

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK
FACULTAD DE CIENCIAS DEL TRABAJO Y
DEL COMPORTAMIENTO HUMANO

Área de psicología

Investigación de fin de carrera titulada:

**“Evaluación del estado de salud mental en pacientes con insuficiencia renal crónica en el
Centro de Hemodiálisis San Rafael”**

Realizado por:

Augusto Ramírez Salinas

Director del proyecto

Msc. Washington Santillán

Como requisito para la obtención del título de

Psicología Clínica

Quito, Enero del 2019

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo AUGUSTO ESTUARDO RAMÍREZ SALINAS, con número de cédula de identidad 1721816393, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi tutoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

Augusto Ramírez Salinas
C.C. 1721816393

DECLARATORIA

El presente trabajo de titulación tiene por título:

“Evaluación del estado de salud mental en pacientes con insuficiencia renal crónica en el centro de Hemodiálisis San Rafael”

Realizado por:

Augusto Ramírez Salinas

Como requisito para la obtención del título de:

Psicología Clínica

Ha sido dirigido por el profesor

MSC. Washington Santillán

Quien considera que constituye un trabajo original de su autor

**MSC. WASHINGTON SANTILLAN
DIRECTOR**

LOS PROFESORES INFORMANTES

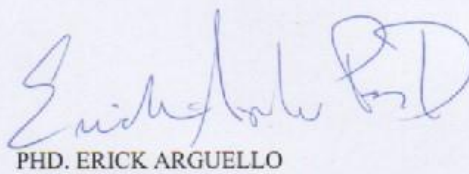
MG. SOFÍA LÓPEZ

PHD. ERICK ARGUELLO

Después de revisar el trabajo presentado,
Lo han calificado como apto para su defensa oral ante
El tribunal examinador.



MG. SOFÍA LÓPEZ



PHD. ERICK ARGUELLO



MSC. WASHINGTON SANTILLÁN

Quito, enero de 2019

DEDICATORIA

A mi querida esposa que siempre está a mi lado sin importar que tan difícil pueda ser el camino.

A mi hija, que siempre está para alegrarme y motivarme a seguir adelante.

A todos los pacientes del Centro de Hemodiálisis San Rafael, que me han enseñado que no importa el obstáculo que se presente, siempre se puede vivir mejor.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa que siempre creyó en mí y estuvo a mi lado incentivándome a realizar lo que más me gusta, desde el primer día de mi carrera hasta el último. A mi hija que tuvo paciencia y me espero en todos los momentos para compartir con ella, convirtiéndose en mi mayor motivación para salir adelante.

A mi madre que me apoyo para que siga mis sueños, de una manera amorosa e inquebrantable. A mi padre por su apoyo constante a lo largo de este camino.

A mi tío que me enseñó a ser responsable y apasionado en cada actividad que haga en mi vida, y que siempre debo buscar ser feliz cada día un poco más, haciendo lo que me apasiona.

A mis profesores, que me han transmitido no solo conocimiento, también la importancia de ejercer esta hermosa profesión de una manera empática y ética.

Y a todas las personas que han contribuido a mi formación tanto profesional como personal.

INDICE

CAPITULO I	4
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1.1 Planteamiento del problema	4
1.1.1.1 Diagnóstico del problema	5
1.1.1.2 Pronóstico del problema	6
1.1.1.3 Control del pronóstico	6
1.1.2 Formulación del problema	7
1.1.3 Sistematización del problema	7
1.1.4 Objetivo general	8
1.1.5 Objetivos específicos	8
1.1.6 Justificación	8
1.2 MARCO TEÓRICO	11
1.2.1 Estado actual del conocimiento sobre el tema	16
1.2.2 Adopción de una perspectiva teórica	17
1.2.3 Marco conceptual	18
1.2.4 Hipótesis	19
1.2.5 Identificación y caracterización de variables	19
CAPÍTULO II	21
2. MÉTODO	21
2.1. NIVEL DEL ESTUDIO	21
2.2. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN	21
2.3. MÉTODO	21
2.4 POBLACIÓN	22
2.5 SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	25
2.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	28
2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	29
2.8 PROCESAMIENTO DE DATOS	30
CAPÍTULO III	32
3. RESULTADOS	32
3.1 LEVANTAMIENTO DE DATOS	32

