le produce placer y gracias a la cual pierde la noción del tiempo. Más adelante se abordan algunas de estas emociones y otras que han sido estudiadas dentro de la psicología de las emociones positivas, lo que además permitirá comprender los beneficios de cultivarlas.

Las emociones positivas son atemporales (Csikszentmihalyi, 1998b) ya que pueden ubicarse en el pasado, presente o futuro. El buscar clasificarlas de esta forma se debe básicamente a que cada tiempo tiene características específicas que ayudan a ubicar las emociones según los estímulos que las producen. Así, las emociones positivas referentes al pasado se hallan mayormente determinadas por pensamientos relacionados con sucesos ya ocurridos, lo que permite interpretarlas. Una de estas emociones es la gratitud, la cual acelera el disfrute y la valoración de los buenos momentos al intensificar los recuerdos positivos. Otras son el orgullo, la satisfacción, la serenidad, la complacencia y la realización personal (Vecina, 2006).

Las emociones positivas centradas en el presente incluyen el placer, que se destaca por su componente sensorial de duración efímera y que implica un pensamiento escaso o nulo, y la gratificación, la cual está directamente relacionada con el desarrollo de las fortalezas y virtudes en la vida diaria de las personas. Otras son la fluidez, la elevación, la alegría, la tranquilidad, el entusiasmo, la euforia y el éxtasis. Por último, las emociones positivas centradas en el futuro tienen como principal característica el “poder y buscar desarrollarse”.

Por ejemplo, el optimismo involucra la interpretación personal de los acontecimientos de manera más positiva (sin dejar de ser realista); en otras palabras, que, aunque cada persona tiene la capacidad de visualizar e interpretar sus emociones según sus propias

expectativas, la valencia de agrado o bienestar predomina en las emociones positivas referentes al futuro. Son ejemplos de estas la esperanza, la fe y la confianza.

Existen evidencias que la experiencia frecuente de emociones positivas origina una extensa diversidad de conductas y pensamientos, optimiza las facultades cognitivas; impulsando una visión más positiva de los problemas o aquellas dificultades y, por ende, fortaleciendo los recursos disponibles para afrontar el estrés (Fredrickson & Joiner, 2002; Folkman & Moskowitz, 2000 citado en Oros, 2008)

- **La alegría y gratitud**

La alegría es una intensa emoción positiva, producida por circunstancias de vida agradables y por progresos significativos en dirección a las metas u objetivos personales. Refiriéndose a un estado general de contentamiento, diversión y regocijo, cuya máxima expresión es la risa (Lazarus, 2000 citado en Oros, 2014).

Según el autor Reeve (1999), describe a la alegría como ampliador de confianza dirigida hacia uno mismo y a los demás, experimentando emociones positivas, lo cual permitirá que se aumenten los vínculos sociales. El significado de la alegría es doble: por una parte, es una sensación positiva derivada de la satisfacción y triunfo. Y por otra, siendo una emoción intrínseca positiva, ésta hace que la vida sea agradable. Asimismo, facilita que las personas participen en actividades sociales.

Por otro lado, la gratitud es una emoción empática de gran relevancia social (Lazarus, 2000). Se percibe gratitud cuando: se obtiene un favor que es valorado como positivo, esta ayuda no se alcanza por el esfuerzo propio, sino que ha sido concedido intencionalmente por un benefactor (Oros, 2014). La gratitud une a los individuos en amistades de reciprocidad, por lo cual es uno de los principios de la sociedad. Además, las personas que son agradecidas disfrutan de mejores relaciones sociales ya que serán queridos y valorados.

- **La serenidad**

Es una emoción intensa, en la cual estarían involucradas la paz y la confianza, ayuda a aquellos pensamientos generadores de angustia, inquietud, intranquilidad sean reducidos (Oros, 2014).

Esta emoción es considerada como una de las más asociadas al afrontamiento exitoso del estrés, porque facilita la capacidad de reflexión, concentración, prepara a la acción que se llevará a cabo, aumentando y desarrollando la creatividad. Disminuye la inquietud motriz, permitiendo que las personas controlen sus impulsos, mostrando menos dificultades para concentrarse, (Nadeau, 2001 citado en Oros, Manucci y Richaud de Minzi, 2011).

El empleo de esta emoción refuerza a que existan modos de afrontamiento más adaptativos frente a los agravios, predisponiéndolos a sustituir las conductas violentas.

- **La simpatía**

Constituye el componente afectivo de la empatía. Envuelve la capacidad de sintonizar con la emoción de los demás y la inclinación a ayudar. De acuerdo a Lazarus (2000, citado en Oros, 2014), la simpatía es un concepto intercambiable con el de compasión.

Braconnier (1997), hace referencia a que la simpatía se concreta en el deseo de ayudar al otro favoreciendo al razonamiento moral. A diferencia de la empatía que va más lejos, se produce cuando el sujeto tiene el sentimiento preciso de poder abrazar al otro hasta el extremo de confundirse con él.

- **La satisfacción personal**

También llamada orgullo, es la emoción positiva que acompaña los procesos de valoración, promoción del self y autoatribución de méritos valiosos (Lazarus, 2000). Es una respuesta afectiva relacionada a la conformidad, aceptación de uno mismo, además de estar ligado a la autoestima.

- **Bienestar**

El bienestar es una de las condiciones que ayudan a lograr un adecuado funcionamiento de la persona dentro de su contexto social, familiar, laboral y personal. De acuerdo con Salotti, P. (febrero 2006), el bienestar y la felicidad forman un binomio inseparable. Por lo tanto, cuando aumenta este sentido de bienestar subjetivo, la persona se vuelve más creativa y su personalidad refleja una actitud rozagante. Posteriormente, esta combinación generará como resultado una motivación interna para actuar sobre un fin previamente establecido.

De acuerdo con la perspectiva empírica, el bienestar se entiende como un juicio cognitivo global que resulta de la combinación de la satisfacción con la vida y el balance generado por la frecuencia de afecto positivo y negativo. De hecho, son estos tres componentes los que por consenso utilizan los investigadores en el campo de la psicología positiva cuando definen operativamente dicho término (Macías, M. enero-abril 2013).

- **Elevación**

La elevación es una emoción positiva que se expresa como un fuerte sentimiento de afecto (Haidt, 2000, 2002) que ocurre cuando se presencian actos que reflejan lo mejor del ser humano, provocando en los demás el deseo de ser mejores personas. La elevación es lo que es posible experimentar cuando, por ejemplo, se observa que alguien festeja el cumpleaños de una persona en situación de riesgo (sin hogar, en pobreza extrema...): le prepara una fiesta con pastel, globos, confeti y demás, mientras el festejado lo agradece con una sonrisa que irradia felicidad. Experimentar esta emoción hace más factible que queramos ayudar a otras personas.

De acuerdo con Seligman (2002), lo anterior tiene importantes beneficios psicológicos y sociales, pues las personas que llevan a cabo lo descrito en el ejemplo se sienten orgullosas de sus acciones, al tiempo que los individuos que son ayudados sienten una extrema gratitud (Fredrickson, 2001). Lo anterior bien podría ser definido

como un bumerang de actos positivos que permite mejorar la calidad de vida de las personas.

- **Fluidez**

La fluidez (flow) es aquella emoción que se experimenta cuando una persona se encuentra totalmente involucrada en la actividad que está realizando (Csikszentmihalyi, 1990); es decir, cuando la persona concentra todos sus sentidos, pensamientos y emociones en lo que sucede en ese momento y pierde la noción el tiempo.

De acuerdo con Nakamura y Csikszentmihalyi (2002), es el momento en que todas las habilidades de la persona se encuentran en equilibrio y funcionan óptimamente, transformando la personalidad y haciéndola más compleja. Sentir fluidez es directamente proporcional a la subjetividad de cada persona, pues puede hacerse presente en un sinnúmero de actividades, como por ejemplo jugar ajedrez, bailar, cantar, pintar o escuchar música, entre muchas otras.

La fluidez se reduce esencialmente al hecho de disfrutar con todos los sentidos lo que se está haciendo en un determinado momento, pero lleva a muchos individuos a transformar actividades rutinarias en experiencias invaluable y totalmente gratificantes para su vida

Por su parte, Kobasa (1979) utilizó el término hardiness para describir a personas que soportan el estrés y no sucumben ante la enfermedad. Riso (2006), a su vez, la concibe como la capacidad del individuo para afrontar las adversidades de la vida, superarlas y “ser transformado positivamente por ellas”. Las personas resilientes son aquellas que ante la adversidad “se doblan, pero no se rompen” y que son capaces de experimentar emociones positivas en situaciones estresantes (Fredrickson, 2001).

Por tal razón, las emociones positivas en los momentos de aflicción hacen más probable que se hagan planes a futuro (Stein, Folkman, Trabasso y Richards, 1997), y por tanto predicen un mejor ajuste psicológico. En general, tal concepto no es un

atributo de la personalidad. Según Rutter (1999), se trata de un proceso interactivo entre varios factores de desarrollo y el ambiente familiar, social y ambiental, pues para el desarrollo humano es un proceso dinámico y bidireccional en el que cada persona reestructura su entorno y recibe la influencia del mismo (Craig, 1997). Sin embargo, como sugiere Grotberg (2002), el papel de la resiliencia radica en desarrollar la capacidad del ser humano para afrontar, sobreponerse, salir fortalecido e incluso transformado por la adversidad.

- **Humor**

La definición de humor tiene variantes según la perspectiva bajo la cual se esté utilizando. Por ejemplo, al hablar de humor como estado de ánimo, podría definírsele como un sentimiento de bienestar, pero también como una fortaleza personal (Seligman, 2002).

El humor se refiere a la capacidad para experimentar o estimular la risa; además, permite interpretar positivamente las situaciones que resultan amenazantes (Martin, Kuiper, Olinger y Dance, 1993). Algunas investigaciones han demostrado que el reír está directamente relacionado con beneficios considerables en los sistemas muscular y cardiovascular (Carbelo y Jáuregui, 2006), además de que favorece las relaciones interpersonales del individuo. Por consiguiente, es un detonador importante de emociones positivas.

2.5. CONCEPTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Baron (1997) definió la inteligencia emocional como un conjunto de habilidades personales, emocionales, sociales y destrezas que influyen en la habilidad para adaptarse y enfrentar a las demandas y presiones del medio. Consideró a la inteligencia emocional como un factor importante en la determinación de la habilidad para tener éxito en la vida, influyendo directamente en el bienestar general y en la salud. Sobre esta base teórica desarrolló empíricamente un modelo, 30 el inventario de cociente emocional de Baron Eq-i; Baron. Este inventario fue estandarizado por Ugarriza (2001), convirtiéndose en

uno de los instrumentos más utilizados en la medición de la inteligencia emocional en adultos. La estructura del modelo de Bar-On de inteligencia emocional puede ser vista desde dos perspectivas diferentes, una sistémica y otra topográfica. Considerando la visión sistemática se contempla que ha sido señalada teniendo en cuenta los cinco componentes principales de la inteligencia emocional y sus respectivos subcomponentes que se relacionan lógicamente y estadísticamente. Por ejemplo, relaciones interpersonales, responsabilidad social y empatía forman parte de un grupo común de componentes sistemáticamente relacionados con las habilidades interpersonales; en vista de ello se han denominado “componentes interpersonales”. Estas habilidades y destrezas son componentes factoriales de la inteligencia no cognitiva y son evaluadas por el Inventario de Inteligencia Emocional. Este inventario genera un cociente emocional y cinco cocientes emocionales compuestos basados en las puntuaciones de 15 subcomponentes.

Salovey y Caruso (2000) proponen un modelo de cuatro ramas en el que se define la Inteligencia Emocional como la habilidad para: Percibir emociones, utilizar las emociones para facilitar el pensamiento, comprender emociones, y regular las emociones. La primera rama se refiere a la habilidad para darse cuenta de las propias emociones y la de los demás. La segunda rama está relacionada con la habilidad de la persona para lograr integrar las emociones y cogniciones. La tercera rama apunta a la habilidad para comprender las emociones con respecto a las relaciones desde su significado e implicaciones. Finalmente, la cuarta rama, habla de la capacidad para regular las emociones, buscando un mayor crecimiento emocional, intelectual y personal. (Bisquerra, 2008).

Manrique (2012) afirmó que la inteligencia emocional es: La capacidad para identificar, diferenciar, reconocer sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos en función a los intereses y necesidades circunstanciales de cada persona; caracterizándose por demostrar la capacidad para motivarse así mismo, demostrar perseverancia, controlar los impulsos, regular el estado de ánimo, evitar que la angustia interfiera la habilidad racional y la capacidad para empatizar y confiar en los demás. (p. 12).

Conforme a esta definición podemos aseverar que la inteligencia emocional es el conjunto de habilidades interrelacionadas que ayudan a las personas a procesar la información emocional. Estas habilidades se desarrollan a través del aprendizaje y de la experiencia, y son susceptibles de entrenamiento. Las habilidades emocionales están asociadas con la empatía, la afabilidad, el comportamiento pro social y la calidad de las relaciones interpersonales; además guardan cierta relación con la tolerancia al estrés, el trabajo en equipo, la toma de decisiones grupales, el potencial del liderazgo y el rendimiento. (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

Romo (2006) afirmó con relación a esta inteligencia que: Las personas con inteligencia emocional: Aprenden a identificar sus propias emociones, manejan sus reacciones emocionales identificando maneras adecuadas de expresarlas, desarrollan una aceptación incondicional de sí mismos o de los demás, potencian el autocontrol y la empatía, desde pequeños aprenden que existen distintos tipos de situaciones que les exigirá unas u otras respuestas para solucionar problemas (p. 56).

Goleman (2000) definió a la inteligencia emocional como “habilidades tales como ser capaz de motivarse y persistir frente a las decepciones; controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar; mostrar empatía y abrigar esperanzas” (p. 52).

Las personas que poseen este tipo de habilidades tienen más posibilidades de sentirse satisfechas y cómodas consigo mismas, permitiéndoles ser más eficaces en su trabajo y así alcanzar más fácilmente el éxito. Además, se identifican por ser alegres, solidarias y saben expresar abiertamente sus sentimientos, comunicándose claramente con los demás.

➤ **Componentes de la inteligencia emocional**

- **El componente Intrapersonal**

Hace referencia a la autoconciencia y la autoexpresión. Dentro del componente hay 5 sub componentes: la comprensión de sí mismo, que es percibir con exactitud nuestras emociones y sentimientos, logrando así comprenderlos y aceptarlos; la asertividad se

refiere a expresar las emociones y pensamientos de uno mismo defendiendo nuestros derechos de manera efectiva y constructiva; el autoconcepto es como nos percibimos, logrando así comprendernos, aceptarnos y respetarnos en nuestras fortalezas y debilidades; la autorrealización es la acción de defender y luchar por las metas personales en base a nuestro potencial, haciéndolo realidad; la independencia significa ser libre e independiente emocionalmente de otros para tomar decisiones y auto dirigirse, sintiéndose seguro. (Ugarriza & Pajares, 2005).

- **El componente interpersonal**

Hace referencia a la conciencia social y las relaciones que tenemos con los otros. Los subcomponentes que envuelven este componente son: empatía, que es la habilidad para tomar conciencia de cómo se siente otra persona, comprenderlos y apreciarlos; relaciones interpersonales significa establecer y mantener relaciones satisfactorias y reciprocidad con otros; responsabilidad social es identificarse, demostrar pertenencia y cooperar con el grupo social que integra. (Ugarriza & Pajares, 2005).

- **Adaptabilidad**

Referido a la gestión del cambio por la cual atraviesa una persona. Los subcomponentes que intervienen son: solución de problemas es la habilidad para identificar las situaciones de riesgo y definir los problemas para luego generar soluciones; la prueba de la realidad es la habilidad para validar la relación existente entre lo percibido y lo que realmente existe; la flexibilidad es la habilidad que uno posee para realizar un ajuste de emociones, pensamientos y conductas que aparecen frente a nuevas situaciones desafiantes. (Martínez & Cerna, 1990).

- **El componente del manejo del estrés**

Es el cuarto componente y consiste en la gestión y regulación emocional. En este aspecto hay dos subcomponentes, las cuales son: tolerancia al estrés que consiste en la habilidad de afrontar y manejar las emociones y pensamientos en situaciones adversas de manera activa y efectiva; el control de impulsos es la habilidad para

manejar un impulso con la finalidad de controlar nuestras emociones. (Ugarriza & Pajares, 2005).

- **Componente es el estado de ánimo en general**

El cual tiene como sub componentes: la felicidad es la habilidad para sentirse satisfecho con uno mismo, disfrutar con los otros y con la vida en general; el optimismo es la habilidad para mantener un positivo al mirar lo hermoso de la vida, a pesar d los aspectos negativos que se presenten.

2.6. CARACTERÍSTICAS DE LAS EMOCIONES

La principal característica de las emociones y del cómo es posible identificarlas y diferenciarlas, va de acuerdo con las experiencias, el significado y la interpretación de cada individuo, de manera general y quizás cultural se pueden definir, pero definitivamente es cada individuo quien hace su propia definición, interpretación y vivencia de las emociones que experimenta, mucho se relacionan los estados emocionales con los estados de salud.

2.7. FUNCIÓN DE LAS EMOCIONES

Según Bisquerra Alzina, Pérez González & García Navarro (2015), las emociones cumplen una serie de funciones, ya que desempeñan un papel esencial en todos los aspectos de la vida. Por un lado, tienen una función de adaptación ya que nos ayudan a adaptarnos a las diferentes situaciones que vivimos porque son las encargadas de promover las acciones que realizamos. También, cumplen un papel informativo porque en función de nuestras emociones nos comunicaremos de un modo u otro con el resto de personas y les informaremos de cómo nos sentimos, además las emociones informan al sujeto sobre cómo se siente y qué debe hacer ante ello, por ejemplo, cuando un alumno/a en el aula se siente triste el resto de compañeros se da cuenta inmediatamente por la expresión y forma de actuar que tiene.

➤ **Función adaptativa**

Una de las funciones más importantes de la emoción es la de preparar al organismo para ejecutar eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado. Plutchik destaca ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique a cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que les corresponde. La correspondencia entre la emoción y su función son las siguientes: miedo-protección; ira-destrucción; alegría-reproducción; tristeza-reintegración; confianza-afiliación; asco-rechazo; anticipación-exploración; sorpresa-exploración. Relacionada con esta función adaptativa se encuentra la evidencia de que bajo ciertas circunstancias (predisposición, recurrencia, intensidad) la activación del sustrato fisiológico de cada emoción puede tener consecuencias sobre la salud de los individuos y en general juegan un papel importante en el bienestar/ malestar psicológico de los individuos, que no deja de ser un indicador del grado de ajuste/ adaptación del individuo (Plutchik, 1980).

➤ **Función social**

Las emociones también cumplen una función importante en la comunicación social. Según Izard (1993) existen varias funciones sociales de las emociones, como son: a) facilitar la interacción social, b) controlar la conducta de los demás, c) permitir la comunicación de los estados afectivos y d) promover la conducta prosocial. Por ejemplo, una emoción como la felicidad favorece los vínculos sociales y las relaciones interpersonales, mientras que la ira puede generar respuestas de evitación o de confrontación. Es decir, las emociones juegan un doble papel en su función comunicativa. En primer lugar, la expresión de las emociones podría considerarse como una serie de estímulos discriminativos que indican la realización de determinadas conductas por parte de los demás. Así, en muchos casos la revelación de las experiencias emocionales es saludable y beneficiosa, tanto porque reduce el

trabajo fisiológico que supone la inhibición, como por el hecho de que favorece la creación de una red de apoyo social para la persona afectada. Sin embargo, en ocasiones los efectos sobre los demás pueden llegar a ser perjudiciales, hecho éste constatado por la evidencia de que aquéllos que proveen apoyo social al enfermo, como por ejemplo los cuidadores primarios informales, sufren con mayor frecuencia trastornos físicos y mentales (Losada, Márquez-González, Peñacoba, GallagherThompson & Knight, 2007). En segundo lugar, la represión de las emociones tiene una función social, por cuanto puede ser socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales con capacidad de alterar las relaciones sociales y afectar incluso la propia estructura y funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social.

➤ **Función motivacional**

La relación entre emoción y motivación es estrecha, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada: dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Una conducta “cargada” emocionalmente se realiza de forma más vigorosa, de manera que la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la ira facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc. Por otro lado, la emoción dirige la conducta, en el sentido de que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características de agrado o desagrado de la emoción. La función motivacional de la emoción sería congruente con lo que hemos comentado, la existencia de las dos dimensiones principales de la emoción: agrado o desagrado e intensidad de la reacción afectiva.

2.8. PSICOLOGÍA Y EMOCIONES

El poder de las emociones es un área a la que frecuentemente se resta importancia, sin embargo, es uno de los principales enfoques de estudio de la psicología, el saber los cambios comportamentales asociados a las emociones y conocer la asociación entre emociones y enfermedades.

De acuerdo con lo mencionado por Fernández, M. (2010). Villegas M. Aurelio, (2018, p. 96)., Es de interés de la psicología el investigar las reacciones comportamentales que son provocados por emociones ante determinado sentimiento, conocer también cuales son los sentimientos que se manifiestan a nivel masa y como se viven a nivel individual,

2.9. REACCIONES EMOCIONALES ANTE LA ENFERMEDAD

Las emociones que puede presentar una persona a lo largo de su vida son infinitas y siempre diferentes en intensidad y origen, existen de acuerdo con los expertos, dos tipos de mociones que son las positivas y las negativas, estas definidas por el causal y las sensaciones de malestar y/o bienestar que provocan en quien las experimenta.

Generalmente al enterarse de algo que no es favorable, las reacciones emocionales suelen manifestarse y de acuerdo con la inteligencia emocional del afectado poder entender o negarse rotundamente, ante la sorpresa es común manifestar miedo, enojo e ira,

Según lo que menciona Domínguez, Reyes, (2014; p. 118). La reacción de las personas que han sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica, reaccionan con miedo ante la noticia, sin embargo, el problema no radica al total de la enfermedad, si no en su relación con esta y con ellos mismos, con sus hábitos y la relación con su entorno social.

2.10. COMO SE PRODUCE UNA EMOCIÓN

Una emoción se activa a partir de un acontecimiento. Su percepción puede ser consciente o inconsciente. El acontecimiento puede ser externo o interno; actual, pasado o futuro; real o imaginario. Un acontecimiento interno puede ser un dolor de muelas que anticipa la visita al dentista. Aparte de los típicos acontecimientos que activan las emociones, otros

ejemplos son un pensamiento, imaginar un logro que me hace ilusión, una fantasía, un recuerdo, etc.

De acuerdo a R. Bisquerra (2009, p. 16). El acontecimiento también se denomina estímulo. El acontecimiento o estímulo a veces recibe el nombre genérico de objeto. Dentro de los objetos que son estímulos que pueden generar emociones están los hechos, las cosas, los animales, personas, etc. La mayoría de las emociones se generan en la interacción con otras personas.

2.11. TRADICIÓN NEUROLÓGICA DE LAS EMOCIONES

La tradición neurológica pone el énfasis en la activación del Sistema Nervioso Central (SNC), más que en el sistema periférico. Se inicia con Walter B. Cannon (1927, 1929), quien afirma que las vísceras son demasiado insensibles y su acción demasiado lenta como para producir las sensaciones requeridas por la teoría de James-Lange. Dando un paso más, propuso una alternativa que se ha conocido como “teoría emergentista”, “teoría neurofisiológica” o “teoría talámica”, cuya confirmación experimental fue realizada por Bard (1928; p. 449). Por eso se conoce como teoría de Cannon-Bard. Esta teoría parte de la crítica a la teoría de James-Lange

De acuerdo con la teoría de Cannon-Bard, los cambios corporales cumplen la función de preparar al organismo para actuar en las situaciones de emergencia. El estímulo emocional origina unos impulsos que, a través del tálamo (centro principal de la teoría de Cannon), llegan a la corteza cerebral. Al mismo tiempo, el tálamo envía impulsos a las vísceras y músculos para que produzcan cambios comportamentales. Es decir, tanto la experiencia emocional como las reacciones fisiológicas son acontecimientos simultáneos que surgen del tálamo.

Cannon acertó en que la base nerviosa de la emoción es central, y no periférica, como proponía James. Sin embargo, investigaciones posteriores realizadas en los años cuarenta y cincuenta, principalmente por Hess, Papez, MacLean, Pibran, Moruzzi, Magoun,

Lindsey, Duffy y otros, han demostrado que no es el tálamo la región del sistema nervioso que genera las emociones.

Papez (1937) propone que las estructuras neurales del “cerebro antiguo”, conocido desde entonces como “circuito de Papez”, desempeñan un papel importante en la emoción. Propone que las aferencias sensoriales, tras llegar al tálamo, se dividen en tres rutas: a la corteza cerebral (corriente del pensamiento), a los ganglios basales (corriente del movimiento) y al hipotálamo (corriente del sentimiento). En este planteamiento están presentes, de alguna forma, los tres componentes de la emoción (psicofisiológico, comportamental y cognitivo).

McLean (1949) apuntó hacia la amígdala como núcleo de procesamiento de las emociones. La amígdala se encuentra en las estructuras subcorticales, a las que desde entonces se conoce como “sistema límbico”, que es donde se procesan las emociones. Investigaciones más recientes han demostrado el papel preponderante que juega la amígdala en el comportamiento emocional. En definitiva, es el sistema límbico el que desempeña un papel preponderante en las emociones.

Olds y Milner (1954), con su defensa de la existencia de centros de placer, centros de dolor y centros neutros en el cerebro, plantea la participación directa del sistema límbico como sustrato general de las emociones, en el que participan el área septal, la amígdala, la corteza del cíngulo e hipocampo. Incluyen, también, conexiones con el hipotálamo y el núcleo anterior del tálamo. Sus experimentos de laboratorio, realizados mediante la estimulación eléctrica de diversas zonas de los cerebros en ratas, les permiten diferenciar tres subestructuras en el sistema límbico:

- Subsistema I, relacionado únicamente con la olfacción;
- Subsistema II, directamente implicado en el control de la conducta emocional, está conformado por el área septal, la amígdala y el hipotálamo anterior;
- Subsistema III, con funciones no muy constatadas, está conformado por la corteza del cíngulo, el hipocampo, el hipotálamo posterior y el núcleo anterior del tálamo.

Siendo el subsistema II el que parece estar más implicado en las emociones, especialmente, al constatar empíricamente que se puede conseguir placer mediante estimulación eléctrica de diversas partes del cerebro (Palmero, 1997).

Las investigaciones de Olds y Milner (1954), vinieron a aportar datos importantes a los estudios de la motivación, al demostrar que la estimulación eléctrica del hipotálamo y las regiones asociadas pueden actuar como refuerzo o recompensa de la conducta independientemente de la presencia o ausencia de necesidad. El valor que, ambos autores, otorgaron a las neuronas dopaminérgicas del área límbica fue lo que les llevó a otorgarles un papel decisivo en la activación en los estados emocionales. Así también, al enviar estas neuronas dopaminérgicas sus axones al núcleo accumbens, al estriado y a la corteza frontal, participa también en la motivación. Con ellos, se amplía el campo de estudio de las emociones desde la estructura neurológica hasta la función de los neurotransmisores en su génesis, en su transmisión y en su expresión.

2.12. CALIDAD DE VIDA

➤ Definición de calidad de vida

La OMS – 1994 define la calidad de vida como los sentimientos que refieren las personas sobre sus expectativas y perspectivas en relación a su vida, donde incluyen sus metas, objetivos, valores, sueños y esperanzas.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". Está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno, Diaz RAF, Bravo, EA 2003.

La calidad de vida es definida en forma práctica como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que permite realizar actividades y mantener una sensación positiva de su vida. La medición de la misma es subjetiva debido a estar

influenciada por la personalidad y el entorno en el cual se desarrolla el individuo, Diaz RAF, Bravo, EA 2003.

Los autores Schumaker y Naughton en el año 1996 indicaron que la calidad de vida, es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. La esencia de este concepto es reconocer la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias.

En 1994 el grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) compuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”, Carrillo-Algara AJ, Torres-Rodríguez GA, Leal-Moreno CS. 2018.

Las escalas que calculan Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) son habitualmente cuestionarios que encierran los elementos físicos, emocionales, cognitivos, sociales, los conocimientos de salud/bienestar y las perspectivas futuras y se clasifican genéricamente y evalúan la CVRS en la población en general o grupo etario, y específicos en una enfermedad o complicación de salud. Massa R, Moreno B, Muñoz C, 2018.

En relación a la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación equipo de salud-paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fue el soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud.

El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al

cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

➤ **Dimensiones de la calidad de vida**

- **Dimensión física**

Percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas derivados por la enfermedad y los efectos contraproducentes del tratamiento. No hay incertidumbre que estar sano es un módulo esencial para poseer una vida con calidad.

- **Dimensión psicológica**

Percepción del individuo y su estado cognitivo, afectivo como miedo, angustia, incomunicación, pérdida de autoestima, inseguridad del futuro. Incluye creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- **Dimensión social**

Percepción del individuo de las relaciones interpersonales y roles sociales en la vida como la escasez de apoyo familiar y social, relación médico-paciente, ejercicio laboral
Rivera-Vázquez P, Rojas W, 2018.

2.13. LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

A continuación, tenemos las siguientes definiciones sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

Patrick y Erickson en el año (1993) definen a la calidad de vida relacionada con la salud como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Carrillo-Algara AJ, Torres-Rodríguez GA, Leal-Moreno CS. 2018.

Echteld, Elderen, definen a la calidad de vida relacionada con la salud como resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; como la satisfacción que perciben con la vida, afectos positivos y la ausencia de efectos negativos. Urzúa M A. 2010

El grupo WHOLQOL en 1995 consensuó los siguientes atributos de la calidad de vida relacionada con la salud: subjetiva, multidimensional, incluye sentimientos positivos y negativos, y es variable en el tiempo.

Es difícil encontrar un consenso a la hora de definir la Calidad de vida relacionada con la salud una concepción aceptada actualmente se centra en la evaluación subjetiva de la persona sobre cómo influyen en el estado de salud la atención sanitaria y la promoción de salud sobre su capacidad para tener un nivel de funcionamiento que le permita seguir realizando aquellas actividades que le resultan importantes y afectan a su bienestar.

Por tanto la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto construido a partir de múltiples facetas de la vida y situaciones del paciente, que se agrupan en torno a varias dimensiones: funcionamiento físico, bienestar psicológico, estado emocional, dolor, funcionamiento social, percepción general de la salud y otros factores, en los que se englobarían la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre la productividad laboral y las actividades de la vida diaria.

También se han utilizado frecuentemente como indicadores de calidad de vida relacionada con la salud el número de visitas al médico por enfermedad o problemas médicos y la necesidad de utilizar fármacos, donde se evalúan: según Rebollo-Rubio A, Morales-Asencio JM, Pons-Raventos ME, 2015.

- **Carga de enfermedad renal:** Las personas que padecen una enfermedad crónica como la enfermedad renal suelen estar más interesadas en conseguir la mejor calidad de vida posible que en buscar la curación, ya que saben que quizás tengan que vivir mucho tiempo con la enfermedad.

- **Problemas de la enfermedad renal:** Los pacientes que deben someterse a tratamientos sustitutivos altamente invasivos involucran cambios de vida en los ámbitos físico, psicológico y social para el paciente y su familia. Las diferentes modalidades de tratamiento renal sustitutivo (hemodiálisis y diálisis peritoneal), tienen diferentes repercusiones en las personas. Para las personas en hemodiálisis (HD), la diálisis se convierte en el eje de su vida, implicando grandes restricciones. Las personas tratadas con diálisis peritoneal tienen más flexibilidad en horarios y menos restricciones para los desplazamientos, pudiendo alcanzar una mayor compatibilidad con otras responsabilidades. La diálisis conlleva cambios adversos, ante los cuales las personas ponen en marcha pensamientos y acciones para afrontarlos, unos consiguen encontrar una vida más o menos satisfactoria mientras que otros se sumen en el pesimismo y el abandono.
- **Efectos de la enfermedad renal:** Algunos estresores en la vida de los pacientes en hemodiálisis pueden causar cambios en diferentes contextos del estado de los pacientes, como la vida familiar, marital, limitaciones económicas, cambios en el empleo, efectos de la medicación, conocimientos para afrontar la muerte, restricciones de la dieta, social u ocupacional, Cobo Sánchez JL, Pelayo Alonso R, Ibarguren Rodríguez E. 2011.

2.14. EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.

La investigación reciente en psico-neuroinmuno endocrinología comienza a sentar bases empíricas que establecen relaciones entre estado de ánimo e inmunidad y a su vez la influencia sobre el estado de ánimo de la esperanza, las "ganas de vivir" o, inversamente, el desaliento, la pérdida de sentido, la soledad.

Desde el punto de vista clínico, es clásico observar que, para muchos pacientes sus valores personales o sus creencias religiosas, ideológicas, políticas, influyen sobre su estado de ánimo y pueden ser una fuente de fortaleza que influye sobre la salud. La necesidad de

darle un sentido a la vida es un rasgo universal, que es esencial a la vida misma y la falta de sentido puede engendrar sentimientos de vacío y desesperación (¿Para qué vivir? ¿Cuál es el sentido?).

Surge entonces, la necesidad de esperanza y voluntad de vivir como algo importante tanto para personas sanas como enfermas. Se ha demostrado que para los pacientes la esperanza y la voluntad de vivir son factores importantes en el proceso de recuperación. Para muchas personas la fe en sí mismos, en los otros o en un ser superior contribuye a dar sentido a la vida y puede tener influencia sobre el nivel de esperanza y el deseo de vivir.

Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas.

Schwartzmann L. 2003

2.15. AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes crónicos mide el nivel de bienestar y satisfacción asociado a la vida de un individuo y cómo está afectada por la enfermedad desde el sitio del paciente. En el tema del paciente con insuficiencia renal crónica, la dimensión física concierne a la sensación de debilidad, síntomas asociados a la enfermedad, la dimensión psicológica comprende pensamientos y sentimientos de afrontamiento al escenario actual, la dimensión social contiene la apreciación de las relaciones consigo mismo y con su entorno. Por lo tanto, la rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en hemodiálisis es objetivo de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica avanzada, donde parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy apreciable. [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2022].

2.16. DEFINICIÓN DE SALUD

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», OMS (1948).

En el 1956, René Dubos expresó: "**Salud** es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado", En esta definición, Dubos circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental.

En el 1959, Herbert L. Dunn describió a la salud de la siguiente manera:

Alto nivel de bienestar:

- Un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz.
- Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado.

Tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social: El ser humano ocupar una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea.

Buena salud: Estado pasivo de adaptabilidad al ambiente de uno.

Bienestar: Un crecimiento dinámico hacia el logro del potencial de uno.

En este concepto de salud se menciona por primera vez la dimensión social y se define lo que significa bienestar. En los siguientes años este concepto social de la salud se sigue enfatizando. Edward S. Rogers (1960) y John Fodor et al (1966) también incluyen el componente social al concepto de salud. Mencionado por E. Lopategui, 2000.

Según Salleras Sanmartí la definía así en el año 1985: "El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento dentro de los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad".

Definiciones de Salud Pública:

Según Winslow, 1920: "la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". Mencionado por Hernández, I. Boluma, F. y Gil, A. 2005

Por su parte Hanlon, 1974: define "La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con el conocimiento y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados; con el propósito de contribuir al desarrollo de la vida del individuo y de la sociedad". Mencionado por Hernández, I. Boluma, F. y Gil, A. 2005

Para Milton Terris, 1990: "La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". Mencionado por Hernández, I. Boluma, F. y Gil, A. 2005

Esta disciplina enfoca el tema de la salud en un contexto colectivo, buscando mediante la aplicación de diversos enfoques de intervención, influir positivamente para evitar la ocurrencia de enfermedad. Esto se debe a que el individuo transcurre en un eje vital continuo, en el que se producen momentos de interacción individual entre éste y su medio,

así como complejas relaciones colectivas sustentadas por una intrincada malla de interacciones sociales que los individuos desarrollan en sus comunidades.

Luego, es lógico percibir al individuo como integrante de un colectivo, sin que por ello pierda su carácter de persona individual. A diferencia de la medicina clínica, la cual opera en un nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos humanos o poblaciones. Esta perspectiva poblacional inspira sus dos aplicaciones, como campo del conocimiento y como ámbito para la acción.

La salud pública requiere para su adecuado desarrollo de la colaboración activa de un conjunto de disciplinas. Como eje central de estos aportes se encuentran las disciplinas médico biológicas y particularmente la epidemiología, y las ciencias sociales. Por tanto, su objeto de estudio son los procesos salud-enfermedad y sus determinantes, y la respuesta social a esas condiciones de salud; referidos a un nivel de agregación poblacional.

2.17. DEFINICIÓN DE SALUD EMOCIONAL

Según Goleman (1999), hace referencia al manejo responsable de las emociones, al reconocerlas, dándoles nombre, aceptándolas, integrándolas y aprovechándolas, por lo que la persona sana emocionalmente controla sus emociones de manera asertiva.

La salud emocional se define como el estado de bienestar, entendiéndose este bienestar como la situación que le permite a las personas ser conscientes de sus auto-capacidades, gestionar las dificultades normales de la vida diaria y llevar a cabo trabajos productivos. OMS (1948)

Según Barrera Soriano (2010; p. 97). La salud emocional es el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; reconociéndolos, dándoles un nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando la energía vital que generan para que estén al servicio de los valores.

Las personas emocionalmente sanas controlan sus sentimientos de manera asertiva y se sienten bien acerca de si mismo, tienen buenas relaciones personales y han aprendido maneras para hacerle frente a situaciones, hechos, eventos y a los problemas de la vida cotidiana.

2.18. DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD

Se define **enfermedad** como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible". ONS (2009).

Auguste Comte (filósofo positivista del siglo XIX) también asume una actitud naturalista. Para Comte (según Canguilhem (pp. 30) (14)), todas las enfermedades admitidas "sólo son alteraciones de lo normal"; asume que no podrían existir desórdenes de las funciones vitales sin lesiones de órganos o más bien de tejidos. Explica que todas las enfermedades consisten fundamentalmente "en el exceso o defecto de la excitación de los diversos tejidos por encima y por debajo del grado que constituye el estado normal".

Para Rene Leriche, (pp. 67) (14). (médico francés de inicios del siglo veinte), la enfermedad es una "novedad fisiológica". "La enfermedad ya no se nos aparece como un parásito que vive sobre el hombre y del hombre a quien agota. La consideramos como la consecuencia de una desviación, inicialmente mínima, del orden fisiológico. En suma, es un orden fisiológico nuevo y la terapéutica tiene que plantear como objetivo la tarea de adaptar al hombre enfermo a ese orden".

2.19. ENFERMEDAD CRÓNICA

En múltiples definiciones de «enfermedad crónica» se deduce la importancia de estos factores al destacar que se trata de:

«un proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible». (Oblitas Guadalupe, L.A. y cols., 2006).

El impacto psicológico que genera una enfermedad crónica en el ciclo vital de los pacientes, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación con el futuro.

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con una enfermedad crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación más rápida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita. Sin embargo, ello supone estudios acerca del componente psicológico de estas enfermedades, que deberán trascender del nivel descriptivo al explicativo.

De acuerdo al estado de este problema científico y sin negar los avances en la Psicología de la Salud, aún existen enfermedades crónicas en las que el desarrollo de las investigaciones en el área de la Psicología de la Salud se encuentra menos avanzado, como es el caso de la Enfermedad Renal Crónica.

De análisis anterior se desprende la importancia de comparar las características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica en su relación con la evolución de la enfermedad durante el proceso de su tratamiento.

2.20. INSUFICIENCIA RENAL.

Según (Chiesura, G y Mattauch, S. 2001; p.134). Es el deterioro de la capacidad funcional de los riñones, que se traduce en la disminución de la excreción de productos de desechos, la alteración del equilibrio Hidroelectrolítico, disminución de la capacidad reguladora metabólica y endocrina.

Para (Amador, 2020) La insuficiencia renal comprende un amplio término empleado para determinar el resultado de múltiples lesiones a nivel de los riñones que ocasionan una pérdida progresiva de su funcionabilidad, manifestándose a través de la inadecuada

eliminación de los desechos, líquidos y minerales que al permanecer acumulados en el organismo se convierten en sustancias tóxicas que inducen a problemas de salud peligrosos.

Según (Alarcón et al., 2021). La insuficiencia renal conduce a una pérdida de la homeostasis y degeneración de las funciones del organismo. Los riñones poseen funciones básicas: depuración o eliminación de sustancias de desechos, regulación hidroelectrolítica, equilibrio ácido-base y secreción de hormonas.

Por lo anteriormente expuesto, las personas con diagnóstico de insuficiencia renal crónica requieren un tratamiento de por vida a través del trasplante del órgano afectado o diálisis con la finalidad de prolongar la vida del enfermo.

2.21. CLASIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL

Con respecto a la pérdida total o parcial de la función renal puede darse de manera aguda o crónica, clasificándose según el tiempo de progresión y severidad de la enfermedad:

➤ Insuficiencia renal aguda (IRA)

Consiste en la rápida y repentina pérdida de la función renal que puede ser reversible.

➤ Insuficiencia renal crónica (IRC)

Para (Arcentales & Rodríguez, 2018). Es la pérdida irreversible de la función renal que se manifiesta de manera progresiva por lo menos durante 3 meses

Según (Martínez & Guerra, 2020) Lo define a la insuficiencia renal crónica (IRC) como el resultado de varias patologías que originan una alteración de las estructuras renales asociado a una pérdida progresiva de la función renal que se evidencia con el valor del filtrado glomerular o clearance de creatinina menor a 60 ml/min/1,73 m² durante un tiempo mayor a 3 meses.

Para la (OMS, 2019). La insuficiencia renal crónica (IRC) se considera actualmente como una problemática de salud a nivel mundial; esta patología se deriva de la pérdida de la función renal de forma permanente y de carácter progresivo por múltiples

condiciones de tipo hereditario o congénito. La insuficiencia renal crónica se caracteriza por el deterioro irreversible del riñón con la incapacidad de conservación de líquidos y el metabolismo, lo que conlleva a la uremia.

2.22. CLASIFICACIÓN Y PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

CUADRO N° 1: Clasificación de Enfermedad Renal Crónica

Categorías del Filtrado Glomerular		
Categoría	Velocidad de Filtración Glomerular o VFG (ml/min/1,73 m²)	Descripción
G1	> 90 (sin daño renal)	Normal o elevado
G2	60-89	Ligeramente Reducida
G3	30-59	Ligera a moderadamente reducida
G4	15-29	Severamente reducido
G5	< 30 (ó diálisis)	Fallo renal terminal
Categorías de albuminuria		
Categoría	Cociente albumina/creatinina en mg/g (A/C)	Descripción
1	< 30	Normal a ligeramente elevada
2	30-300	Moderadamente elevada
3	> 300	Muy elevada

Fuente: Lorenzo Sellarés, Enfermedad Renal Crónica. Nefrología al día, 2019.

2.23. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los signos y síntomas de la Insuficiencia Renal Crónica varían de acuerdo al estadio y grado de afección renal, para el presente estudio se describen manifestaciones iniciales y de estadio avanzado.

- **Manifestaciones iniciales:** Inapetencia, sensación de malestar, fatiga moderada, cefalea, prurito, náuseas y pérdida repentina de peso (Arévalo & Cárdenas, 2018).
- **Manifestaciones en estadios avanzados:** Piel oscura, dolor osteomuscular, somnolencia, edema en extremidades, calambres musculares, fluorosis, formación de hematomas, disnea, vómitos y sed excesiva (Arévalo & Cárdenas, 2018).

2.24. DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La organización internacional KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) define a la ERC por la presencia de cambios de estructura o función renal durante un tiempo mayor a los tres meses, con consecuencias para la salud aparte de la causa de manifiesto mediante distintos criterios. Pottel H, Hoste L, Yayo E, Delanaye P- 2017,

- **Disminución del filtrado glomerular (FG)** ($< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$), medido con marcadores exógenos (FGm) o estimado por ecuaciones a partir de los marcadores endógenos (FGe).
- **Presencia de lesión o daño renal**, hace referencia a la presencia de alteraciones estructurales no funcionales del riñón detectadas directamente en la biopsia renal o indirectamente, por la presencia de albuminuria, proteinuria, alteraciones en sedimento urinario, pruebas de imagen, hidroelectrolíticas o de otro tipo de origen tubular o historia de trasplante renal.

Se debe tomar en cuenta que un solo criterio de los dos es suficiente para diagnosticar ERC, y subrayar que la presencia de marcadores de lesión renal es necesaria para apuntar a un paciente con ERC si su FG es $> 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ Pottel H, Hoste L, Yayo E, Delanaye P- 2017

- **Evaluación de la filtración glomerular**

La FG es el mejor índice para determinar la función renal y corresponde al volumen de plasma del que una sustancia es totalmente eliminada por el riñón por unidad de tiempo; este valor varía con la edad, el sexo y la masa corporal, situándose clásicamente alrededor de $125 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ en individuos adultos jóvenes. Perez-Gomez MV, Bartsch LA, Castillo-Rodriguez E, Fernandez-Prado R, Fernandez-Fernandez B, Martin-Cleary C. 2018.

La valoración de la FG permite la identificación y clasificación en estadios de la ERC, así como monitorizar su progresión. Su disminución se asocia con mayor morbimortalidad cardiovascular y progresión hacia ERC terminal. Perez-Gomez MV,

Bartsch LA, Castillo-Rodríguez E, Fernández-Prado R, Fernandez-Fernandez B, Martin-Cleary C. 2018

La determinación de la creatinina sérica y estimación del FG o del aclaramiento de creatinina mediante la fórmula:

- **Cockcroft-Gault:**

Depuración Cr (mL/min/1,73m²) = (140 – edad) x peso x 0,85 si es (mujer)/ 72 x Cr. Este cálculo es menos preciso en pacientes mayores de 65 años o con pesos extremos. Borrego MY, Serra VMA. 2020.

- **Modificación de la dieta en la enfermedad renal**

(modification of diet in renal disease o MDRD): Filtración glomerular (mL/min/1,73m²) = 186 x (Cr)⁻¹ x (edad)⁻¹ x (0,742 si es mujer) x (1,21 si es de raza negra). Borrego MY, Serra VMA. 2020.

- **Evaluación de la lesión o daño renal**

Albuminuria/proteinuria

La albuminuria puede ser un marcador precoz de ERC que la reducción del FG, este no es sólo un signo de lesión renal sino también de daño sistémico (disfunción endotelial generalizada, remodelado arterial y riesgo cardiovascular elevado). Por otro lado, la disminución de la proteinuria/albuminuria está asociada con una progresión más lenta de la ERC y es por eso que su reducción tiene un objetivo terapéutico. Borrego MY, Serra VMA. 2020.

La presencia de concentraciones elevadas de proteínas o albúmina en orina junto al FG

Es la base del diagnóstico y clasificación actual en estadios de la ERC. Borrego MY, Serra VMA. 2020.

Alteraciones del sedimento urinario

Los indicadores de lesión renal están dados por la presencia de hematíes dismórficos y/o cilindros hemáticos (glomerulonefritis proliferativas, vasculitis),

cilindros leucocitarios (pielonefritis o nefritis intersticiales), lipídicos (patologías proteinúricas), células tubulares renales o cilindros granulares y céreos.

Microalbuminuria

Es la excreción urinaria persistente de albúmina que no puede ser detectada con métodos convencionales de diagnóstico. Se consideran valores positivos en el rango de 20-200 µg/minuto o 30-300 mg/24 horas. Por arriba de estos valores se considera proteinuria o macroalbuminuria Pelayo-Alonso R Sra, Cagigas-Villoslada MJ Sra, Martínez-Álvarez P Sra, Cobo-Sánchez JL Sr, Ibareguren-Rodríguez E Sr, Sáinz-Alonso RA Sra. 2022

➤ **Diagnóstico por imagen**

• **Ecografía**

Este estudio es una prueba obligada en todos los casos para comprobar la existencia de dos riñones, medir su tamaño, analizar su morfología y descartar la obstrucción urinaria. Los riñones que miden menos 9 cm, según superficie corporal son indicativos de cronicidad e irreversibilidad.

• **Angioresonancia magnética**

Es la técnica más utilizada en pacientes con función renal normal y no recomendada en pacientes con insuficiencia renal grado 3-4, dada la toxicidad del gadolinio.

• **Biopsia renal**

Es un procedimiento invasivo, indicado cuando existen dudas diagnósticas de la enfermedad renal primaria o del grado de cronicidad del daño tisular. Si se realiza en etapas precoces de la ERC su información puede ser útil. En fases avanzadas se observa riñones esclerosados y terminales. Borrego MY, Serra VMA, Cordero LG.2022.

Según (Torres & Bandera, 2017). Los medios diagnósticos de enfermedad renal crónica que comprende parámetros clínicos, de laboratorio e imagenológicos, tomando en consideración que el retraso del diagnóstico aumenta las cifras de morbimortalidad.

- **Criterios diagnósticos**

Descenso del filtrado glomerular, aumento de la creatinina sérica y disminución de la depuración de creatinina.

- **Anamnesis y exploración física**

Presencia de manifestaciones clínicas generales y sistémicas como fatiga, astenia, vómitos, pirosis, palidez, prurito, ingurgitación yugular, debilidad, amenorrea, hipoglucemia, entre otras (Arcentales & Rodríguez, 2018).

- **Laboratorio Clínico**

Consiste en la medición de la función renal según la depuración de creatinina en orina de 24 horas, evaluación de lesión renal mediante la tasa de filtrado glomerular que varía de acuerdo a la edad, sexo e Índice de Masa Corporal y medición de albumina (Guerra, 2019).

- **Estudios de imágenes**

Los medios de imágenes son considerados como exámenes auxiliares en la IRC a través del cual se evalúa la morfología del riñón y las vías urinarias. Entre las técnicas de imagen se emplea la ecografía renal, radiografía simple de abdomen, cisterouretrografía miccional y tomografía axial computarizada (Torres & Bandera, 2017).

2.25. TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Las medidas para retardar el deterioro de la función renal y ayudar al cuerpo a manejar los efectos del deterioro de la función, deben tratarse con rapidez las infecciones de vías urinarias y evitarse los medicamentos con potencial de dañar el riñón. Es importante el control de la presión arterial, al igual que el control del azúcar en sangre en las personas con diabetes mellitus.

Los síntomas y los signos de uremia (cantidad de urea en la sangre) justifican hospitalizar inmediatamente al paciente y consultar con el nefrólogo para comenzar la diálisis. El

síndrome urémico mejora o muestra resolución con dicho tratamiento. (Grossman S.C.,MattsonPorth C. 2014)

La diálisis o tratamiento de reemplazo renal está indicada cuando están presentes uremia avanzada o desequilibrios electrolíticos graves. La decisión entre diálisis y trasplante se basa en la edad, problemas de salud relacionados, disponibilidad de donador y preferencia personal.

La diálisis desempeña un papel crucial como método de tratamiento para la insuficiencia renal. Es un soporte vital para personas que no son candidatos para trasplante o quienes esperan uno. Existen 2 categorías amplias de la diálisis: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal intermitente.

2.26. DIÁLISIS

La diálisis es un proceso mediante el cual la composición de solutos de una solución A, es modificada al exponer dicha solución A a una segunda solución B, a través de una membrana semipermeable como una lámina perforada por agujeros o poros. Las moléculas de agua y los solutos de bajo peso molecular en las dos soluciones pueden pasar a través de los poros de la membrana y entremezclarse, pero los solutos de mayor peso molecular (como las proteínas) no pueden pasar a través de la barrera semipermeable, de tal manera que la cantidad de solutos de alto peso molecular a cada lado de la membrana permanecerá sin modificaciones.

➤ Diálisis peritoneal

Diálisis Peritoneal es aquella que se produce entre la sangre del paciente y el líquido de diálisis que se introduce en la cavidad peritoneal; en este caso la membrana semipermeable es el mismo peritoneo.

La diálisis peritoneal ambulatoria continua es la más frecuente usada porque se realiza con facilidad y no requiere de una máquina que haga el intercambio. En general el adulto recibe una infusión de 2 a 3 lt.(los niños entre 30 y 40 ml por kilogramo de peso) de dializado, 4 o 5 veces al día. (DaugirdasJ.T., Blake P.G., Ing T.S, 2006).

➤ **Hemodiálisis**

La hemodiálisis es el mejor tratamiento para la insuficiencia renal crónica. La sofisticada máquina realiza la función de los riñones, para limpiar los desechos normales presentes de la sangre. Para ello se requiere que el paciente tenga una vena con un flujo alto, un promedio de 300 ml por minuto.

Esto se logra insertando un catéter largo, que llegue hasta la vena cava, la mayor del cuerpo. O bien con una operación en el brazo llamada “fístula arterio-venosa”, que es el acceso de elección para el tratamiento de hemodiálisis. (Daugirdas J.T., Blake P.G., Ing T.S, 2006).

La hemodiálisis o diálisis extracorpórea consiste en establecer un circuito extracorpóreo de sangre, desde el paciente a un dispositivo depurador o dializador. A este llega por un extremo la sangre y por el otro el líquido de diálisis en contracorriente, en tal forma que ambas soluciones interactúan y se intercambian, mediante la difusión y convección, los solutos y el solvente. El dializador y el líquido de diálisis están servidos, fabricados o mantenidos por un monitor o riñón artificial, que hace que las características físico-químicas del líquido, el dializador y el líquido sanguíneo extracorpóreo mantengan siempre unas condiciones preestablecidas en cuanto a temperatura, presiones, composición, flujos etc. (Cárdenas C.A, 2003).

2.27. COMPLICACIONES DE LA HEMODIALISIS

La hemodiálisis (HD) es un procedimiento invasivo, de sustitución de la función renal que permite eliminar los productos tóxicos creados por el organismo que se han acumulado en la sangre como resultado de una insuficiencia renal, a través de una máquina y filtros especiales de diálisis. Corrientemente, esto sucede si sólo queda entre 10 a 15% de la función renal. Santos TY, Ramos CE, Trujillo AR. 2016.

Aparece complicaciones donde intervienen factores de riesgo como hipervolemia, uremia, hipertensión arterial y anemia. Santos TY, Ramos CE, Trujillo AR. 2016:

- **Hipotensión arterial.** Complicación más frecuente de la sesión de hemodiálisis. Secundaria a una mala respuesta hemodinámica, depleción del volumen, ultrafiltración (UF) excesiva, niveles bajos de sodio en el concentrado de diálisis, anemia, entre otras.
- **Cefalea.** Síntoma mejorado en los últimos años.
- **Dolor precordial y trastornos del ritmo cardíaco.** Aparece episodios anginosos cuando un paciente inicia una sesión de hemodiálisis ya que esta supone una reducción del volumen sanguíneo y un aumento del gasto cardíaco.
- **Hipertensión arterial.** Las posibles causas son: UF excesiva, concentración elevada de sodio en el líquido de diálisis, aumento excesivo del peso Inter diálisis.
- **Calambres.** Lo que desencadena calambres son: la baja concentración de sodio en el líquido de diálisis, UF/hora excesiva o volumen total de la UF elevada y peso inadecuado.
- **Náuseas y vómito.** Asociada a la hipotensión, también sigue otras alteraciones: intolerancia a la hemodiálisis, intolerancia a la ingesta, síndrome de desequilibrio dialítico, uremia elevada y ansiedad en las primeras diálisis.
- **Prurito.** Relacionado con la osteodistrofia renal y niveles altos de fosforo en la sangre; aparece de forma local, provocado por alergia a la solución desinfectante utilizada. Las fuentes son: crisis de prurito por pirógenos, alergias al agente esterilizante del circuito de diálisis (óxido etileno) o a la membrana del dializador, hiperfosfatemia, hipercalcemia por dosis elevadas de vitamina D o por líquido de diálisis con alta concentración de calcio.
- **Problemas de sueño.** Las personas tratadas con hemodiálisis suelen tener problemas para dormir, a veces a causa de interrupciones de la respiración mientras duermen (apnea del sueño), o bien porque sienten dolor o incomodidad en las piernas, o las piernas inquietas.

- **Anemia.** No tener cantidad suficiente de glóbulos rojos en la sangre (anemia) es una complicación frecuente de la insuficiencia renal y la hemodiálisis. Los riñones que presentan insuficiencia reducen la producción de una hormona denominada eritropoyetina, que estimula la formación de glóbulos rojos. Las restricciones en la dieta, la absorción deficiente de hierro, los análisis de sangre frecuentes o la extracción de hierro y vitaminas mediante hemodiálisis también pueden contribuir a la anemia.
- **Enfermedades óseas.** Si los riñones dañados ya no pueden procesar la vitamina D, que ayuda a absorber calcio, pueden debilitarse los huesos. Además, la producción excesiva de la hormona paratiroidea una complicación frecuente de la insuficiencia renal puede liberar el calcio de los huesos. La hemodiálisis puede empeorar estas afecciones al eliminar demasiado o muy poco calcio.
- **Sobrecarga de líquidos.** Dado que se elimina líquido del cuerpo durante la hemodiálisis, beber más cantidad de líquidos que la recomendada entre tratamientos de hemodiálisis puede provocar complicaciones que pongan en riesgo la vida, como insuficiencia cardíaca o acumulación de líquido en los pulmones (edema pulmonar).
- **Inflamación de la membrana que rodea el corazón (pericarditis).** Una hemodiálisis insuficiente puede provocar la inflamación de la membrana que rodea el corazón, lo que puede interferir en la capacidad del corazón de bombear sangre al resto del cuerpo.
- **Niveles altos de potasio (hiperpotasemia) o niveles bajos de potasio (hipopotasemia).** La hemodiálisis elimina el exceso de potasio, el cual es un mineral que los riñones normalmente eliminan del cuerpo. Si se elimina demasiado o muy poco potasio durante la diálisis, el corazón puede latir de forma irregular o detenerse.
- **Complicaciones en el lugar de acceso.** Las complicaciones peligrosas, como una infección, el estrechamiento o la dilatación de la pared de los vasos sanguíneos (aneurisma), o una oclusión, pueden afectar a la calidad de la hemodiálisis. Sigue las

instrucciones del equipo de diálisis sobre cómo comprobar la presencia de cambios en el lugar de acceso que puedan indicar un problema.

- **Amiloidosis.** La amiloidosis relacionada con la diálisis se produce cuando las proteínas de la sangre se depositan en las articulaciones y los tendones, lo que causa dolor, rigidez y líquido en las articulaciones. La afección es más frecuente en las personas que se someten a hemodiálisis durante varios años.
- **Depresión.** Es frecuente que se presenten cambios de humor en las personas con insuficiencia renal. Si tienes depresión o ansiedad después de comenzar con la hemodiálisis, habla con tu equipo de atención médica sobre opciones eficaces de tratamiento. (Hemodiálisis - Mayo Clinic. 2022).

2.28. FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA

Factores de riesgo que aumentan la predisposición de la enfermedad renal crónica. Los factores de riesgo cardiovascular que colaboran con la aparición o aquejan el aumento de la ERC, pueden ser modificables y no modificables. Castellanos Castillo Y, Fong Estrada JA.2018.

➤ **Factores de riesgo no modificables**

- **Predisposición genética.** Factores modificados del eje sistema renina angiotensina aldosterona, el óxido nítrico sintetiza, el factor de necrosis tumoral alfa y múltiples citoquinas.
- **Factores raciales.** Población afroamericana y afro-caribeños.
- **Factores socioeconómicos.** Carencia social y estado socioeconómico bajo.
- **Factores materno – fetales.** La desnutrición materna en el embarazo y exceso de ingesta de calorías del recién nacido.
- **Edad.** Incremento progresivo de la enfermedad a mayor edad.

- **Género.** La ERC es más frecuente en el género masculino. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 2019.

➤ **Factores de riesgo modificables**

Dentro de los predictores de la progresión acelerada de la ERC se han documentado los siguientes. Costa GMA, Pinheiro MBGN, Medeiros SM. 2016.

- **Control de la presión arterial.** El aumento de las cifras de la presión arterial a nivel sistémico es un factor de riesgo modificable.
- **Proteinuria y enfermedad renal.** Factor de riesgo independientemente de la enfermedad cardiovascular y ascenso de la enfermedad renal.
- **Dislipidemia y enfermedad renal crónica.** Se relacionan con progresión de la ERC.
- **Tabaquismo.** Incrementa la PA y afecta la hemodinámica renal, el tabaco es un factor de progresión autónomo de la ERC.
- **Fósforo.** La acumulación de fósforo es un problema frecuente en los pacientes con ERC, el cual se inicia tan pronto como la función renal disminuye.
- **Niveles plasmáticos de aldosterona.** Favorece al deterioro de la función renal, como resultado de desproporción en la estimulación del receptor mineralocorticoide, resultando en remodelación y aparición de fibrosis intersticial.
- **Hiperuricemia.** Por deducción en la perfusión renal y estimulación en la dispersión de la musculatura en la arteriola aferente.
- **Obesidad.** Un factor de riesgo para el desarrollo de ERC y progresión de la misma.
- **Hiperglicemia.** Es niveles elevados de azúcar en la sangre.
- **Alcoholismo.** El consumo de alcohol es un factor de riesgo para alrededor de 200 trastornos de salud, la misma está relacionada con mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares, hepatopatías y traumatismos. Organización Panamericana de la Salud. 2022.

- **Sedentarismo.** Es la falta de actividad física regular, menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana

Asimismo, Hay poblaciones consideradas de alto riesgo para desarrollar la (ERC) Enfermedad Renal Crónica los clínicos deben estar particularmente atentos a este riesgo al evaluar 5 grupos de pacientes:

- Pacientes con hipertensión arterial
- Pacientes con diabetes mellitus
- Pacientes mayores de 60 años
- Pacientes con enfermedad cardiovascular
- Familiares de pacientes en diálisis o que han recibido un trasplante renal

En las personas con factores de riesgo debe aplicarse el mayor esfuerzo por detectar precozmente la Enfermedad Renal Crónica, lo que se hace habitualmente en el nivel de atención primaria, mediante 3 pruebas simples:

- Tomar la presión arterial
- Búsqueda de proteinuria/albuminuria en orina aislada
- Estimación de la función renal, a partir de la creatinina plasmática, edad, sexo y raza. Juan Carlos Flores H. 2010

2.29. TIPOS DE ACCESO VASCULAR

Hay tres tipos de accesos vasculares:

- **La fístula**

(también denominada «fístula arteriovenosa o fístula AV), que se crea uniendo una arteria y una vena debajo de la piel del brazo. Cuando se unen la arteria y la vena, la presión dentro de la vena aumenta, fortaleciendo las paredes de la vena. La vena fortalecida está entonces en condiciones de recibir las agujas empleadas en la

hemodiálisis. La fístula AV típicamente toma unos 3 o 4 meses en estar en condiciones de usarse en la hemodiálisis. La fístula puede usarse durante muchos años.

FIGURA N° 1: Fístula Arterio-venosa en miembro superior derecho

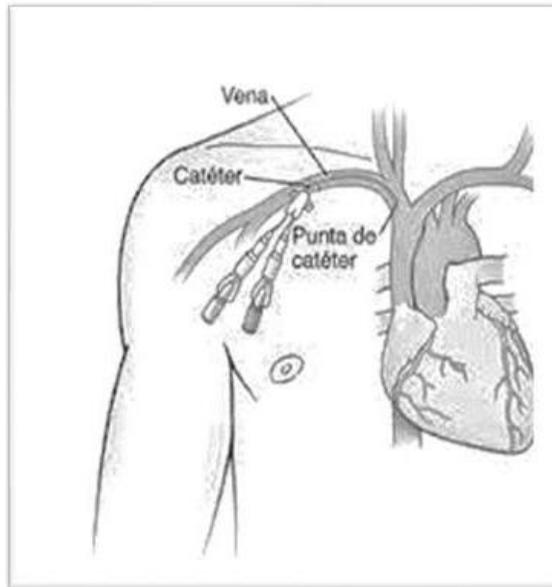


Fuente: <https://arteriasyvenas.com/estudios/fistulas/>, 2023.

➤ **El Catéter Venoso Central,**

Que se introduce en una vena del cuello o debajo de la clavícula para uso transitorio, hasta que la fístula AV o el injerto AV estén en condiciones de usarse. El catéter no se usa como un acceso permanente.

FIGURA N^a 2: Catéter venoso central para uso de tratamiento en hemodiálisis.

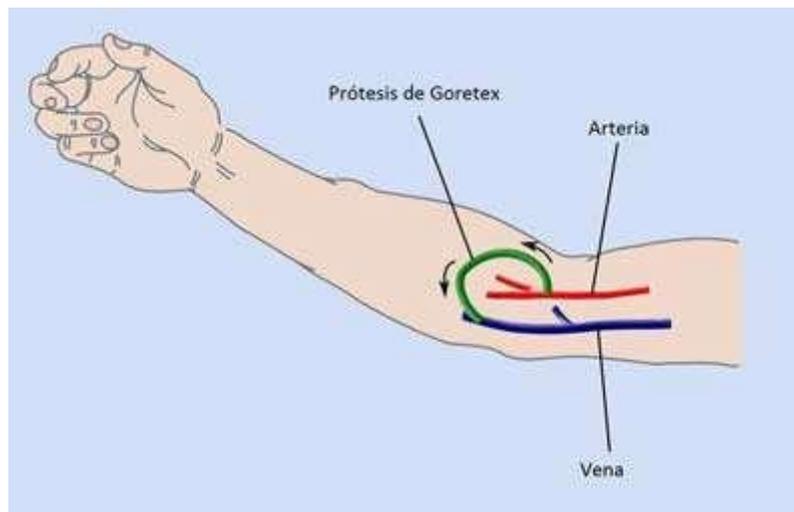


Fuente: <https://www.senferdialt.cl/sites/default/files/presentations/>, 2017.

➤ **El injerto de fistula arteriovenosa (AV)**

Que se crea uniendo una arteria y una vena del brazo con un tubo plástico. El tubo plástico se coloca de manera de formar un puente en forma de U debajo de la piel, para unir la arteria radial a una vena cerca del codo. El injerto típicamente puede comenzar a usarse unas tres semanas después de la intervención quirúrgica. Los injertos AV generalmente no son tan duraderos como las fístulas AV, pero un injerto bien cuidado puede durar varios años. Villagómez Fuentes LE, Gómez García S, Rosales Salinas LE. 2014

FIGURA N°3: Ilustración de un brazo con un injerto



Fuente: <https://www.niddk.nih.gov/news/media-library/18052>, 2023.

2.30. EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La psicología aplicada a la nefrología se encarga de la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, específicamente aquel bajo tratamiento de hemodiálisis, que presenta en su diagnóstico y tratamiento factores emocionales que permean, agravan o causan mayores dificultades en su vida (Bingaman, 1980).

En el curso de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis aparecen diferentes formas de subjetivar el problema, como son la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento. Los pacientes pueden presentar alguna mejoría temporal, o desarrollar otras enfermedades y otros síntomas, que pueden ser de difícil entendimiento si no se concibe al ser humano como un todo integrado. Varios trabajos ya realizados y publicados (Bingaman, 1980; Menzies & Stewart, 1968; Barros & Barros, 1986; Ribeiro, 1998; Gameiro, 1999; Álvarez-Ude, Fernández-Reyes, Vásquez, Mon, Sánchez & Rebollo, 2001) sugieren que los factores psicológicos están entre las variables más críticas en la determinación del ajuste del paciente renal al tratamiento de hemodiálisis.

Se reconoce que, en los pacientes con enfermedades crónicas, es frecuente la presencia de una o más condiciones médicas que desencadenan depresión en la persona enferma. Es evidente que cuanto más severa sea la enfermedad, es más probable será que la depresión la complique. Mencionado en [internet] psicologíacientífica.com/enfermedad-renal.

2.31. COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

En efecto, esta patología compromete el estado de salud emocional, social y económico de la paciente y su familia, esto se asocia a las modificaciones estrictas que debe de someterse para el tratamiento, en la que se incluye cambios en el estilo de vida, planes de alimentación, técnicas para controlar el dolor, pérdida de esperanza por falsas expectativas de los trasplantes renales y el abandono del apoyo familiar (González & Herrera, 2018). Pazmiño V. Alexandra, 2022. p. 40

Otro punto es la hemodiálisis que constituye el tratamiento de elección en los pacientes con IRC que genera un impacto, descrito como dos momentos de dificultad en el paciente renal: el aviso del inicio del tratamiento y las diálisis subsecuentes (Pérez, 2017). Las primeras sesiones de diálisis comprometen de mayor manera el estado emocional relacionado con la adaptación inicial conllevando a:

➤ **Alteraciones del estado anímico del paciente**

Depresión, ansiedad, pérdida de interés y cambios del estado de ánimo.

➤ **Problemas asociados a la ansiedad**

Las tasas de ansiedad se incrementan en pacientes hemodializados. La ansiedad se muestra como un cuadro acompañado de preocupación, incertidumbre y pérdida de control.

➤ **Problemas sociales**

La convivencia de un individuo y su enfermedad no es un proceso fácil, en los pacientes con hemodiálisis existe una limitación de las actividades cotidianas en un inicio debido a las primeras diálisis que provocan cansancio y sueño excesivo. Según datos reportados por la Asociación Americana de Nefrología alrededor del 15% de personas hemodializadas viven solas, esto se relaciona con el abandono del cónyuge o familiar cuidador, lo que genera que el 8% de ellos abandonen el tratamiento (Vázquez, 2020).

➤ **Alteraciones conductuales**

Uno de los efectos secundarios de la hemodiálisis es la alteración del patrón de sueño, es así que los pacientes con IRC desarrollan comportamientos de autocuidado y hábitos adecuados, optando por medidas de conciliación del sueño naturales y medicamentosas (Pedreira, 2017).

2.32. CRISIS EMOCIONALES EN PACIENTES HEMODIALIZADOS.

La diálisis modifica el estilo de vida de las familias, se debe de trabajar en conjunto con el departamento de psicología con la finalidad de disminuir los sentimientos asociados al diagnóstico y manejo de la enfermedad. El investigador Kluber Ross propuso 5 etapas del duelo que se aplican en psicología para procesos de enfermedades crónicas terminales y/o la muerte propiamente dicha:

➤ **Negación**

El paciente puede optar por buscar a otros profesionales de salud que le brinden otra opinión acerca del estado de salud actual.

➤ **Ira**

El enfermo renal cuestiona ¿Por qué a mí?, cursa con sentimientos de enojo, ira, resentimiento, cuestionamiento con Dios, la familia, amigos y demás (Sarmiento, 2017).

➤ **Negociación**

Durante este periodo, el paciente busca remediar el factor tiempo “solo quiero ver graduado a mi hijo”, “quiero conocer a mi nieto... después de eso estaré listo”. Toma tiempo en que el paciente acepte el proceso de la enfermedad.

➤ **Depresión**

Como consecuencia de la enfermedad, el paciente renal experimenta continuos cuadros de depresión, muchos de estos se presentan subclínicos y ameritan tratamiento.

➤ **Aceptación**

El paciente muestra retracción a medida que su interés disminuye, en estos casos la familia siente rechazo por el paciente. El personal de enfermería apoya las expresiones de emoción de la familia y las animan a mantenerlas frente el paciente (Sarmiento, 2017).

2.33. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Los pacientes con ERC presentan conflictos en la adherencia al tratamiento, no solo poseen exigencias físicas y emocionales, que se presentan de manera negativa, como la furia o el miedo y a su vez pueden aguantar a sufrir trastornos psicosomáticos, del sueño e incluso demostrar depresión y ansiedad. El grado de afectación obedece a los recursos personales que posea el paciente, como, las reacciones emocionales y la valoración cognoscitiva, del impacto sobre sus circunstancias de vida respecto a la enfermedad renal y su referido tratamiento Díaz-Soto Cm, Présiga-Ríos Pa, Zapata-Rueda Cm. 2017.

La adherencia al tratamiento en pacientes con ERC, se encuentra asociada con unos factores de la calidad de vida concerniente con la salud, como efectos de la insuficiencia renal, imposición de la enfermedad renal, calidad de la interacción social, prosperidad emocional, rol emocional y componente físico; se hace necesario en procesos de evaluación e intervención de pacientes hacer una valoración oportuna para concebir

estrategias de mediación dirigidas a estos factores con el propósito de aumentar la adherencia al tratamiento y con esto recortar los riesgos que genera la no adherencia.

2.34. RELACION SALUD – ENFERMEDAD

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) está estrechamente vinculada con el estado emocional de los pacientes que la padecen. Las personas con ERC a menudo experimentan una amplia gama de emociones, que van desde la ansiedad y la depresión hasta la frustración y el miedo.

Los resultados del desarrollo de ciencia y la técnica en la Sociedad de la Información y la Comunicación alcanzan las más distintas esferas de la actividad humana. Se destaca, por el compromiso intrínseco con la sociedad y por la propia sensibilidad que esta entraña, la esfera de la salud humana.

En el área de la salud, hoy se incluyen desde los interesantes estudios del genoma humano y la fertilización artificial hasta la creación de órganos y tejidos sustitutivos con el objetivo de prolongar la vida humana y propiciar una mejor calidad de la misma.

En los casos de enfermedades todavía incurables, la medicina ha ido estructurando alternativas terapéuticas que aumentan la esperanza de vida de la persona que padece una enfermedad y le ayudan a alcanzar mayor bienestar.

El análisis de la relación salud- enfermedad y la propia concepción de salud ha ido evolucionando en las últimas décadas hacia un enfoque mucho más integral en el que el bienestar psicológico es un componente fundamental del estado de salud que de manera particular adquiere gran relevancia en las enfermedades crónicas.

Estos criterios se inscriben en las dimensiones de la Psicología de la Salud, ya que la mayoría de los autores, al igual que Oblitas Guadalupe, y Cols. (2006) consideran que en la atención a las personas con enfermedades crónicas no siempre se le da la prioridad necesaria a los correlatos de la enfermedad con los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología como en su evolución a lo largo del tiempo.

Mucho se ha avanzado en el tratamiento de enfermedades como hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA, intestino irritable, cefaleas, entre otros. Sin embargo, quedan diversidad de incógnitas en relación a la implicación de los procesos psíquicos y las características de la personalidad en la aparición, curso y pronóstico de las enfermedades.

En esta dirección predomina el estudio de aspectos como la preparación psicológica del paciente para la disminución de los estados emocionales negativos que acompañan a la enfermedad (la ansiedad, la depresión, la ira, la hostilidad, entre otros):

- El manejo efectivo de las variables de apoyo psicosocial.
- El desarrollo de autoeficacia, autoestima y asertividad.
- Y un sinnúmero de variables psicológicas que se ven afectadas en la situación de enfermedad y que retroalimentan negativamente el estado de salud del paciente.

CAPITULO III

METODO

I. TIPOS Y DISEÑO DE INVESTIGACION

➤ Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo cualitativo y de carácter observacional descriptivo de corte transversal, que a través del uso de técnicas cualitativas se obtuvo información que permitió identificar las diferentes emociones que manifiestan las personas que acuden a diálisis en el Hospital Militar Central La Paz, Con mucha frecuencia, el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así (vélgase la redundancia) describir lo que se investiga. (Hernández; Sampieri R. 2006: p. 57 - 68).

➤ Diseño de la investigación

El estudio está enfocado a un contexto psicosocial, considerando nuestra población en estudio personas que acuden a diálisis en el Hospital Militar Central La Paz, cuya característica es el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, quienes debido a la naturaleza de la enfermedad se ven afectados en su estado de ánimo, por lo que existe una carencia en la gestión de sus emociones.

Según (Soria V. 2013:172), el diseño de investigación es no experimental- transeccional, porque se realizarán observaciones de las categorías en estudio en un momento determinado en el tiempo y bajo ciertas circunstancias, en relación al tema de estudio.

La investigación no experimental trata de estudios que se realizan sin manipulación deliberada de variables y en los que solo se observa los fenómenos en su ambiente natural para luego analizarlos. (Hernández. 2006:149).

“La investigación acción es una forma de cuestionamiento auto reflexivo, llevada a cabo por los propios participantes en determinadas ocasiones con la finalidad de mejorar la racionalidad y la justicia de situaciones, de la propia práctica social educativa, con el objetivo también de mejorar el conocimiento de dicha práctica y sobre las situaciones en las que la acción se lleva a cabo” Lewin, K. (1946).

Por lo que la Investigación Acción tiene como propósito promover el cambio y hacer transformaciones en situaciones reales, contribuyendo al bien social.

Las fases de la Investigación Acción siguen la siguiente secuencia:

- **Diagnostico.** De los resultados obtenidos de la entrevista, se obtendrá el diagnóstico sobre la prevalencia de las emociones de la población en estudio.
- **Desarrollo del plan de acción.** Conocida la realidad y delimitado el problema se establece el plan de acción cuya estructura es abierta y flexible que permita favorecer el desarrollo de la gestión de emociones en las personas que acuden al servicio de diálisis.
- **Acción.** Es la puesta en práctica el plan de acción que se basará aplicando una metodología activa con sesiones estructuradas donde el investigador es el agente que dirige. Encontrando espacios abiertos a la reflexión, a la psicoeducación y al desarrollo de habilidades.
- **Reflexión o evaluación.** Es la fase donde se analizará, interpretará y se establecerá conclusiones finalizando la intervención de manera auto reflexiva y compartida con la población en estudio. Asimismo, se constituye como punto de partida para el proceso de identificación de nuevas necesidades.

II. CATEGORIAS DE ANALISIS

➤ Gestión de emociones

La gestión de las emociones es la capacidad para manejarlas y así regularlas de manera consciente, tomando en cuenta los pensamientos y el comportamiento con adecuadas estrategias de afrontamiento (García Blanc, Gomis Cañellas, Ros Morente, y Filella Guiu, 2020), por ello, gestionar las emociones, se convierte en un recurso personal para manejar los efectos negativos de los eventos (Berrios, Pulido-Martos, AugustoLanda, y López-Zafra, 2020).

➤ Emociones positivas

Avia y Vázquez (1998) han precisado que una emoción positiva es aquella que cumple las siguientes características: • El sentimiento provocado por la emoción se percibe como agradable. • El objeto de la emoción se valora como bueno. • La conducta que se realiza mientras se experimenta esa emoción se evalúa de forma favorable y las consecuencias de la emoción son beneficiosas.

➤ Emociones negativas

Son las que nos resultan perjudiciales para nuestra salud, son insanas para nuestra persona. Las emociones negativas disponen de configuraciones faciales específicas y propias que hacen posible su reconocimiento universal (Ekman, 1989).

➤ Manejo de emociones ante la enfermedad

Capacidad con la que la persona logra controlar sus emociones durante el padecimiento de una enfermedad, tal que uno llegue a mejorar su desarrollo personal y su calidad de vida.

EJE TEMÁTICO				
GESTIÓN DE EMOCIONES				
	Definición conceptual	Sub categorías	Definición conceptual	Sub sub categorías
Emociones	Es una representación de los estados psicológicos, no solo constituidos sino también ayudan a darle un valor determinado a un acontecimiento dado, es involuntario y completamente subjetivo, Hernández (2012)	Emociones positivas	“son el resultado de una evaluación favorable respecto al logro de objetivos” (Bisquerra Alzina et al., 2015, p.140).	Alegría Serenidad Simpatía Satisfacción Bienestar Humor
		Emociones Negativas	“son el resultado de una evaluación desfavorable del acontecimiento respecto a los propios objetivos” (Pérez González, en Bisquerra et al., 2015, p.140).	Miedo Tristeza Ira Asco

III. POBLACION Y MUESTRA

➤ Población

La población en estudio son personas con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento en el servicio de diálisis de forma periódicas en el Hospital Militar Central. Se incluyen a todos los pacientes con tratamiento de diálisis.

➤ Muestra

Según Pardinas, el muestreo consiste en “seguir un método, un procedimiento tal que al escoger un grupo pequeño de una población podamos tener un grado de posibilidad de que ese pequeño grupo efectivamente posee las características del universo y de la población que estamos estudiando”. (Pacheco, 2014, p. 19)

Debido al tamaño de la población en estudio, no se aplicará ningún tipo de muestreo, ya que el sujeto de estudio será el total de personas que acuden a diálisis en el Hospital Militar Central La Paz.

IV. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas). Sampieri, Fernández y Baptista (2010, p. 418).

El instrumento utilizado para la recolección de datos en el servicio de diálisis es: entrevista semiestructurado que fue modificada y adaptada para la aplicación en la presente investigación y permita dar respuesta a nuestros objetivos planteados, instrumento diseñado por Alexandra Pazmiño Villao utilizado en defensa de postgrado en Salud Pública “influencia de la hemodiálisis en el estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica, en la clínica Dialycen”, Ecuador (2022).

El instrumento cualitativo (cuestionario de entrevista semiestructurado), consta de 32 preguntas distribuidas de acuerdo a: Objetivo 1 items 10,12,13,16,22 y 30, Objetivo 2 items 15,24,25,27, 28 y 29, Objetivo 3 items 14,17,18,20,21,23 y 26; Objetivo 4 items 8,11,19,31 y 32.

Para la validación del instrumento se contó con el juicio de personal profesional especialistas en psicología clínica, médicos de la especialidad de diálisis, Licenciadas de enfermería con especialidad en el área, quienes cuentan con la experiencia necesaria para emitir una valoración del instrumento, todos ellos con amplios conocimientos en el área de investigación y docencia a nivel superior.

La validación del instrumento se realiza a través de una tabla de observación diseñada por los profesionales del área donde cada pregunta del (cuestionario de entrevista semiestructurado), se encasilla de acuerdo a los objetivos para que sea posible el análisis por los profesionales, todo el cuestionario se valida sobre 100 puntos, considerando los parámetros o aspectos: pertinencia, validez y coherencia. Se califica de acuerdo a la rúbrica que debe constar al final del cuestionario que indica las puntuaciones y lo que significa; excelente si se obtiene de 100 a 80, buena si la puntuación alcanza 79 a 50 que corresponde a modificaciones leves en ciertas preguntas y los puntajes menores a 50, significan poca confiabilidad por lo que se debe cambiar o eliminar la pregunta. (Romero, Campoverde, et al, 2019).

Previo a la aplicación del instrumento se solicitó autorización a las autoridades del Hospital Militar Central La Paz, y obtener el permiso correspondiente para realizar las entrevistas a las personas que acuden al servicio de diálisis en dicho nosocomio.

V. PROCEDIMIENTO

Fase 1

- Se inicia la redacción del documento de investigación en relación al título y los objetivos de la investigación.

- Se procedió con la revisión, análisis y extracción de información relevante de las categorías de análisis de estudio.
- Se estableció la pregunta y objetivos de la investigación en base al análisis del problema identificado en los usuarios del servicio de diálisis, bajo la supervisión de la tutora.
- Posterior a la revisión bibliográfica se extrajo información que se utilizó para la construcción del marco teórico en relación a los intereses de la investigación (supervisión y revisión de la tutora).
- De acuerdo a las necesidades observadas se escogió el tipo y diseño a utilizar en la investigación.
- Luego de haber revisado la bibliografía y consultar la literatura sobre el tema de investigación se procedió a definir y citar de manera conceptual los criterios de análisis de estudio.
- Se realizó la selección del instrumento para la obtención de datos y su respectivo análisis, identificado el instrumento se realizó la modificación y adaptación que resulte adecuado para la investigación, previa consulta con la tutora, siendo aprobada por la misma y el personal profesional del Hospital Militar Central.
- Mediante nota dirigida a los responsables del servicio de diálisis del Hospital, se pide autorización para realizar la aplicación del instrumento y proceder con la recolección de datos en la población en estudio (usuarios del servicio de diálisis del H.M.C.).

Fase 2

- Con la ayuda del personal profesional de salud, se obtuvo el consentimiento de los usuarios para ser parte de la investigación, luego se procedió al aplicado del instrumento seleccionado para el trabajo.

- La recolección de la información se realizó en los turnos de la mañana, tarde y noche, alcanzando a algunos usuarios que no asistieron en los horarios correspondientes los días sábados.

Fase 3

- Se realizó el vaciado, interpretación y análisis de la información a través de un procedimiento estadístico mediante tablas y gráficas.
- Se redacta los resultados obtenidos, para posteriormente elaborar la propuesta de un programa de intervención a través de talleres, a ser aplicados por parte del personal de salud del servicio de diálisis.

CAPITULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Es el proceso de transformar un conjunto de datos con el objetivo, de poder verificar el cumplimiento del mismo, dándole al mismo tiempo una razón de ser o un análisis racional, en otras palabras, es analizar los datos de un problema e identificarlos.

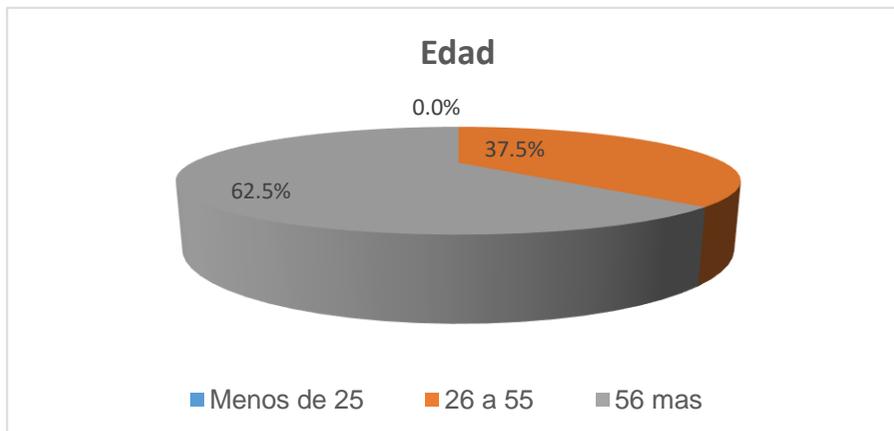
Esta clase de datos es muy útil para capturar y entender los motivos subyacentes, los significados y las razones internas del comportamiento humano. Asimismo, no se reducen sólo a números para ser analizados estadísticamente (Savin-Baden y Major, 2013; Stake, 2010; Firmin, 2008; y Encyclopedia of evaluation, 2004), pues, aunque a veces sí se efectúan conteos, no es tal el fin de los estudios cualitativos.

Una vez concluidas las etapas de colección y procesamiento de datos en base al instrumento de medición (entrevista y observación) se inician con una de las más importantes fases de una investigación, el análisis de datos. En esta etapa se determina como analizar los datos y que herramientas de análisis estadístico es adecuado para este propósito.

TABLA N° 1: ¿Cuál es su edad?

Edad	Frecuencia	%
Menos de 25	0	0.0%
26 a 55	9	37.5%
56 mas	15	62.5%
Total	24	100%

Fuente: elaboración propia - 2023

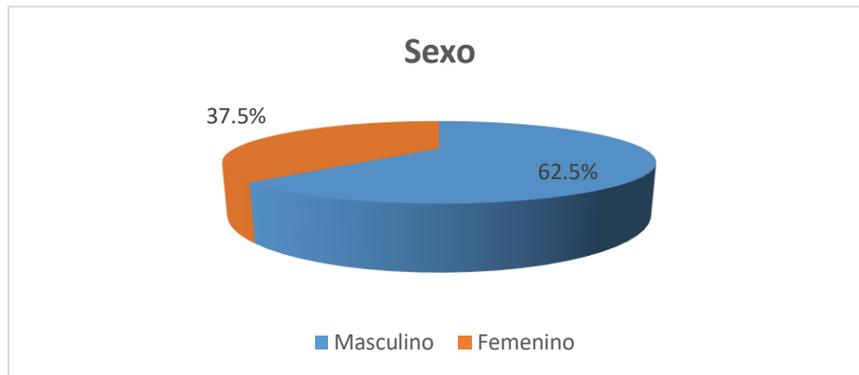


De acuerdo a los datos obtenidos en la población de estudio que hacen uso del servicio de diálisis del Hospital Militar Central se evidencia que no existen personas menores a 25 años, siendo la prevalencia de un 62,5 % mayores a 56 años, seguido de un 37,5% entre 26 y 55 años, lo que significa que la enfermedad de la Insuficiencia Renal Crónica, predomina en personas mayores de edad (tercera edad).

TABLA N° 2 ¿Cuál es su sexo?

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	15	62.5%
Femenino	9	37.5%
total	24	100%

Fuente: Elaboración propia - 2023

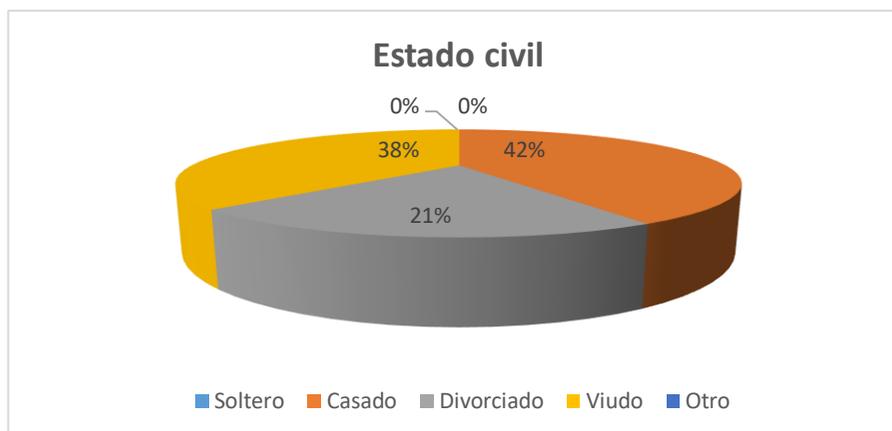


De acuerdo a los datos obtenidos en la población de estudio que hacen uso del servicio de diálisis del Hospital Militar Central se evidencia que un 62,5 % son de sexo masculino y un 37,5% son mujeres lo que nos indica que las poblaciones de varones son más proclives a padecer la enfermedad de Insuficiencia Renal Crónica.

TABLA N° 3; ¿Cuál es su estado civil?

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	0	0%
Casado	10	42%
Divorciado	5	21%
Viudo	9	38%
Otro	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia - 2023

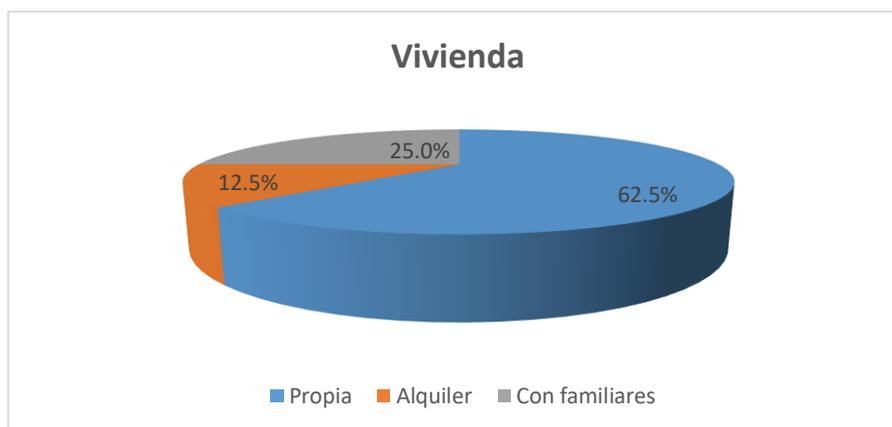


De acuerdo a los datos obtenidos en la población de estudio que hacen uso del servicio de diálisis del Hospital Militar Central se evidencia que no existen usuarios solteros, predominando un 42 % casados, un 38 % viudos, un 21% divorciados y un 0% en otra condición de pareja.

TABLA N° 4: ¿Su vivienda es?

Vivienda	Frecuencia	%
Propia	15	62.5%
Alquiler	3	12.5%
Con familiares	6	25.0%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

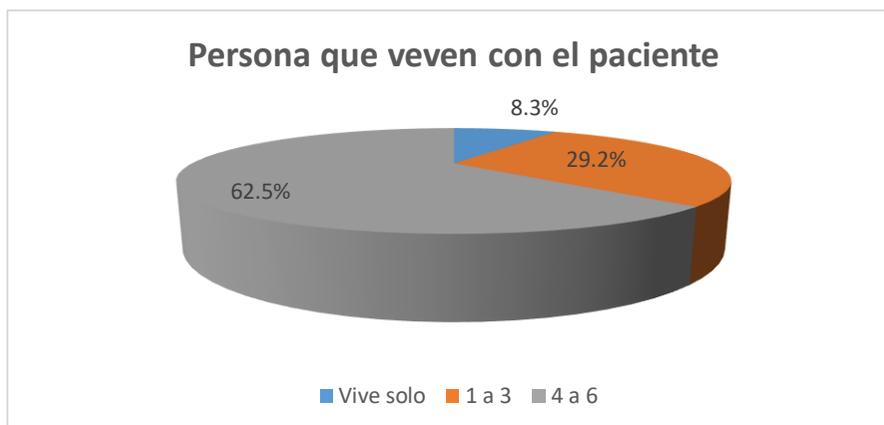


De acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista realizada a los usuarios del servicio de diálisis del Hospital Militar Central se evidencia que un 62,5 % cuentan con vivienda propia, un 25.0 % viven con sus familiares (hijos, nietos) y un 12,5 % viven en alquiler, prefieren vivir solos y no incomodar o molestar a sus familiares.

TABLA N° 5: ¿Cuántas personas viven con usted?

Personas que viven con ud.	Frecuencia	%
Vive solo	2	8.3%
1 a 3	7	29.2%
4 a 6	15	62.5%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

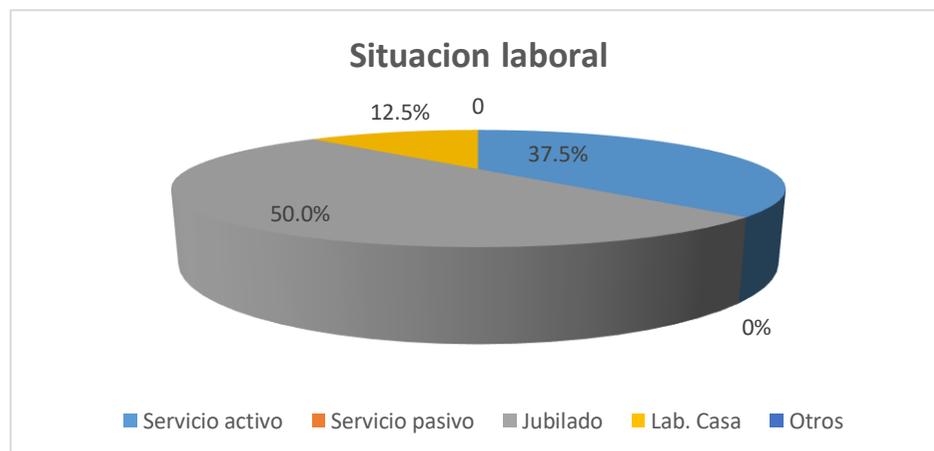


Los resultados obtenidos de la población de estudio respecto a la cantidad de personas que viven con él, se evidencia que un 62,5 % viven en un grupo familiar entre 4 a 6 personas, un 29,2 % viven entre 1 a 3 personas y un 8,3 % viven solos, que de acuerdo a testimonios indican que los hijos ya tienen familia y viven en sus propias casas, en otros casos su esposo (a) han fallecido y viven con alguien que los acompaña.

TABLA N° 6: ¿Al inicio de la diálisis cuál era su situación laboral?

Situación laboral	Frecuencia	%
Servicio activo	9	37,5%
Servicio pasivo	0	0%
Jubilado	12	50,0%
Labores de casa	3	12,5%
Otros	0	0
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

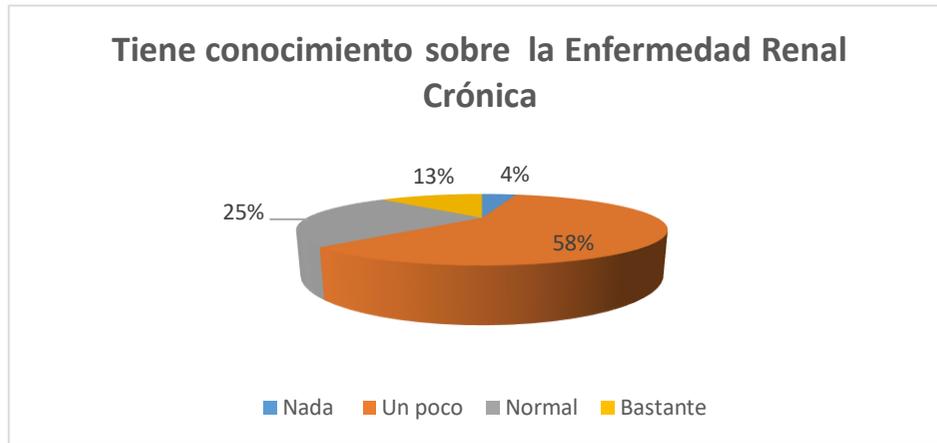


Como resultado de las entrevistas sobre la situación laboral de los usuarios del servicio de diálisis del Hospital Militar Central se muestra que al inicio de la diálisis un 50 % son jubilados, un 37,3 servicio activo (condición del personal que continúa trabajando), un 12,5 % labores de casa, no existiendo personal en situación de servicio pasivo (condición del personal que aguarda para pasar a la jubilación).

TABLA N° 7: ¿Tiene usted conocimiento sobre la Enfermedad Renal Crónica y el tratamiento de la diálisis ?

Conoce usted sobre la E.R.C..	Frecuencia	%
Nada	1	4%
Un poco	14	58%
Normal	6	25%
Bastante	3	13%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración Propia – 2023

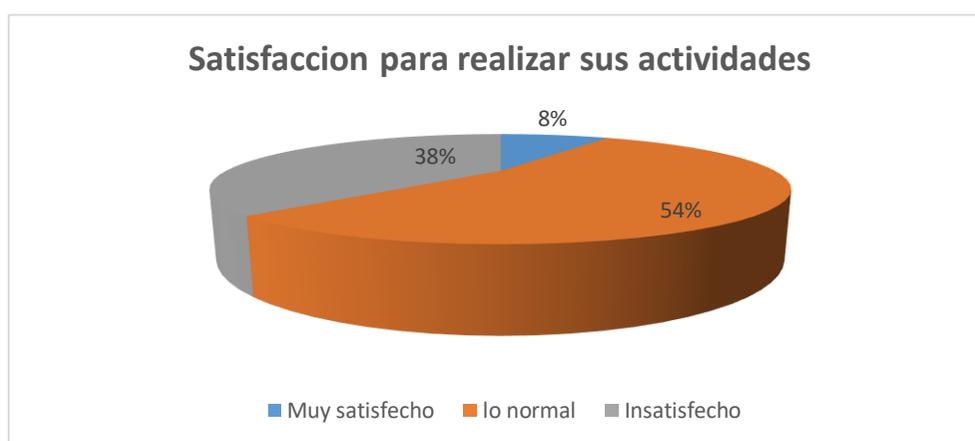


Según los datos obtenidos durante las entrevistas a los usuarios del servicio de diálisis del Hospital Militar Central se observa que un 4 % no tiene conocimiento sobre la enfermedad renal crónica, si bien fueron informados al inicio ya no recuerdan solo manifiestan que deben acudir al servicio para recibir el tratamiento, un 14 % expresa tener poco conocimiento sobre la enfermedad ya que el personal de salud (médico y enfermeras) les informaron sobre el mismo, un 25 % indica que ya conocían que el tratamiento para la enfermedad renal crónica era la diálisis y un 13 % tiene bastante conocimiento sobre la patología, señalando que se informaron de fuentes externas como otros médicos, páginas de internet y otros medios.

TABLA N° 8: ¿Se encuentra satisfecho con su capacidad para realizar sus actividades diariamente?

Satisfacción al realizar sus actividades	Frecuencia	%
Muy satisfecho	2	8%
lo normal	13	54%
Insatisfecho	9	38%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

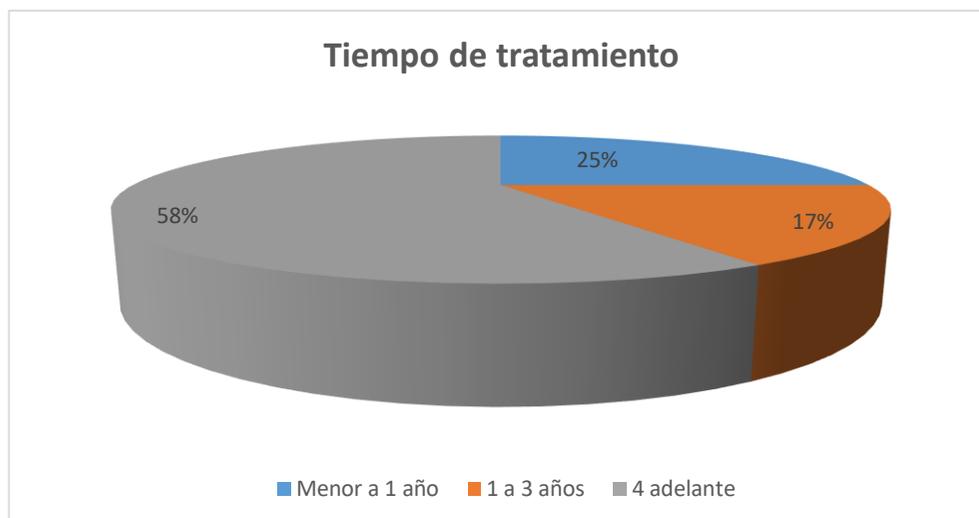


Posterior a las entrevistas los resultados referente a los niveles de satisfacción para realizar sus actividades fueron las siguientes: Un 38 % manifiesta insatisfacción al momento de realizar sus actividades debido a ciertas restricciones que demanda el tratamiento de la diálisis como realizar viajes de negocios, deportes como la natación, otros, un 54 % expresa realizar sus actividades de manera normal, pero algo de restricciones que los consideran necesarios por la enfermedad, y un 8 % encuentran satisfacción al realizar sus actividades si bien no fue fácil al principio, tuvieron que adaptarse a la nueva situación que les toca vivir con la enfermedad.

TABLA N° 9: ¿Qué tiempo viene realizando tratamiento de diálisis?

Tiempo de tratamiento	Frecuencia	%
Menor a 1 año	6	25%
1 a 3 años	4	17%
4 adelante	14	58%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

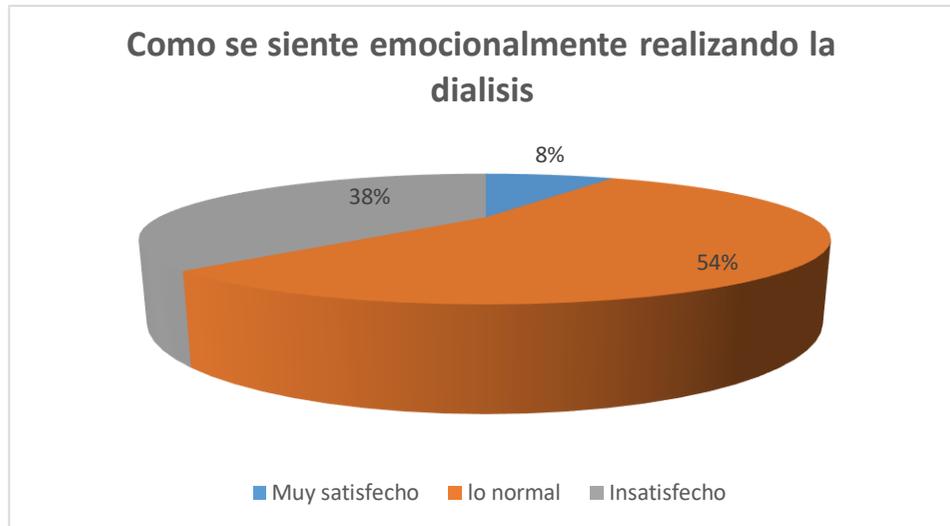


Como resultado de las entrevistas respecto al tiempo que vienen realizando el tratamiento de diálisis, se observa que un 29 % viene realizando el tratamiento menor a 1 año, un 17 % acuden a tratamiento entre 1 a 3 años y un 58 % se encuentran en tratamiento mayor a 4 años.

TABLA N° 10: ¿Cómo se siente emocionalmente ahora que realiza diálisis como tratamiento a su enfermedad?

Como se siente con el tx.	Frecuencia	%
Muy satisfecho	2	8%
lo normal	13	58%
Insatisfecho	9	38%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

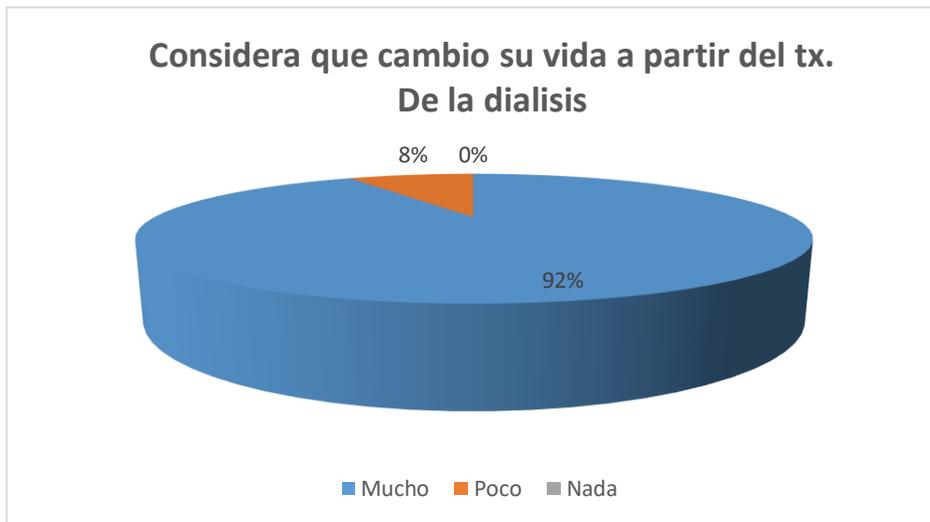


Referente al estado emocional de los usuarios del servicio de diálisis, se obtuvieron resultados donde un 38 % manifiesta insatisfacción al momento de realizar sus actividades debido a ciertas restricciones que demanda el tratamiento de la diálisis como realizar viajes de negocios, deportes como la natación, otros, un 54 % expresa realizar sus actividades de manera normal, pero algo de restricciones que los consideran necesarios por la enfermedad, y un 8 % encuentran satisfacción al realizar sus actividades si bien no fue fácil al principio, tuvieron que adaptarse a la nueva situación que les toca vivir con la enfermedad.

TABLA N° 11 ¿Considera Usted que a partir del tratamiento de diálisis, cambio su vida en lo personal, familiar y laboral?

Cambio su vida a partir del tratamiento	Frecuencia	%
Mucho	22	92%
Poco	2	8%
Nada	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

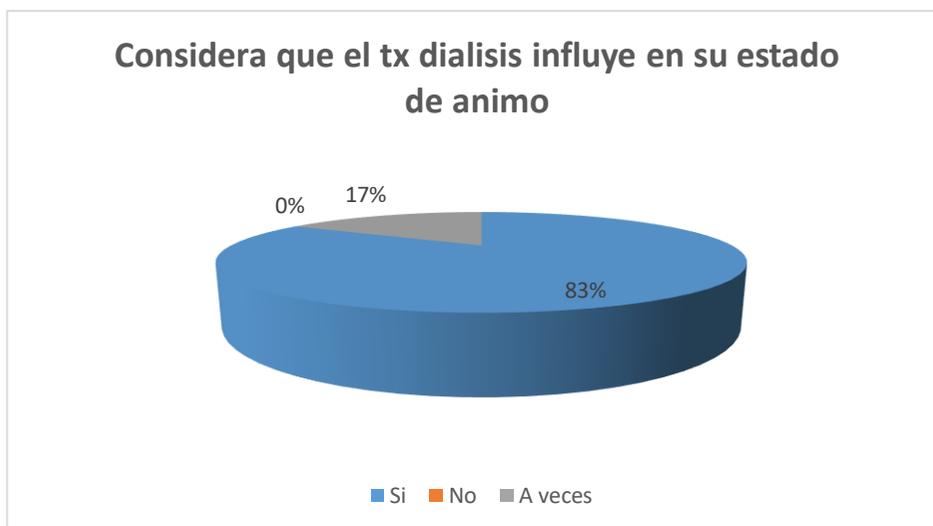


Una vez obtenido los datos se puede evidenciar en la población en estudio que un 92 % manifiesta un cambio en su vida personal, familiar y laboral al momento de empezar el tratamiento de la diálisis como estados de depresión, aislamiento de la familia, falta de ánimo y energía un 8 % expresa que al principio se alisan pero que poco a poco van asimilando el tratamiento.

TABLA N° 12 ¿Considera Usted que la insuficiencia renal crónica y su tratamiento de diálisis influye en su estado de ánimo?

El tratamiento influye en su estado de animo	Frecuencia	%
Si	20	83%
No	0	0%
A veces	4	17%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

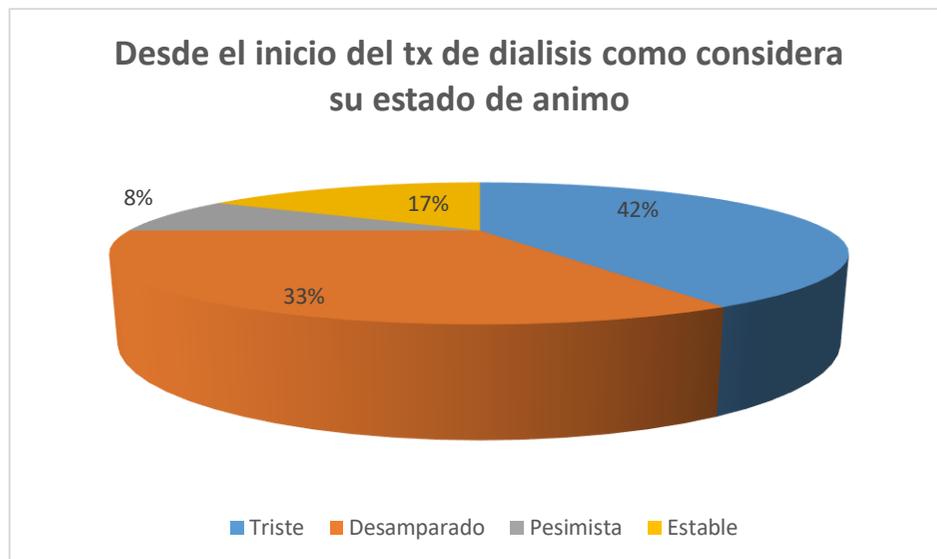


Los usuarios que acuden al servicio de diálisis durante la entrevista manifestaron que en un 83% se encuentra con un estado de ánimo afectado desde el principio de su tratamiento, manifestando estados depresivos, preocupación porque se ven limitados en sus aspiraciones personales como también hay presencia de tristeza por la incertidumbre de lo que pueda pasar con ellos el día de mañana, un 17 % encuentra su estado de ánimo afectado en periodos de tiempo, bajo las mismas emociones.

TABLA N° 13 ¿Desde qué inicio el tratamiento de diálisis, como considera su estado de ánimo?

Como considera su estado de animo	Frecuencia	%
Triste	10	42%
Desamparado	8	33%
Pesimista	2	8%
Estable	4	17%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración Propia – 2023

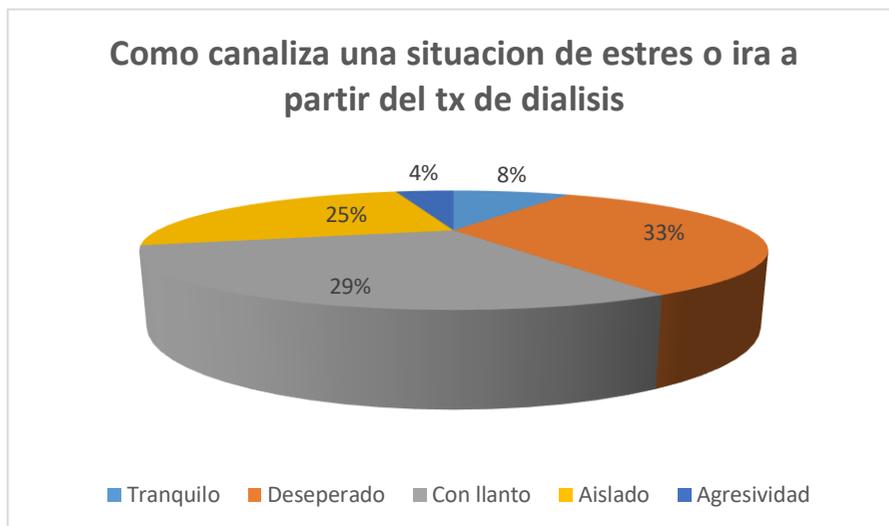


Según los datos obtenidos durante las entrevistas, se percibe que un 42 % manifiesta un estado de tristeza desde el inicio del tratamiento a partir del diagnóstico, un 33 % expresa una emoción de desamparo siente que su entorno familiar los abandonan y no estarán con ellos y se aíslan de su entorno, un 8 % se muestra pesimista ya que no tienen mayores esperanzas de mejorar su condición y que estará sujeto al tratamiento de la diálisis, expresando la intención de abandonar el tratamiento, un 17% se presenta estable, superando el tratamiento con auto ánimo para que no afecte de gran manera su forma normal de vivir.

TABLA N° 14 ¿Cómo canaliza una situación de estrés o ira a partir del tratamiento de la diálisis?

Como canaliza Ud. el estrés	Frecuencia	%
Tranquilo	2	8%
Desesperado	8	33%
Con llanto	7	29%
Aislado	6	25%
Agresividad	1	4%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

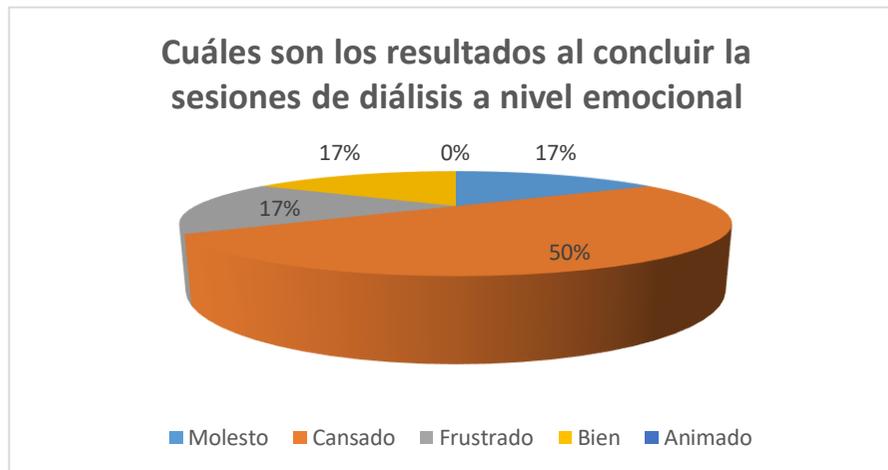


Los resultados obtenidos tras la entrevista a los usuarios del servicio de diálisis se observa que un 8 % manifiesta un estado de tranquilidad lo que significaría que tienen el autoconocimiento de sus emociones con capacidad de autogobernarlas y controlarlas, debido a que cuentan con el apoyo de la familia, un 33 % expresa una emoción de desesperación, expresada con gritos careciendo de un autocontrol y autogobierno de sus emociones, un 29 % reacciona con llanto, recordando eventos pasados, al tener a sus familias lejos, un 25% se aíslan, de su círculo familiar y social enfocándose en otras actividades (trabajo), un 4% reacciona con agresividad, renegando, blasfemando y buscando formas de descargar el cumulo de emociones negativas.

TABLA N° 15; Cuáles son los resultados al concluir la sesión de diálisis a nivel emocional?

Cuáles son los resultados post diálisis emocionalmente	Frecuencia	%
Molesto	4	17%
Cansado	12	50%
Frustrado	4	17%
Bien	4	17%
Animado	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

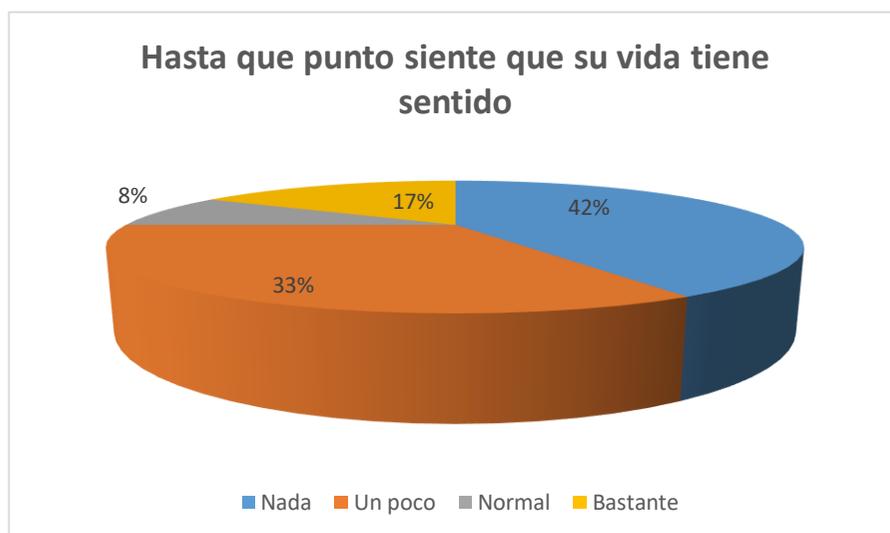


Los resultados de la entrevista mostraron que un 17% se encuentra molesto tras concluir una sesión de tratamiento de diálisis, por los dolores de cabeza, un 50 % encuentra cansado, físicamente, aunque las molestias son pasajeras, un 17% se encuentra frustrado, debido a las molestias físicas dolores de cabeza y calambres, un 17% se encuentra bien, llevando el tratamiento con normalidad.

TABLA N° 16 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido	Frecuencia	%
Nada	10	42%
Un poco	8	33%
Normal	2	8%
Bastante	4	17%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

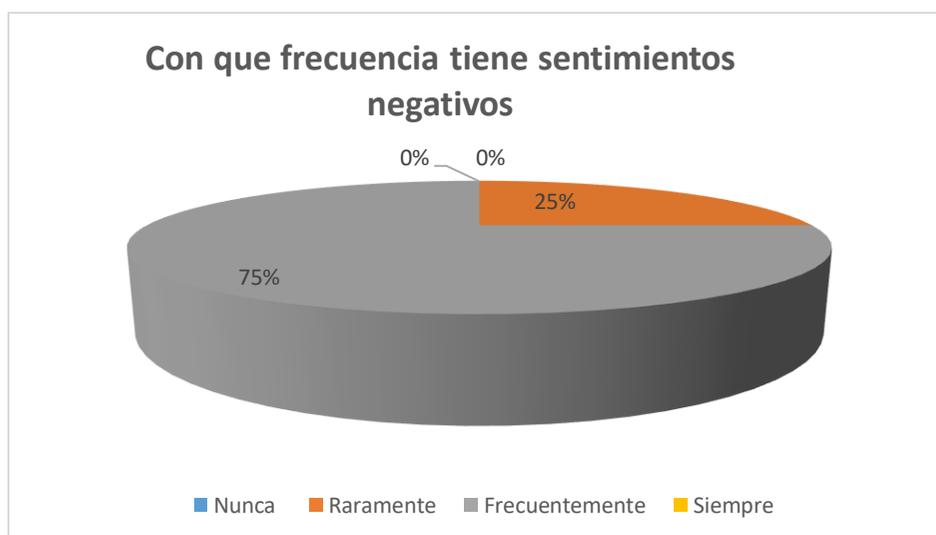


De acuerdo a los datos obtenidos en la población de estudio, se pudo determinar que un 42% no encuentran ningún sentido a su vida, expresan deseos de no continuar con el tratamiento, un 33% encuentra un poco de sentido a su vida, porque los desmotiva la situación y se sienten frustrados por el descuido a su salud, un 8% se encuentra normal, porque tienen asuntos personales por que luchar, un 17% se encuentra con bastante sentido a su vida porque son necesarios para su familia y tienen aún el deseo de vivir.

TABLA N° 17 ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos como la desesperanza, ansiedad o depresión?

Con que frecuencia tiene sentimientos negativos	Frecuencia	%
Nunca	0	0%
Raramente	6	25%
Frecuentemente	18	75%
Siempre	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

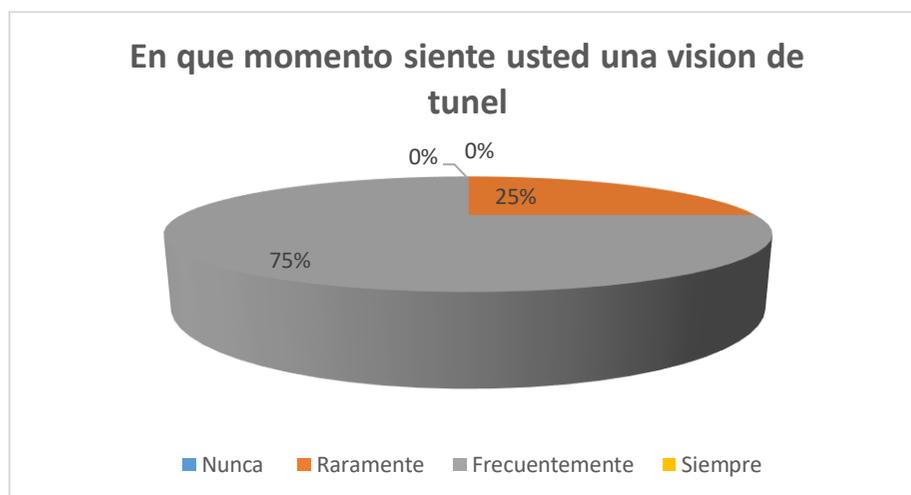


De los resultados que arrojó la entrevista, se evidencia que un 25% raramente presenta pensamientos negativos por que tratan de sobrellevar la situación, sin embargo, estos se presentan cuando hay problemas familiares, un 75 % manifiesta que frecuentemente presentan pensamientos negativos, esto porque tratamiento de la diálisis o la enfermedad afecta a muchos aspectos, no hay apoyo de la familia, y la falta de actividad física y la limitación de sus actividades rutinarias.

TABLA N° 18 ¿En qué momentos tiene o siente usted una visión de túnel?

En qué momento siente una visión de túnel	frecuencia	%
Nunca	0	0%
Raramente	6	25%
Frecuentemente	18	75%
Siempre	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

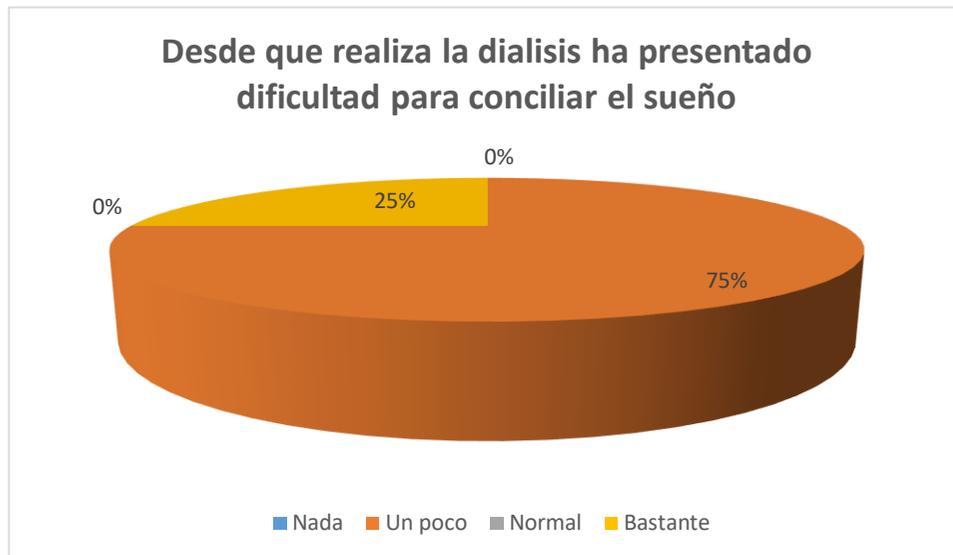


Según lo manifestado por los usuarios en las entrevistas realizadas, se evidencia que un 25% raramente siente una visión de túnel, tal situación se hace presente cuando tienen pensamientos negativos, un 75 % indica sentir frecuentemente por situaciones importantes como perdidas de familiares o también por no conseguir o alcanzar sus objetivos planificados.

TABLA N° 19 ¿Desde que realiza la diálisis, ha presentado dificultades para conciliar el sueño?¿por qué?

Ha presentado dificultad para conciliar el sueño	Frecuencia	%
Nada	0	0%
Un poco	18	75%
Normal	0	0%
Bastante	6	25%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

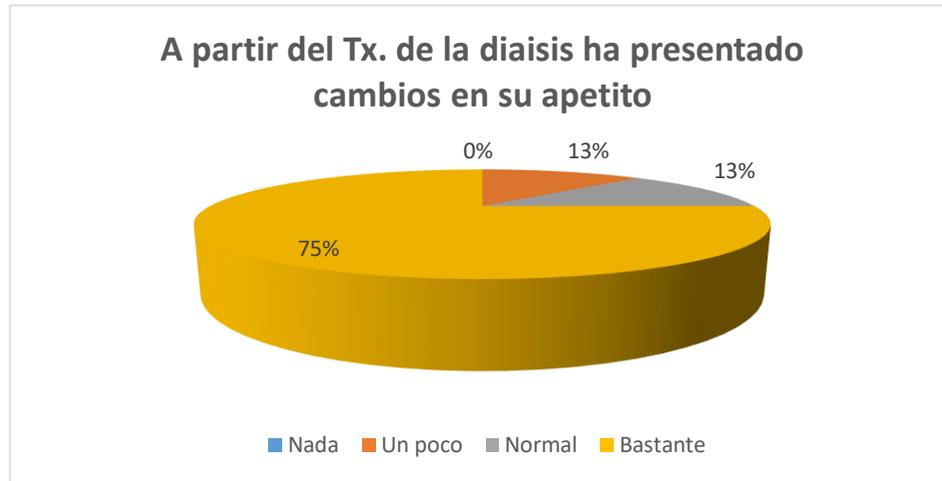


Los resultados de las entrevistas nos indican que un 75% tiene poca dificultad para conciliar el sueño esto como consecuencia de problemas familiares, acompañado de sensaciones de calambres o dolores de cabeza, otras veces por preocupaciones o tristeza. un 25 % presenta bastante dificultad para conciliar el sueño mayormente por la medicación que reciben.

TABLA N° 20 ¿A partir de la diálisis, usted ha presentado cambios en su apetito?

Ha presentado cambios en su apetito	Frecuencia	%
Nada	0	0%
Un poco	3	13%
Normal	3	13%
Bastante	18	75%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

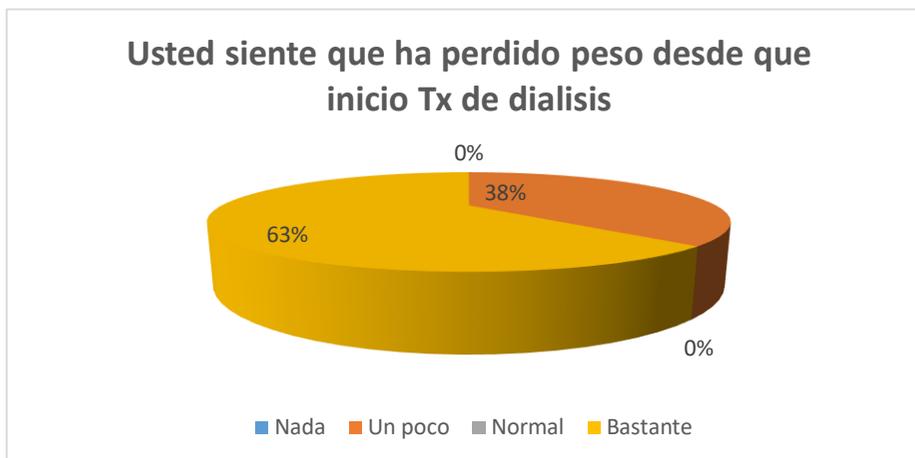


Referente a la pregunta sobre los cambios en su apetito que presentan la población en estudio se observa que un 75% presenta bastantes cambios en el apetito, esto debido a la dieta que se les prescribe como parte del tratamiento de la enfermedad lo que modifica sus costumbres alimenticias, un 13 %, presenta un poco de cambios, esto más por las cantidades ya que no pueden excederse, un 13% siente el apetito normal, lo que es común en esta población es la restricción del consumo excesivo e incontrolado de líquidos.

TABLA N° 21 ¿Usted siente que ha perdido peso desde que inicio el tratamiento de la diálisis?

Siente que perdió peso desde que inicio tx de diálisis	Frecuencia	%
Nada	0	0%
Un poco	9	38%
Normal	0	0%
Bastante	15	63%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

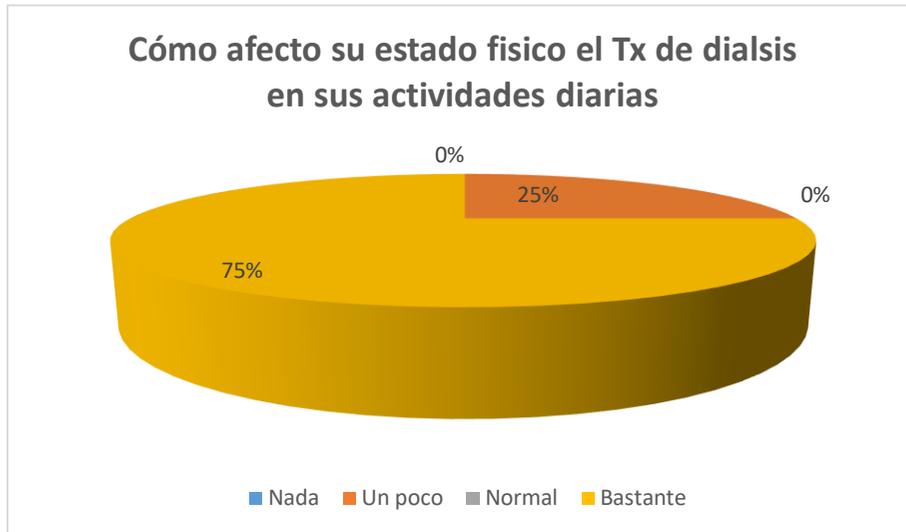


De acuerdo a los datos obtenidos en la población de estudio que hacen uso del servicio de diálisis del Hospital Militar Central se evidencia que un 63% perdió bastante peso desde el inicio del tratamiento de la diálisis, debido a la restricción de ingesta de alimentos por la enfermedad, un 38 % perdió un poco de peso, en las dos opciones se nota que es por la dieta que va con el tratamiento, modificando sus hábitos alimenticios. Un promedio de pérdida de peso entre la población es de 10 a 15 kilos.

TABLA N° 22 ¿Cómo afecto su estado físico el tratamiento de diálisis en sus actividades diarias?

Como afecta el Tx de la diálisis en sus actividades	Frecuencia	%
Nada	0	0%
Un poco	6	25%
Normal	0	0%
Bastante	18	75%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

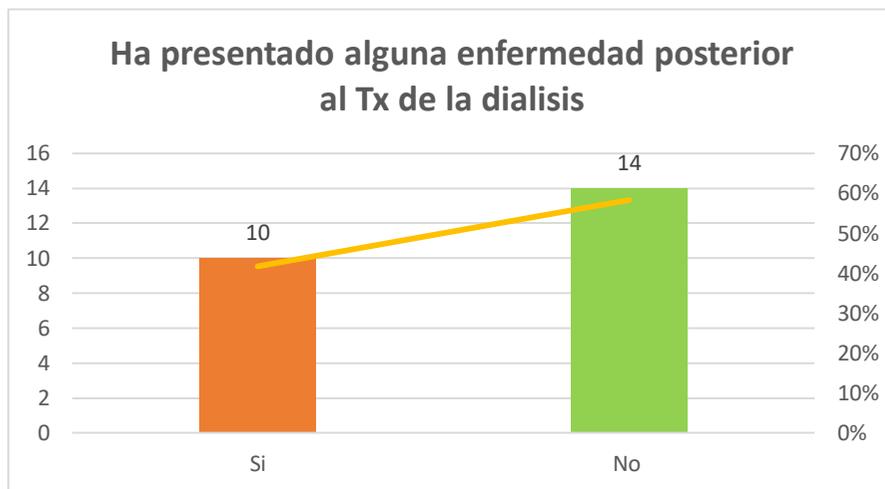


En este Ítem los resultados obtenidos en la entrevista a la población en estudio se observan que un 75 % manifiesta que el tratamiento de la diálisis afectó bastante en sus actividades entre ellas la parte física, esto porque ya no pueden realizar los mismos dinamismos antes del tratamiento, en algunos casos ya no pueden realizar viajes de dos tres o más días. 25 % expresa que les afecto un poco en el desarrollo de su actividad física, esta condición tiene que ver con un control muy regulado con la actividad física que realiza con relación a su tratamiento.

TABLA N° 23 ¿Ha presentado alguna enfermedad posterior al tratamiento de la diálisis?

Ha presentado alguna enfermedad posterior al tx de la diálisis	Frecuencia	%
Si	10	42%
No	14	58%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

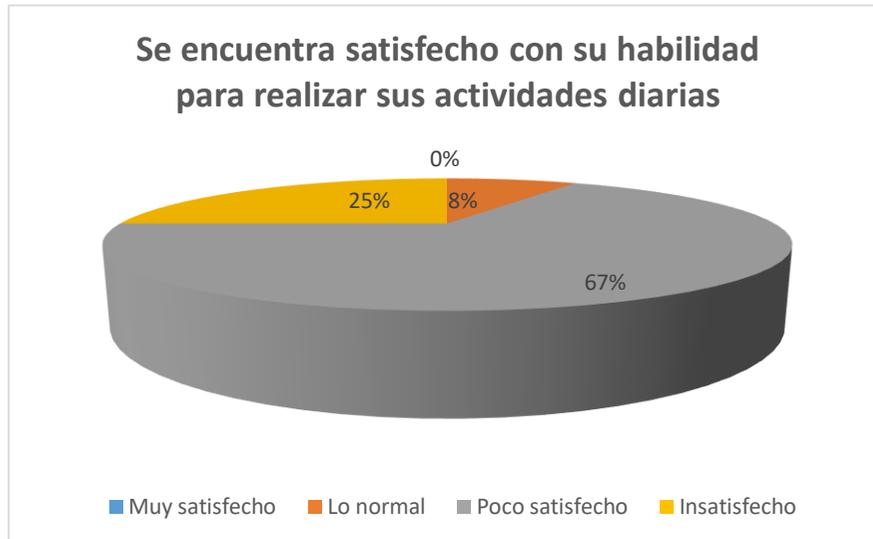


Los usuarios del servicio de diálisis, en las entrevistas realizadas manifiestan que un 42% presentaron o desencadenaron otra enfermedad como la diabetes, hipertensión arterial sistémicas (HAS), recurrentes infecciones urinarias, y un 58% no presentan otra enfermedad, manifestando que se encuentran en constantes controles médicos para evitar alguna complicación en la enfermedad.

TABLA N° 24 ¿Se encuentra satisfecho con su habilidad de realizar sus actividades diarias (sociales, deportivas, recreativas otras)?

se encuentra satisfecho con su habilidad al realizar sus actividades diarias	Frecuencia	%
Muy satisfecho	0	0%
Lo normal	2	8%
Poco satisfecho	16	67%
Insatisfecho	6	25%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

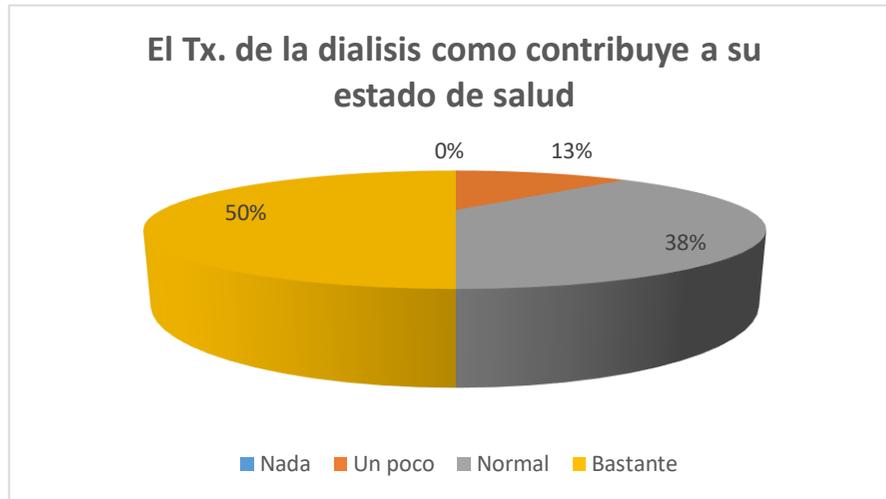


Los resultados obtenidos en este Ítem en la población en estudio se evidencian que un 67% se encuentra poco satisfecho con sus actividades diarias, esto debido a que deben de regular sus actividades sociales y físicas, un 8% realiza sus actividades de forma normal, un 25%. Está insatisfecho esto por la parte recreativa, deportiva, se puede percibir que el grado de satisfacción depende del nivel de actividad que realizan los pacientes.

TABLA N° 25 ¿El tratamiento de la diálisis como contribuye a su estado de salud?

El tx de la diálisis como contribuye a su estado de salud	Frecuencia	%
Nada	0	0%
Un poco	3	13%
Normal	9	38%
Bastante	12	50%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

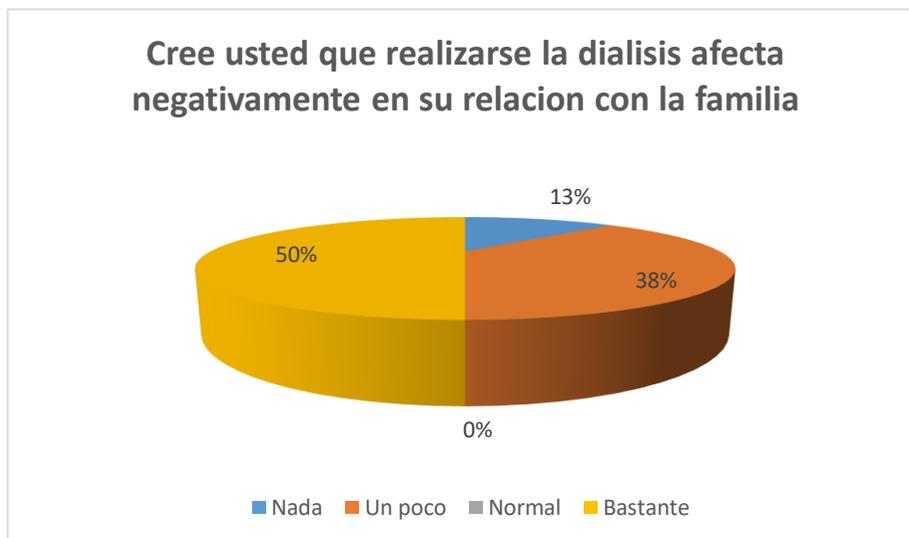


Obtenidos los datos en la población en estudio se evidencia que un 13% considera que el tratamiento contribuye un poco en su estado de salud, esto se ve en lo traumático que consideran que es el tratamiento, un 38% esta normal en su estado de salud con relación al tratamiento de la diálisis, esto porque acuden de forma regular a sus sesiones lo que les transmite un sentimiento de tranquilidad, un 50%. Considera que el tratamiento contribuye bastante en su estado de salud, por que reciben apoyo de sus seres queridos esto les da motivación para continuar con el tratamiento y así ir mejorando en su diario vivir.

TABLA N° 26 ¿Cree usted que realizarse la diálisis afecta negativamente en su relación con la familia y su entorno? ¿Por qué?

Cree usted que la diálisis afecta su relación con la familia	Frecuencia	%
Nada	3	13%
Un poco	9	38%
Normal	0	0%
Bastante	12	50%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

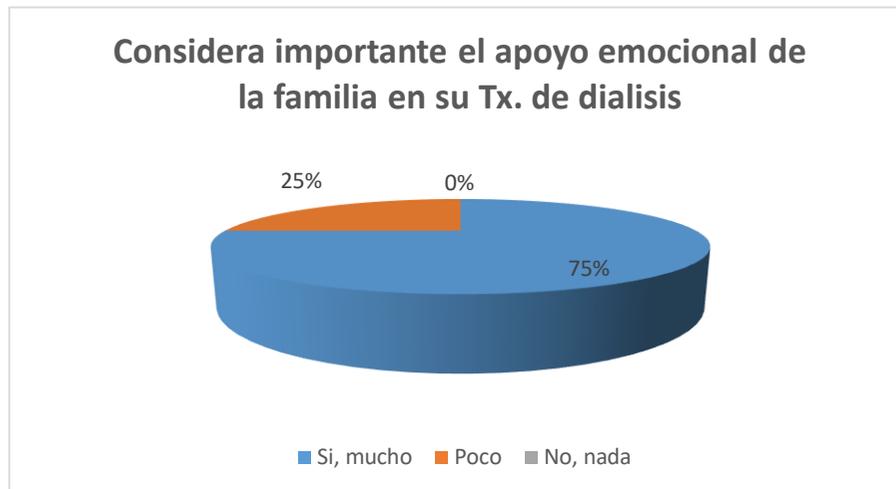


Según los datos obtenidos durante las entrevistas a los usuarios del servicio de diálisis del Hospital Militar Central se observa que un 13% considera que realizarse la diálisis no afecta de forma negativa con su entorno familiar, esto por encontrar comprensión de su entorno familiar, un 38% considera que afecta un poco, esto debido a que genera gran preocupación en la familia y su entorno, y la falta de espacios para compartir con los mismos, un 50% ve que la relación con la familia y su entorno es bastante afectada de forma negativa, presentando abandono y desinterés hacia el paciente de parte de su entorno (familia, amigos, conocidos).

TABLA N° 27 ¿Considera importante el apoyo emocional de su familia en su tratamiento de diálisis? ¿por qué?

Considera importante el apoyo emocional de su familia en el tx	Frecuencia	%
Sí, mucho	18	75%
Poco	6	25%
No, nada	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

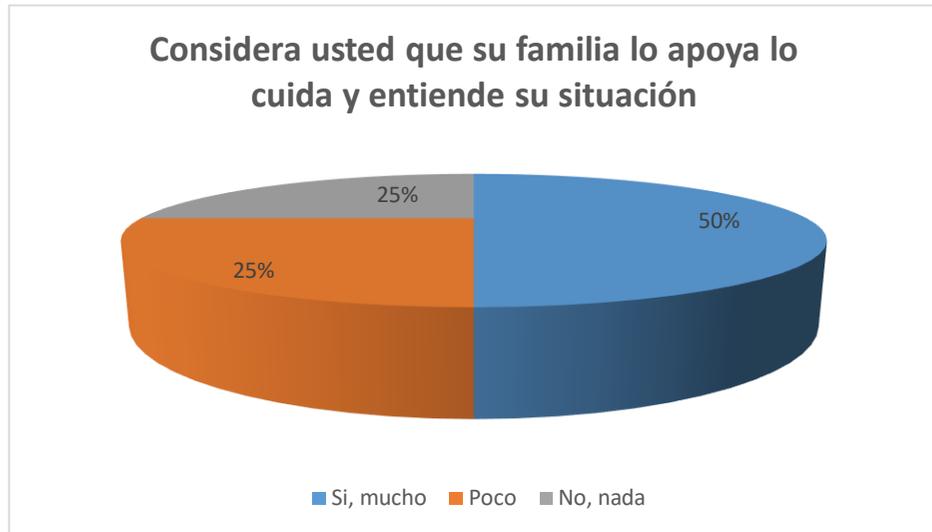


Los resultados obtenidos en este ítem, se evidencia que un 75 % considera que es muy importante el apoyo de la familia en lo emocional son el primer entorno donde podemos hablar o comentar de los sentimientos o escuchar palabras que nos animan a seguir adelante y en ciertas situaciones se adaptan a nuestra realidad, a 25 % expresa que es poco importante debido a que sus familiares si bien existen, pero no comparten con el usuario o se encuentran en otros lugares. A pesar de lo manifestado en la entrevista nos muestra la importancia que tiene el apoyo emocional en el tratamiento, a pesar de que algunos no reciben el apoyo de la familia como quisiesen.

TABLA N° 28 ¿Considera usted que su familia lo apoya, lo cuida y entiende su situación?

Considera usted que su familia lo apoya	Frecuencia	%
Si, mucho	12	50%
Poco	6	25%
No, nada	6	25%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023



De acuerdo a los datos obtenidos en la población de estudio que hacen uso del servicio de diálisis del Hospital Militar Central se evidencia que un 50% recibe mucho apoyo de la familia en lo que respecta el acompañamiento a las sesiones, un 25 % recibe poco apoyo, condicionando el apoyo a favores por parte del usuario, un 25% no recibe apoyo de su familia, esto por problemas internos en la pareja (peleas, malos entendidos, otros se encuentran lejos, esposo que beben mucho).

TABLA N° 29 ¿Considera usted que la diálisis mejora su calidad de vida?

Considera usted que la diálisis mejora su calidad de vida	Frecuencia	%
Si, mucho	12	50%
Poco	12	50%
No, nada	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

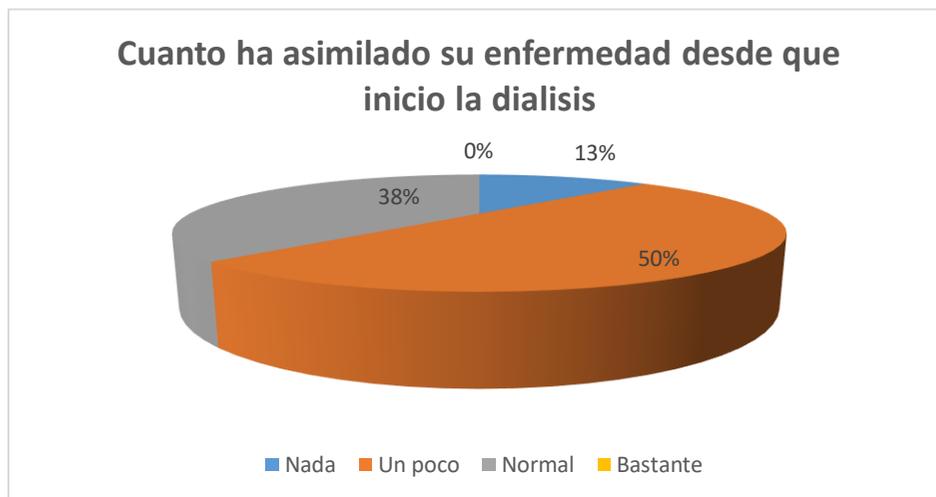


Los resultados obtenidos en este ítem, se evidencia que un 50% considera que el tratamiento mejora mucho su calidad de vida, esto porque lo consideran como una esperanza, también notan que desaparecen las molestias y dolores, producto de la enfermedad y un 50% considera que hay poca mejoría, debido a que hay incomodidad por los dolores de cabeza y los calambres sin embargo los mantiene estables, se evidencia que la diálisis como tratamiento a su enfermedad, aporta a una mejor calidad de vida de los usuarios.

TABLA N° 30 ¿Cuánto ha asimilado su enfermedad desde que inicio el tratamiento de la diálisis?

Cuánto ha asimilado su enfermedad desde el inicio de la diálisis	Frecuencia	%
Nada	3	13%
Un poco	12	50%
Normal	9	38%
Bastante	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

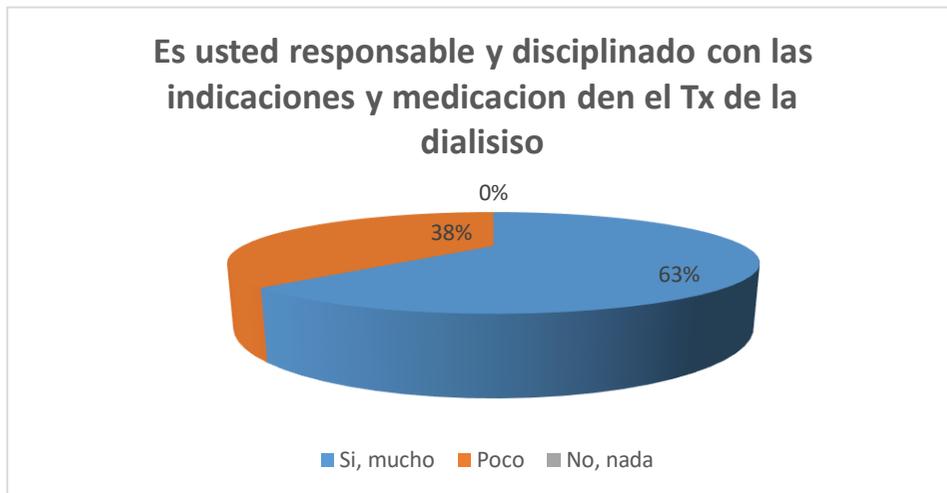


Los resultados que se obtuvieron tras la entrevista a este ítem, se evidencia que un 13% se encierra en sí mismos les cuesta asimilar tanto la enfermedad como asistir a tratamiento de diálisis, un 50% asimila poco, esto porque les cuesta seguir con el tratamiento, la frecuencia de asistir a diálisis día por medio, por la distancia en la que viven, el traslado hacia el hospital y otros factores, un 38%. Presenta una asimilación normal lo ven como una esperanza, no se sienten mal y tratan de sobrellevar el tratamiento.

TABLA N° 31 ¿Es usted responsable y disciplinado con las indicaciones y medicación en el tratamiento de la enfermedad?

Es ud. responsable con el tx. de la enfermedad	Frecuencia	%
Si, mucho	15	63%
Poco	9	38%
No, nada	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023

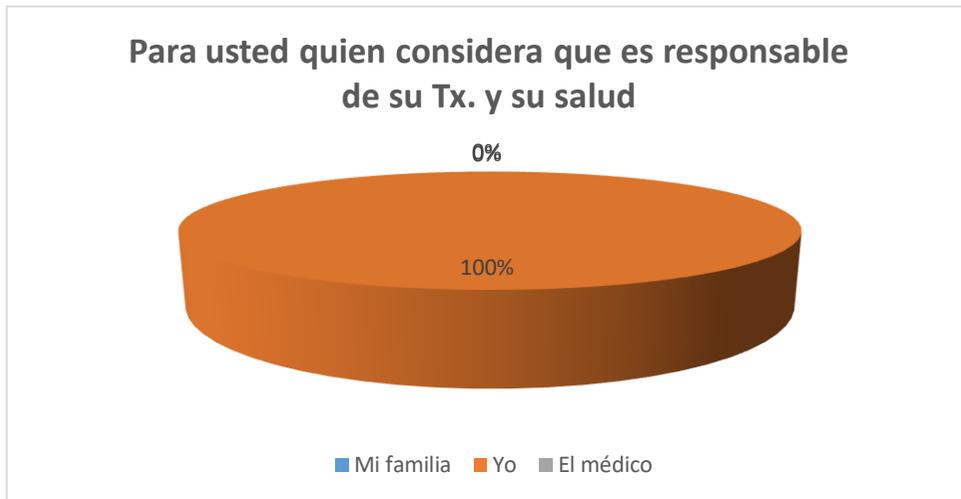


Las respuestas que se obtuvieron a este ítem durante la entrevista, se evidencia que un 63% es muy responsable con el tratamiento, esto se da por la supervisión de la familia y su entorno, y un 38% es poco responsable, esto debido a que antes de la enfermedad no tenían que consumir medicamentos a horario, más ahora que van adaptándose a una nueva realidad, se esfuerzan por cumplir con los horarios.

TABLA N° 32 ¿Para usted quien considera que es responsable de su tratamiento y su salud?

Para usted quien considera que es responsable de su tx y su salud	Frecuencia	%
Mi familia	0	0%
Yo	24	100%
El médico	0	0%
Total	24	100%

Fuente: Elaboración propia – 2023



De acuerdo a los datos obtenidos en la población de estudio que hacen uso del servicio de diálisis del Hospital Militar Central se evidencia que un 100% se considera responsable de su tratamiento y su salud, considerando al tratamiento de la diálisis como la alternativa para prolongar su vida, muchos manifiestan que aún tienen ganas de vivir porque quieren hacer algo más en sus vidas.

4.2 RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS

De los resultados obtenidos se establece que los usuarios que acuden al servicio de diálisis en el Hospital Militar Central son personas que tienen una edad de 56 años o más lo que representa un porcentaje alto del total de usuarios, con una prevalencia del sexo masculino con un 62,5 % frente a 37,5 % del sexo femenino, esto pudiera relacionarse con que los hombres se exponen más a los hábitos y estilos de vida poco saludables, ambientes laborales más agresivos y estresantes; son menos disciplinados en cuanto a tratamientos y asistencia a consultas médicas, además de presentar mayor prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus, enfermedades que podrían favorecer su arribo a la insuficiencia renal crónica, asimismo, se evidencia que la mayor parte de los usuarios posee vivienda propia donde habitan en un entorno familiar entre 4 a 6 personas, cuya condición laboral favorece a jubilados.

Los usuarios que acuden al servicio de diálisis, en un porcentaje alto que representa el 58 % del total refiere tener poco conocimiento respecto a la enfermedad, esto debido a que no fueron informados de forma amplia al momento de ser diagnosticados e iniciar el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, refieren que solo se les indico que deberían de acudir a diálisis como parte del tratamiento a su enfermedad, que posteriormente fueron informados por parte del personal de salud sobre los cuidados, la frecuencia, los medicamentos que debieran ser administrados durante el proceso de la diálisis.

A partir del diagnóstico la población que acude a diálisis manifiesta haber experimentado cambios en su vida, dejaron de realizar muchas actividades que formaban parte de su diario vivir, como el de realizar viajes por negocio a diferentes departamentos de nuestro territorio (Potosí, Villazón, Cobija y otros) con una frecuencia de dos a tres veces a la semana, mas ahora no pueden realizar ni un viaje por que deben acudir a la sesión de diálisis, la restricción en la actividad deportiva, las molestias por las que pasan al trasladarse al Hospital ya que viven en zonas alejadas, el compartimiento en las actividades sociales si bien asisten a dichas actividades, expresan que no es lo mismo ya que deben cuidar su alimentación y la ingesta de líquidos, también, refieren que el tratamiento de la diálisis de algún modo genera aislamiento con la familia y su entorno social.

A partir del tratamiento sustitutivo a su enfermedad los usuarios han manifestado diferentes cambios en su estado de ánimo en un 83%, encontrando un 38% de insatisfacción al realizar la diálisis, con expresiones de tristeza de un 42% debido a la ausencia de familiares, autoaislamiento, otros se sienten desamparados en un 33% por tener a sus familiares en otros departamentos o por la falta de apoyo de sus hijos (independientes), el hecho de acudir a tratamiento de forma regular con una frecuencia de tres veces por semana, esto provoca que los usuarios entren en estados estresantes, depresivos y ansiosos, siendo canalizado a través de llanto, gritos, desesperaciones, frustraciones, que poco a poco van superando su condición.

Así, como se presentaron cambios en su estado emocional de los usuarios, se modificaron ciertos hábitos en su diario vivir, afectando en su estilo de vida, refieren bastantes dificultades para conciliar el sueño un 25%, cambios en su apetito debido a la restricción de ingesta de líquidos y otros alimentos en un 75%, por lo que en 63% de los usuarios manifiesta haber perdido peso, asimismo, se ve disminuido su actividad física (deportes) en un 75% provocando una insatisfacción en esta área, se ve disminuida la frecuencia de compartimientos sociales en su entorno (amistades, camaradas, vecinos).

Los usuarios que acuden al servicio de diálisis refieren que someterse al tratamiento sustitutivo les ayuda en su estado de salud en un 50%, también consideran que tuvo un efecto negativo en su relación con sus familias, que a partir de esto ven la importancia del apoyo del grupo familiar y su entorno social en un 75%, apoyo que les permite ir asimilando la enfermedad y alcanzando en un 63% la responsabilidad y disciplina en el esquema de tratamiento, tomando conciencia que es entera responsabilidad del usuario de su estado de salud.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 CONCLUSIONES

Se llevó a cabo un estudio descriptivo que ha permitido recopilar información sobre la realidad actual del manejo de emociones en usuarios del servicio de diálisis del Hospital Militar Central. Se utilizó a la población en su conjunto y se empleó diferentes instrumentos para la recolección de datos, incluyendo entrevistas y observación directa.

Al inicio mostraron un bajo interés en participar en el trabajo, debido a experiencias anteriores en otras áreas de la salud, manifestando resistencia y poca colaboración, que a través del contacto directo se generó un espacio de confianza y seguridad, permitiendo un ambiente óptimo de trabajo.

Se ha observado que la gestión de emociones en usuarios del servicio de diálisis es un aspecto fundamental en el proceso de recuperación, cuidado y bienestar emocional. Y se evidencia que el adecuado manejo de las emociones tiene un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes, tanto a nivel físico como emocional y su adherencia al tratamiento.

El manejo de emociones positivas en los usuarios como la gratitud, el optimismo y la esperanza en pequeñas cosas, contribuyen a reducir estados de ansiedad y estrés asociados a los tratamientos de diálisis. Estas emociones positivas actúan como un amortiguador emocional frente a las dificultades y adversidades propias de la enfermedad, permitiendo a los pacientes enfrentar de mejor manera su estado de salud.

Los usuarios de diálisis a menudo experimentan con mayor frecuencia emociones negativas como la insatisfacción en el tratamiento, que afecta a su estado de ánimo, se sienten deprimidos debido a la carga física y emocional de su condición, con altos y bajos en su estado de salud, con sentimientos de tristeza, llanto y desesperanza. Asimismo,

experimentan estados de ansiedad relacionadas con la incertidumbre sobre su estado de salud y el proceso de diálisis en sí, aumentando sentimientos de nerviosismo y estrés.

El tratamiento de la diálisis afecta negativamente la calidad de vida de los usuarios, modifica y disminuye el consumo de alimentos, alteraciones en el sueño y su capacidad para disfrutar de actividades diarias y mantener relaciones sociales saludables.

Los usuarios con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, se asocian a enfermedades de base como la hipertensión arterial sistémica (H.A.S.), enfermedades cardiovasculares, degenerativas, diabetes mellitus en sus estadios I y II e infecciones urinarias recurrentes.

El tratamiento sustitutivo a la enfermedad tiene un impacto negativo en los usuarios que afecta de forma nociva la relación con la familia y su entorno, sufren abandono, desinterés por los familiares, incompreensión, descuido, por lo que tienen que lidiar ellos solos.

Se ve la necesidad de generar grupos de auto apoyo, que son fundamentales en pacientes con diálisis, ya que les proporcionan un espacio seguro y solidario donde pueden compartir sus experiencias, preocupaciones, miedos, recibir información y recursos útiles, obtener apoyo emocional, sentirse seguros y motivación para sobrellevar su enfermedad de manera positiva y mejorar su calidad de vida.

Existe la necesidad de realizar terapias grupales a usuarios del servicio de diálisis, esta es una herramienta valiosa para mejorar su bienestar emocional, social y psicológico, así como para promover su adaptación, ajuste a la enfermedad y al tratamiento de diálisis. En conjunto con el cuidado médico, estas terapias son parte fundamental en el abordaje integral de los pacientes con enfermedad renal en tratamiento de diálisis.

Existe la necesidad de realizar un programa de apoyo emocional a través de talleres, para mejorar la calidad de vida de los pacientes con diálisis, ayudándoles a manejar sus emociones de manera saludable, fomentar la creación de redes de apoyo y afrontar los desafíos que conlleva vivir con esta condición de salud.

5.2 SUGERENCIAS

Según lo encontrado en esta investigación, estas emociones exacerbaban la sensación de malestar dejando a los pacientes en un estado vulnerable, depresivo, con miedo y con ideas recurrentes de muerte, por lo que se sugiere una intervención psicológica en este difícil momento que ayudará a mejorar su estado de ánimo y calidad de vida, reforzar o desarrollar la resiliencia, pero sobre todo a adherirse al tratamiento y enfrentar de manera positiva todo lo que acompaña padecer de Insuficiencia Renal Crónica.

La importancia de poder controlar y dar una atención especializada a las emociones de los usuarios diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, al igual que los tratamientos médicos y los cambios de hábitos, se debe tener a la par con el especialista en psicología, un tratamiento donde se trabajen a detalle las emociones negativas que afectan y que pueden tener un impacto directo en la salud, así como reforzar y promover el buen manejo de las emociones positivas para dar mayor fuerza a la estabilidad emocional y afrontar de una mejor forma la enfermedad.

Se sugiere la conformación de un grupo de trabajo multidisciplinario conformado por personal de médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas y trabajo social, a fin de brindar una atención integral a partir del momento en que los usuarios son diagnosticados con insuficiencia renal crónica, que les permita contar con un acompañamiento antes, durante y posterior al tratamiento de diálisis.

Desarrollar un programa donde se aborde desde una perspectiva diferente en torno a identificar las emociones que tiene influencia en la enfermedad, orientado a mejorar el manejo de emociones encontradas en los usuarios del servicio de diálisis en el Hospital Militar Central, a través de talleres que sean impartidos por personal de salud del servicio, en horarios en los que acuden los usuarios como parte del tratamiento y para mejorar la adherencia al mismo.

El Psicólogo debe ampliar su campo de acción, su participación es de gran importancia en el campo de la salud, que aún en la actualidad es “prioridad” de los médicos. Es nuestra

responsabilidad llevar a cabo intervenciones pertinentes y eficaces en base a nuestra formación, que vayan acompañando al tratamiento médico, encaminadas al logro de una verdadera salud integral.

CAPITULO VI

PROPUESTA

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE EMOCIONES DIRIGIDO A USUARIOS DEL SERVICIO DE DIALISIS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

I. ANTECEDENTES

Los usuarios que acuden al servicio de diálisis en el Hospital Militar Central con diagnóstico de I.R.C. (Insuficiencia Renal Crónica) acuden tres veces por semana a realizar el tratamiento de diálisis. En cada sesión, invierten cuatro horas del día, haciendo un total de 12 horas semanales. Esto, sumado a las implicaciones propias de la patología que tienen, provoca que sean personas con un alto grado de percepción de mala calidad de vida. Complementario a esto los estados de ansiedad, depresión y el sentimiento que experimentan de estar en desventaja con su entorno, acostados en una cama tanto tiempo, son algunos de los factores que se observaron en esta población durante la investigación.

El tratamiento de la diálisis es percibido como algo muy negativo a pesar de que les permite continuar viviendo, parece algo esclavizante del que se vuelven dependiente de por vida con la única posibilidad de terminar con el tratamiento de la diálisis es a través de un trasplante renal, A partir de esto los usuarios del servicio de diálisis presentar diversos problemas que repercute en su estado de salud físico y psicológico. Al ser diagnosticados con I.R.C. muestran desconcierto ante las implicaciones y repercusiones que éste tendrá en adelante, ya que se ve afectada su estilo de vida, su trabajo, su vida familiar, social y sus actividades recreativas.

Si bien se muestran con cierto interés en las técnicas de su tratamiento y sus cuidados, sin embargo, su expresión emocional (molestias, enojos, angustias, culpas, miedos, etc.) se ve afectada y dependiente del estado de salud en el que se encuentran, reflejada a través de un descuido constante de las indicaciones dadas por el personal médico tratante, como pudieran ser las recurrentes transgresiones de la dieta o el exceso de consumo de líquidos

y algunas conductas en las que el paciente vuelve a ser quien controla o a sentir que es capaz de controlar algunos aspectos de su vida, son estas conductas transgresoras que se debate en su decisión de vida o sentirse mal, de control hacia sí mismo y su entorno. Es entonces cuando el enfermo renal comienza a manifestar sentimientos negativos como pensamientos de muerte y/o dejando de lado proyectos de vida, muchas de las veces tienen un sentimiento de un futuro incierto, viéndose afectados por los cambios de hábitos y el estilo de vida que les toca afrontar.

Por lo anterior, es de suma importancia trabajar en el ámbito psicológico que nos permita encauzar nuevamente en el bienestar de los usuarios con todo ese cumulo de emociones negativas y cambios que están acelerados, ayudándoles en sus procesos de duelo, aceptación, adaptación, estilos de afrontamiento, en su autoestima y autoconcepto, así en encontrar nuevas formas de motivaciones y expectativas que les permita crear un nuevo proyecto de vida.

II. OBJETIVO GENERAL

- Brindar a los usuarios herramientas para reconocer, gestionar y canalizar de manera saludable sus emociones, a fin de sobrellevar su enfermedad.

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Ayudar a identificar y nombrar sus emociones a los usuarios del servicio de diálisis.
- Enseñar técnicas de regulación emocional como la respiración consiente, para relacionarse de manera saludable y empática.
- Promover la aceptación y el auto-cuidado como parte fundamental de la gestión emocional
- Identificar y cambiar pensamientos negativos que afectan nuestras emociones.

IV. POBLACION

Se impartirá a un grupo de 24 usuarios del servicio de diálisis en el Hospital Militar Central, cuyos criterios de inclusión son los siguientes:

- Usuarios ente 26 a 56 años y más

- Usuarios diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis) que acuden al servicio de diálisis del H.M.C.

Criterios de exclusión

- Los usuarios no deben tener enfermedad psiquiátrica

V. LUGAR

Se requiere contar con un ambiente adecuado en tamaño para el desarrollo de las actividades (dinámicas) con iluminación y ventilación de preferencia dentro de las instalaciones del servicio de diálisis donde acuden a su tratamiento, para evitar traslados, incomodidades y resulte complicado para los usuarios.

VI. MATERIALES

- Lápices
- Tarjetas en blanco
- Hojas de papel
- Laptop
- Cañón
- Música relajante
- Fotografías con diversas imágenes

VII. PROCEDIMIENTO

En coordinación con el personal de salud del servicio de diálisis se realizará la invitación de manera abierta a los usuarios considerando los criterios de inclusión y exclusión, se entregarán volantes con la invitación a los talleres, señalándose las fechas de las sesiones e indicando la duración de las mismas.

VIII. DESARROLLO

Para la elaboración de los talleres se consideró como guía el trabajo realizado por: Gabriela G. Martínez Pineda (2013) “Propuesta de un taller para diseñar un proyecto de vida en adultos tempranos que padecen Insuficiencia Renal Crónica” y Ludy R. Fierro Montero (2021) “Diseño de un programa de desarrollo emocional dirigido a personas adultas mayores institucionalizados como medida de promoción de la salud”.

TALLER 1

TITULO: “¡Hola! Yo soy ... y así me siento”

OBJETIVO ESPECIFICO: conocer el concepto de una emoción y su importancia e implicación en nuestra salud

DESARROLLO

- Bienvenida al taller y presentación del expositor, quien le proporcionara unos broches donde anotaran sus nombres cada uno de los usuarios y en el reverso dibujaran la emoción de cómo se sienten en ese momento.
- Se les da a conocer las reglas, los lineamientos y los objetivos del taller
- Se indicará a cada usuario se levante y salude al grupo, dirá su nombre en voz alta y el grupo responderá, bajo este mecanismo todos se levantarán y dirán su nombre.
- Se les pide a los usuarios que den a conocer sus expectativas con respecto al taller.
- Se expondrá las emociones básicas del ser humano, dando una definición según autores y que estas son naturalmente humanas (ni buenas ni malas sino necesarias) su clasificación, su importancia, sus beneficios e implicaciones en nuestro organismo, esto a través de recursos audiovisuales.
- Al concluir se cerrará la sesión con agradecimiento por su tiempo y sus experiencias compartidas y anunciará el siguiente taller.

MATERIALES

- Lápices

- Tarjetas
- Música relajante
- Proyección en power point con el tema “¡Hola! Yo soy ... y así me siento”
- Laptop
- Cañón

TIEMPO

El tiempo requerido para el desarrollo del taller es de 45 minutos.

EVALUACION

Al finalizar la sesión los usuarios adquieren conocimientos básicos sobre el significado de las emociones, clasificación, importancia e implicación en nuestra salud.

TALLER 2

TITULO: “Quiero sentirme bien”

OBJETIVO ESPECIFICO: Aprender a comunicar nuestras emociones con quienes se comparte el día a día, a fin de cultivar relaciones saludables.

DESARROLLO

- Se inicia el taller dando la bienvenida a todos y realizando una retroalimentación del anterior taller
- Se les da a conocer las instrucciones de la dinámica y se pide a los usuarios que en esta sesión tengan la mayor apertura emocional posible
- Comienza hablando de la conceptualización de las emociones positivas para luego realizar una práctica de 10 emociones positivas a través de 10 tareas sencillas, cada tarea esconde una emoción en un folleto diseñado para que en cada hoja el usuario realice una tarea. Al finalizar se reflexiona y explica que la práctica de acciones que generan emociones positivas brinda beneficios en el cuerpo y mente.

Gratitud: escribe de lo estas agradecido hoy,

Amor: Escoge una imagen o dibuja aquello que te genere amor

Alegría: Escribe dos momentos alegres

Esperanza: Tres acciones que te generen esperanza en la humanidad

Interés: Cuales son tus intereses actuales

Serenidad: En qué lugar o lugares sientes que encuentras tranquilidad

Diversión: Que actividades te divierten

Inspiración: Que personas o personajes te inspiran o motivan

Asombro: Que situaciones importantes te han sorprendido positivamente actualmente

Orgullo: Que logros has experimentado y sigues experimentando en tu vida

Luego, se da un espacio de compartir y se invita a utilizar el folleto de forma personal como un recordatorio diario de acciones que aportan a su bienestar. Finalmente se invita a personal de salud para que exponga los beneficios orgánicos de generar emociones positivas por ejemplo (control de la presión arterial, reducción de dolores musculares, mejora el sueño y otros)

- Se cerrará la sesión con agradecimiento por su tiempo y sus experiencias compartidas y anunciará el siguiente taller.

MATERIALES

- Folletos en blanco con hojas para cada tarea/emoción
- Lápices
- Música relajante
- Proyección en power point con el tema “Quiero sentirme bien”
- Laptop
- Cañón

TIEMPO

El tiempo necesario para el desarrollo del taller es de 45 minutos.

EVALUACION

Al finalizar la sesión los usuarios aprenderán a comunicar sus emociones, los beneficios de cultivar la práctica de emociones positivas y el impacto en la salud.

TALLER 3

TITULO: “Siento, Pienso y Actúo”

OBJETIVO ESPECIFICO: Describir las reacciones que generan las emociones negativas en nuestras actividades diarias y cambiarlas por pensamientos positivos.

DESARROLLO

- Se inicia el taller dando la bienvenida a todos y realizando una retroalimentación del anterior taller
- Se les indica las instrucciones de la dinámica, se pide a los usuarios que en esta sesión tengan la mayor apertura emocional posible
- Se pide se agrupen de dos y escriban los pensamientos de cada usuario en la cartulina o pizarra con la consigna “Cuando ocurre esto (situación o evento desagradable) yo me siento (emoción) y yo pienso que ...”, posteriormente, se validan los pensamientos a través de cuatro preguntas básicas ¿Es verdadero lo que pienso? ¿Qué pensaría otra persona sobre esta situación? ¿Qué utilidad tiene mantener este pensamiento? ¿Estoy dispuesto a pensar diferente? Se comparten las experiencias con el grupo y se expone el poder que tienen los pensamientos para ayudarnos a sentirnos bien o mal.
- Se cerrará la sesión con agradecimiento por su tiempo y sus experiencias compartidas y anunciará el siguiente taller.

MATERIALES

- Cartulina/pizarra
- Marcadores
- Lápices
- Música relajante

- Proyección en power point con el tema “Siento, pienso y actúo”
- Laptop
- Cañón

TIEMPO

El tiempo requerido para el desarrollo del taller es de 45 minutos.

EVALUACION

Al finalizar la sesión los usuarios podrán describir pensamientos automáticos que generan emociones desagradables y elaborar pensamientos positivos

TALLER 4

TITULO: “Que pasa con mis emociones, como me siento”

OBJETIVO ESPECIFICO: Describir su estado de ánimo ante diferentes eventos a los que está expuesto a diario como consecuencia de su enfermedad.

DESARROLLO

- Se da inicio al taller dando la bienvenida a todos y realizando una retroalimentación del anterior taller
- Se les da a conocer las instrucciones de la dinámica y pide a los usuarios que en esta sesión tengan la mayor apertura emocional posible.
- Se pasa una serie de imágenes preseleccionadas (tanto en blanco y negro como a color, de paisajes y de escenas con personajes en el proyector)
- Se pide que las observen una a una y que escriban en una hoja en blanco lo que piensan y sienten al ver la cada imagen, sin comentar nada hasta el momento, solo escribir.
- Se pasa nuevamente las imágenes una a una pero ahora pidiendo que brevemente le ayuden a mencionar que pensaron o sintieron al verlas, y como esas imágenes nos llevan a recordar experiencias y estas conllevan una emoción.

- Al finalizar la dinámica, se retroalimenta con el tema ¿Qué son las emociones y como puedo manejarlas de una manera más eficaz en la I.R.C.?
- Se pide a manera de lluvia de ideas que emociones y sentimientos han enfrentado frente a la enfermedad renal, emociones tanto positivas como negativas; retroalimenta las experiencias y las opiniones de los usuarios con la exposición anterior, asimismo, explica cómo pueden tener un mejor manejo de sus emociones ante experiencias no gratas y en la misma enfermedad, les hace hincapié que las situaciones no las podemos controlar pero lo que sentimos ante ellas, por supuesto que sí y que es elección de cada uno tomar lo que desea sentir, elegir sentirse bien o triste, enojado con valentía, etc., ante la enfermedad y lo que conlleva.
- Se agradece el tiempo y la disposición de los usuarios en esta sesión.

MATERIALES

- Hojas blancas
- Lápices
- Marcadores
- Imágenes
- Música relajante
- Proyección en power point con el tema “Pienso, Siento y Actúo”
- Laptop
- Cañón

TIEMPO

El tiempo establecido para el desarrollo del taller es de 45 minutos.

EVALUACION

Al finalizar la sesión los usuarios podrán describir las emociones con respecto a situaciones del entorno, alcanzar un adecuado manejo emocional y su relación con el tratamiento a su enfermedad.

TALLER 5

TITULO: “Cambiando mis lentes”

OBJETIVO ESPECIFICO: Conocer estrategias de afrontamiento de carácter adaptativo y desadaptativos ante situaciones de su entorno (estresores)

DESARROLLO

- Se da inicio el taller dando la bienvenida a todos y preguntando cómo eligen sentirse cada uno el día de hoy.
- Se les da a conocer las instrucciones de la dinámica y se les entrega una hoja en donde tendrán que anotar en una parte de la hoja sus fortalezas o recursos psicológicos que ellos creen tener y en la otra las debilidades o áreas de su persona que les cuesta trabajo utilizar.
- Se indica que esto es importante tenerlo presente ya que trataran de dramatizar una escena en donde se tienen un conflicto y utilizaran esas fortalezas o en su caso desarrollar sus debilidades.
- Cada uno de los usuarios dependiendo de la situación que le toque dramatizar y afrontando su caso expondrá en un tiempo de 5 minutos, los demás usuarios solo observaran y al final de cada uno harán una breve retroalimentación para confrontar al usuario si es o no un buen estilo de afrontamiento el que utilizo.
- Al final de que todos los usuarios expongan su caso, se dará a conocer utilizando el proyector a través de una tabla los siguientes puntos del tema “estilos de afrontamiento”
 - Confrontación
 - Distanciamiento
 - Autocontrol
 - Búsqueda de apoyo social
 - Aceptación de la responsabilidad
 - Huida – evitación

- Planificación de solución de problemas
 - Hacerse ilusiones
 - Autoculpa
 - Reducción de la tensión
- Una vez explicado teóricamente pide a los usuarios que realicen un autoanálisis y vean que estrategia de afrontamiento hace de mayor utilidad para afrontar situaciones como su enfermedad y revisara las hojas para ver que fortalezas y debilidades cuentan para poder desarrollarlas.
 - Se retroalimentará sus argumentos y les guiará para la elección de una mejor estrategia de afrontamiento.
 - Al finalizar se agradece el tiempo y la disposición y pide que cada uno mencionen en dos palabras que se lleva de esta sesión, aplausos.

MATERIALES

- Hojas blancas
- Lápices
- Música relajante
- Proyección en power point con el tema “Cambiando mis lentes” y el tema “Estilos de afrontamiento”
- Laptop
- Cañón

TIEMPO

El tiempo requerido para el desarrollo del taller es no mayor a 45 minutos.

EVALUACION

Al finalizar la sesión los usuarios podrán seleccionar una o más estrategias de afrontamiento de carácter adaptativo y desadaptativos ante situaciones de su entorno (estresores) y les permita afrontar de mejor manera el tratamiento.

TALLER 6

TITULO: “La relajación, una manera de autorregulación cuando siento angustia, ansiedad o desesperación”

OBJETIVO ESPECIFICO: Aprender técnicas de relajación para un mejor manejo emocional, a fin de sobrellevar de mejor manera su enfermedad.

DESARROLLO

- La apertura a esta nueva sesión, se pide a los participantes expresen como eligen sentirse hoy y recapitula los temas de las sesiones anteriores.
- Se da las indicaciones de la secuencia de la técnica de relajación la cual se encuentra adjunta.
- Una vez que los usuarios retornan a su estado de actividad (posterior a la relajación) se les invita a tomar sus ubicaciones formando un círculo y se pide que comenten brevemente como se sintieron ante la dinámica.
- Se explica que la técnica anterior puede ayudar a enfrentar diversas situaciones desagradables a las que están expuestas y generan estados de angustia, ansiedad, estrés, inseguridad, etc., asimismo, se hace énfasis cuando las personas presentan estos cuadros, nuestro cuerpo tensa ciertos grupos musculares, si aprenden a identificar y relajar estos músculos podrían manejar positivamente las situaciones de estrés y ansiedad.
- Para finalizar se pide aplicar esta técnica de relajación de manera más frecuente o cuando considere que se encuentran en situaciones adversas y tener conciencia de una adecuada respiración.
- Se cierra la sesión y agradece la oportunidad de compartir con el grupo.

MATERIALES

- Colchonetas
- Almohadas

- Música relajante
- Equipo de sonido

TIEMPO

El tiempo requerido para el desarrollo del taller es menor a 45 minutos.

EVALUACION

Al finalizar la sesión los usuarios podrán aplicar técnicas de relajación para un mejor manejo corporal, emocional y de respiración para reducir los efectos fisiológicos del tratamiento (diálisis)

TALLER 7

TITULO: ¿Cómo se llama esto que me pasa? La Insuficiencia Renal Crónica.

OBJETIVO ESPECIFICO: Brindar información a los usuarios del servicio de diálisis sobre su enfermedad (Insuficiencia Renal Crónica).

DESARROLLO

- Se da la apertura a esta nueva sesión y se pide a los participantes expresen sus dudas e inquietudes respecto al tema de hoy
- Con el apoyo del personal de salud del servicio de diálisis se da inicio a la exposición con la siguiente temática:
 - Definición de la Insuficiencia Renal Crónica
 - Causas de la IRC
 - Tratamientos sustitutivos (diálisis)
 - Trasplante renal
 - Consecuencias físicas y psico-emocionales de la IRC.
 - Apego al tratamiento y calidad de vida.

- Al finalizar la exposición se pide a los usuarios que expongan sus experiencias de manera voluntaria, posteriormente se retroalimenta con las vivencias de los usuarios y se induce a tener una mejor adherencia al tratamiento sustitutivo.
- Se cierra la sesión y agradece por su tiempo y las experiencias compartidas.

MATERIALES

- Proyección en power point con el tema ¿Cómo se llama esto que me pasa? La Insuficiencia Renal Crónica
- Laptop
- Cañón

TIEMPO

El tiempo determinado para el desarrollo del taller es de 45 minutos.

EVALUACION

Al finalizar la sesión los usuarios tendrán conocimientos básicos sobre la enfermedad (Insuficiencia Renal Crónica) y entender lo que demanda su tratamiento.

TALLER 8

TITULO: “En busca de mi bienestar”

OBJETIVO ESPECIFICO: Brindar información sobre actividades de prevención y estrategias emocionales que mejoren su bienestar respecto a la enfermedad.

Al finalizar la sesión los usuarios aplicaran diferentes actividades y estrategias que mejoren su percepción de satisfacción de la vida

DESARROLLO

- Se da la apertura a esta nueva sesión y se pide a los participantes expresen sus expectativas e inquietudes respecto al tema de hoy.

- Con el apoyo del personal de salud del servicio de diálisis, personal de nutrición, del servicio de fisioterapia, se da inicio a la sesión la cual tiene dos partes, la primera enfocada en proporcionar información práctica de aplicación diaria desde la parte médica, nutricional, fisioterapia (ejercicio físico) y sueño.
- La segunda parte está enfocada a proporcionar información psicoeducativa que a través de herramientas objetivas mejoren la sensación de bienestar en el día a día, estas son:
 - La práctica diaria de la gratitud
 - Espacios o momentos de contacto social
 - Tiempos de relajación
 - Elección de actitudes transformadoras: actitudes positivas, empáticas, flexibles y colaboradoras.
 - Reduciendo actitudes dañinas: actitudes negativas, reactivas.
- Se cierra la sesión con un espacio de reflexión con todo lo compartido bajo la siguiente consigna ¿creo posible sentirme bien conmigo mismo?

MATERIALES

- Proyección en power point con el tema ¿En busca de mi bienestar?
- Laptop
- Cañón

TIEMPO

El tiempo requerido para el desarrollo del taller es de 60 minutos.

EVALUACION

Al finalizar la sesión los usuarios aplicaran diferentes actividades y estrategias que mejoren su percepción de la enfermedad y su calidad de vida.

TALLER 9

TITULO: “Mi árbol mi esencia”

OBJETIVO ESPECIFICO: Fomentar la autoestima y la autoconfianza en los usuarios del servicio de diálisis del Hospital Militar Central, que les permita sobrellevar de manera positiva la enfermedad.

DESARROLLO

- Se da inicio esta nueva sesión y se pide a los usuarios expresen sus pensamientos y emociones con absoluta libertad.
- Se indica a los usuarios que hay una caja en la que al destaparlo encontraran lo primero y más valioso en esta vida (la caja contiene un espejo), en el que cada uno al destaparlo se verán ellos mismos reflejados.
- De esta manera se inicia la elaboración (entre todos) del concepto de autoestima,
- Luego se realiza la técnica del “árbol de la autoestima” la cual consiste en que cada usuario dibujara en una hoja un árbol con las siguientes consignas: raíz, tronco, ramas y flores o frutos.
- Se les pide que en las raíces escriban sus cualidades positivas, en el tronco y ramas su círculo social, y en las flores o frutos los logros o éxitos alcanzados.
- Al finalizar la dinámica del dibujo es colgado en el cuello, se forman parejas y cada uno lee lo realizado por el compañero mencionando como ejemplo: (Carlos eres paciente, organizado, entusiasta, tienes una gran familia, buenos hijos, y has logrado formar una familia, alcanzar una profesión ... felicidades por ser quien eres y por todo lo que has alcanzado)
- Al finalizar se da un espacio para compartir sobre la actividad, resaltando el valor que cada uno tiene en esta sociedad y agradece por el tiempo prestado.

MATERIALES

- Cartulina

- Lápices
- Marcadores
- Hilo, pegamento
- Espejo
- Caja
- Proyección en power point con el tema “Mi árbol mi esencia”
- Laptop
- Cañón

TIEMPO

El tiempo asignado para realizar el taller es de 45 min.

EVALUACION

Al finalizar la sesión los usuarios podrán reconocer a través de la dinámica del árbol de la autoestima las cualidades positivas, fortalezas, apoyo social de su entorno, logros y éxitos alcanzados por ellos.

TALLER 10

TITULO: “Diseñando mi proyecto de vida”

OBJETIVO ESPECIFICO: Orientar a los usuarios del servicio de diálisis a diseñar su proyecto de vida, considerando su estado de salud y tratamiento, a fin de mejorar su calidad de vida.

Al finalizar la sesión los usuarios tendrán de forma más clara su diseño de proyecto de vida.

DESARROLLO

- Se da la apertura a esta nueva sesión y se hace una retroalimentación breve de las anteriores sesiones y de lo que se trabajó en ellas.

- Se entrega a los usuarios hojas en blanco divididas en cuatro partes: vida familiar, vida en pareja, vida profesional o laboral y vida salud; pide que en cada una de ellas escriban sus expectativas a corto, mediano y largo plazo de manera explícita.
- Se les orienta y apoya de acuerdo a los recursos con los que ya cuentan para poder diseñar su proyecto de vida.
- Luego Se pide a cada uno exponga a los demás usuarios de manera creativa en un tiempo de 5 a 10 minutos su proyecto de vida, qué expectativas tienen, que objetivos a cumplir a corto, mediano, largo plazo y como estos se ven influidos de manera positiva en su tratamiento de la enfermedad.
- Al finalizar la exposición de todos se entregará el cuestionario para la evaluación del programa y/o talleres.
- Para finalizar se hace el cierre del taller agradeciendo su participación de manera personal, pide un fuerte aplauso para todos y cada uno.

MATERIALES

- Hojas
- Lápices
- Proyección en power point con el tema “Diseñando mi proyecto de vida”
- Laptop
- Cañón

TIEMPO

Para realizar el taller se requiere de un tiempo de 60 minutos.

EVALUACION

Al finalizar la sesión los usuarios podrán diseñar su proyecto de vida de forma clara en función de sus expectativas a corto, mediano, largo plazo y como estos influyen de manera positiva en su tratamiento de la enfermedad.

IX. ALCANCES

Los usuarios del servicio de diálisis al tener mejor estrategias, alternativas y conocimiento de sus emociones podrán tener un mejor manejo y autorregulación de las emociones frente a la enfermedad.

Los enfermos renales al estar informados y orientados contarán con habilidades y estrategias de afrontamiento

Las dinámicas y actividades que se realizarán en cada uno de los talleres no son de riesgo para los usuarios y estas podrán ser utilizadas como parte de su vida diaria

Se brinda reforzamiento sobre la responsabilidad que debe tener el usuario en todo el manejo de su enfermedad, una buena adherencia a su tratamiento sustitutivo para poder alcanzar una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

(Amador, 2020). Pazmiño Villao, 2022 p. 29, “Influencia de la hemodiálisis en el estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica en la Clínica Dialycen”.

(Arcentales & Rodríguez, 2018). Pazmiño Villao, 2022 p. 32, “Influencia de la hemodiálisis en el estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica en la Clínica Dialycen”.

(Arévalo & Cárdenas, 2018). Pazmiño Villao, 2022 p. 34, “Influencia de la hemodiálisis en el estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica en la Clínica Dialycen”.

(Cárdenas C.A, 2003). De La Rosa F. 2016, p. 32, Temas Selectos de Medicina Interna, Ed. El Manual Moderno (2003)pp.471-474.

(Escobar, 2021). Pazmiño V. Alexandra, 2022, p. 38, “Influencia de la hemodiálisis en el estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica en la Clínica Dialycen”.

(Fernández-Abascal y Palmero, 1999; p. 125), “Emociones que presentan personas que han sido diagnosticadas con la enfermedad diabetes mellitus tipo 2”.

(González & Herrera, 2018). Pazmiño V. Alexandra, 2022. p. 40, “Influencia de la hemodiálisis en el estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica en la Clínica Dialycen”.

(Hernández; Sampieri R. 2006) Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill, pp, 57 - 68

(Kairos).

(Martínez & Guerra, 2020). Pazmiño Villao, 2022 p. 34, “Influencia de la hemodiálisis en el estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica en la Clínica Dialycen”.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bisquerra Alzina, R., Pérez González, J.C & García Navarro, E. (2015).

Bisquerra, R. (2009). Estructura de las emociones. Psicopedagogía de las emociones (pp. 89–94).

Borrego MY, Serra VMA, Cordero LG. Detección de enfermedad renal crónica oculta en pacientes hospitalizados en un servicio de Medicina Interna. *Rev Acta Médica*. 2020;21(1):1-17.

Braconnier, A. (1997). *El Sexo de las Emociones*

Cano-Vindel, A. (2010). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. *Crítica*.

Carrillo-Algara AJ, Torres-Rodríguez GA, Leal-Moreno CS, HernándezZambrano SM, Carrillo-Algara AJ, Torres-Rodríguez GA, et al. Escalas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica avanzada: revisión integrativa. *Enferm Nefrológica*. 2018;21(4):334-47.

Castellanos Castillo Y, Fong Estrada JA. Marcadores de daño renal en pacientes con factores de riesgo de enfermedad renal crónica. febrero de 2018;22(2).

Castellanos Castillo Y, Fong Estrada JA. Marcadores de daño renal en pacientes con factores de riesgo de enfermedad renal crónica. febrero de 2018;22(2).

Chiesura, G y Mattauch, S. 2001. Leiva, Myriam, 2013, “Rol de enfermería en la aparición de infecciones asociadas a catéteres en pacientes hemodializados en UTI y posibles factores causales”

Chipi, Cabrera JA, Fernandini, Escalona E. Enfermedad renal crónica presuntiva en adultos mayores. *Rev Colomb Nefrol [Internet]*. diciembre de 2019 [citado 2 de octubre de 2022];6(2):138-51.

Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de www.uv.es/=choliz.

Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de www.uv.es/=choliz.

Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de www.uv.es/=choliz.

Cobo Sánchez JL, Pelayo Alonso R, Ibarguren Rodríguez E, Aja Crespo A, Saenz de Buruaga Perea A, Incera Setién ME, et al. Factores sociológicos y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. junio de 2011;14(2):98- 104.

Contreras, F. y Esguerra, G. (2006). *Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología*. *Diversitas*, 2, 311-319.

Costa GMA, Pinheiro MBGN, Medeiros SM de. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enferm Glob*. 2016;15(43).

- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Fluir, una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós
- Daugirdas J.T., Blake P.G., Ing T.S. 2006, De La Rosa F. 2016, p. 29, *Manual de Diálisis*. Ed. Lippincott. (2006), pp.3-10
- Defensoría del pueblo Bolivia. Resultados de las verificaciones defensoriales en las unidades de Hemodiálisis. marzo de 2015: 1 - 26 [citado el 4 de octubre de 2022].
- Díaz RAF, Bravo EA. Título Abreviado: “Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en el HNGAI”.
- Díaz-Soto Cm, Présiga-Ríos Pa, Zapata-Rueda Cm. Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia. *Rev Educ Desarro*. 2017; 41:17-26.
- Diener, E., Larsen, J. y Lucas, R. (2003). Measuring positive emotions. En S. J. Lopez y C. R. Snyder (Eds.): *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 201-218). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Dimensiones e indicadores de calidad de vida.pdf [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en:
- Fernández, M. (2010). Villegas M. Aurelio, 2018, p. 96. “Emociones que presentan personas que han sido diagnosticadas con la enfermedad diabetes mellitus tipo 2”.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Gamarra G. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica. *Acta Medica Colomb* [Internet]. julio de 2013 [citado 2 de octubre de 2022];38(3):116-7.
- Goleman, (2012; p. 82) *La inteligencia emocional* Zeta, barcelona 1ra. Ed.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (2003). *Emociones destructivas*. Editorial Vergara, Buenos Aires
- Grossman S.C., Mattson Porth C. 2014, *Fisiopatología Alteraciones de la Salud. Conceptos Básicos*, Ed. WoltersKlumer 9ª. Edición (2014) pp. 1117-1125
- Haidt, J. (2000). The positive emotion of elevation. *Prevention & Treatment*, Article .
- Hemodiálisis - Mayo Clinic [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2022].
- Hernández, A. I. (2012). *Procesos Psicológicos Básicos*. México: Editorial Eduardo Duran Valdivieso.

Hernández, I. Boluma, F. y Gil, A. Concepto y funciones de la salud pública, Manual de Epidemiología y Salud Pública. Ed. Panamericana 2005.

<https://cbarra.webs.ull.es/GRADO/07/Dimensiones%20e%20indicadores%20de%20calidad%20de%20vida.pdf>.

[https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Psicologia/Cultura_y_Psicolog%C3%A Da_\(Digno%2C_Lavigne_y_Romero\)/07%3A_Cultura_y_Emoci%C3%B3n/7.01%3A_Componentes_de_las_emociones](https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Psicologia/Cultura_y_Psicolog%C3%A Da_(Digno%2C_Lavigne_y_Romero)/07%3A_Cultura_y_Emoci%C3%B3n/7.01%3A_Componentes_de_las_emociones)

<https://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-caracteristicas-emocionales-en-pacientes/>.

Inteligencia emocional en educación. Madrid: Síntesis.

Izard, C. E. (1993). Organizacional and motivacional functions of discrete emotions. In M. Lewis (Ed.), Handbook of emotions. Nueva York: Guilford Press, pp. 631-641.

Juan Carlos Flores H. Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de riesgo. Revista Médica Clínica Las Condes. 1 de julio de 2010;21(4):502-7. 40. Acceso vascular para hemodiálisis | Texas Heart Institute [Internet]. The Texas Heart Institute. [citado 2 de diciembre de 2022].

Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1991; p. 19). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R., Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. España: Ediciones Martínez Roca.

Lewin, K. (1946) Action research and minority problems. Journal for Social Issues, 2(4), 34-46.

Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H. & Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión. En V. E. Caballo (Ed.), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Siglo XXI Editores

Lopategui E., 2000. [Internet]. Citado en la publicación saludmed@abac.com

López Sánchez, Félix. (2009). Las emociones en la educación. (1º ed.). Madrid:

Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. & Knight, B. G. (2007). Reflexiones en torno a la atención de los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. Psicología Conductual - Revista de Psicología Clínica y de la Salud, 15(1), 57-76.

Macías, M. A., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (enero-abril, 2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia

Marca Zuna NM, Rojas Mattos M. Situación socioeconómica del paciente con Enfermedad Renal Crónica bajo tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, Cochabamba 2013. *Revista de Investigación e Información en Salud* 2017;12(29):31-41.

Martínez Sánchez, F. (2008). La emoción. En F. Palmero & F. MartínezSánchez (Eds.), *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill, pp. 27-68.

Massa R, Moreno B, Muñoz C. Calidad de vida y sobrecarga percibida por cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica, Cartagena (Colombia). 2018;

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia - 86% de personas con enfermedad renal crónica habitan en el eje troncal del país [Internet]. gov.bo. [citado el 4 de octubre de 2022].

Ministerio de Salud y Deportes. Programa de prevención y control de enfermedades Renales. Documentos técnicos normativos. 2008. 42: 1-118 [citado 30 de abril de 2021].

Morata.

Ekman, P. (1989). The argument and evidence about universals in facial expressions of emotion. En H. Wagner y A. Manstead (Eds.), *Handbook of psychophysiology: Emotion an social behavior* (pp. 143-164). Nueva York: Wiley.

Nakamura, J. y Csikszentmihalyi, M. (2002) The concept of flow. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.): *Handbook of positive psychology* (pp. 89-105). New York: Oxford University Press.

Organización Panamericana de la Salud. Alcohol [citado 2 de octubre de 2022].

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Encuesta sobre diabetes, hipertensión y factores de riesgo de las enfermedades crónicas: Centroamérica [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 30 de abril de 2021].

Oros, L. B. (2014). Nuevo cuestionario de emociones positivas para niños (CIEP). *Anales de psicología*, 30 (2), 522-529

Palmero, F., y Martínez, S. F. (2008). *Motivación y emoción*. México: Mc Graw Hill.

Pardinas, (Pacheco, 2014, p. 19), Programa de estimulación de la inteligencia emocional y su influencia en la formación de la personalidad en niños y niñas de 5 a 6 años del kínder “manitos felices”.

Pelayo-Alonso R Sra, Cagigas-Villoslada MJ Sra, Martínez-Álvarez P Sra, Cobo-Sánchez JL Sr, Iburguren-Rodríguez E Sr, Sáinz-Alonso RA Sra. Factores relacionados con el inicio no programado de hemodiálisis en pacientes seguidos en consulta ERCA. *Enferm nefrol* [Internet]. 2020 [citado el 4 de octubre de 2022];23(1):68–74-

Perez-Gomez MV, Bartsch LA, Castillo-Rodríguez E, Fernández-Prado R, Fernandez-Fernandez B, Martin-Cleary C, et al. Clarifying the concept of chronic kidney disease for non-nephrologists. *Clin Kidney J*. 15 de octubre de 2018;12(2):258-61.

Piqueras, J. A., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R. & García-López, L. J. (2006). Ansiedad, depresión y salud. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: psicom Editores.

Plutchik, R. (1980). *Emotion: a psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper and Row

Pottel H, Hoste L, Yayo E, Delanaye P. Glomerular Filtration Rate in Healthy Living Potential Kidney Donors: A Meta-Analysis Supporting the Construction of the Full Age Spectrum Equation. *Nephron*. 1 de enero de 2017;135(2):105- 19.

Redactores G de, Redactores G de, Martínez-Castelao A, Górriz-Teruel JL, Bover-Sanjuán J, Segura-de la Morena J, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* [Internet]. 1 de marzo de 2014 [citado 2 de octubre de 2022];34(2):243-62.

Reeve, J. (1999). *Motivación y emoción*. McGraw Hill.

Rivera-Vázquez P, Rojas W. Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Rev Enfermería Hered*. 16 de julio de 2018;10(2):82.

Rozin, P., Haidt, J. & McCauley, C. R. (2000). Disgust. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions*, 2nd ed. New York: Guilford Press, pp. 637-653.

Salotti, P. (febrero 2006). Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires (Licenciatura en Psicología). Facultad de Humanidades. Universidad de Belgrano.

Sampieri, Fernández y Baptista (2010, p. 418)

Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch & B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, Vol. 2. Madrid: McGraw-Hill, pp. 53-80.

- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch & B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, Vol. 2. Madrid: McGraw-Hill, pp. 53-80.
- Schmidt, C. M. (2008). Construcción de un cuestionario de emociones positivas en población entrerriana Positive. *RIDEP*. 2(p,26),
- Schwartzmann L. calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. diciembre de 2003;9(2):09-21.
- Seligman, M.E.P. (2002). *La auténtica felicidad*. México: Ediciones B.
- Tomkins, S. (1962). *Affect, imagery, conciousness: The positive affects*. Nueva York: Springer.
- Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*. marzo de 2010;138(3):358-65.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Whybrow, P. C., Akiskal, H. S. & McKinney, W. T. (1984). *Mood disorder: Toward a new psychobiology*, Vol. Plenum. New York.
- Yerkes, R. M. & Dodson, J. D. (1908). The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.