3.2 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	33
3.3 APLICACIÓN PRÁCTICA.....	49
CAPÍTULO IV.....	50
4. DISCUSIÓN.....	50
4.1 DISCUSIÓN.....	50
4.2 CONCLUSIONES.....	51
4.3 RECOMENDACIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXO 1.....	55
ANEXO 2.....	61

Resumen

La presente investigación fue elaborada con el objetivo de describir cuál es el estado actual de salud mental, en pacientes con insuficiencia renal crónica del Centro de Hemodiálisis San Rafael. Para la investigación se realizó un convenio con la institución para realizar la recolección de datos, además se buscó bibliografía relacionada a tratamientos médicos crónicos. La evaluación que se usó fue el inventario conductual de Millon para pacientes con diagnóstico médico (MBMD), elaborado por, Theodore Millon, Michael Antoni, Carrie Millon, Sarah Minor y Seth Grossman elaborado en 2014, previamente a la aplicación los evaluados firmaron un consentimiento informado accediendo a que los datos obtenidos en la evaluación se publiquen en esta investigación. La población de esta investigación está en un rango de 18 a 80 años, durante el levantamiento de la información se utilizó el método cuantitativo y el procesamiento fue inductivo-deductivo. Se concluyó que los pacientes con insuficiencia renal crónica en el Centro de Hemodiálisis San Rafael tienen un estado alterado de salud mental, mostrando que el 98% de la población tienen una inadecuada adaptación a su enfermedad. Sin embargo el 71% intentan cumplir con los requerimientos del tratamiento, sin importar si entienden la importancia de los cuidados que deben tener.

PALABRAS CLAVE: Pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), adaptación, salud mental.

Summary

This investigation was elaborated with the objective of describe Wich is the current status of mental health, in patients with chronic kidney disease at Centro de Hemodiálisis San Rafael, the population for this investigation is of people around 18 to 80 years old. Previously, to start with the study exist an agreement with the medical institution to collect the facts needed, also this work was made searching bibliography related to medical treatments for chronically disease. The Test that was used was the Million behavioral medicine diagnostic (MBMD), elaborate by Theodore Million, Michael Antoni, Carrie Million, Sarah Minor and Seth Grossman (2014). The Quantitative Method, and also the inductive- deductive method were applied During the information gathering. Before the application, the evaluated patients agreed that their data obtained from the evaluation to be published in this investigation signing informed consent document. Using the methodology mentioned before, it was possible to determine that the patients of Chronic kidney disease of the Centro de Hemodialisis San Rafael have an altered status in their mental health, showing that the most of the population have an inadequate adaptation to their disease, how ever they try to accomplish with the treatment requirements, no matter if they understand the importance of care measures they must have.

KEY WORDS: Patients with Chronic Kidney disease, adaptation, mental heath

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Planteamiento del problema

Según las estadísticas del Ministerio de Salud de Ecuador (MSP), en 2017 las dos principales enfermedades que producen el fin de una vida en el Ecuador, son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. El problema de estas dos enfermedades es que más del 65% de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), son debidas a estas patologías (MSP, 2017). Además, aproximadamente 10.000 personas tienen insuficiencia renal en el Ecuador, lo interesante de este número es que cada año crece, por la calidad de vida de los ecuatorianos, y la imposibilidad de ingresar a los servicios de salud. El número mencionado anteriormente es una aproximación porque no existen datos claros y precisos sobre el número real de personas que padecen de insuficiencia renal crónica (IRC).

En 2007 (Vázquez-Mata y Reynoso-Erazo) mencionan que “la ERC no afecta únicamente a las condiciones físicas de los enfermos, sino que al igual que sucede con otras enfermedades crónicas, también repercute en su estado mental, emocional y sus hábitos cotidianos”, por ello es importante que se realice un enfoque que no solo consista en la tratamiento de sustitución renal, sino también en un trabajo multidisciplinario en el que la psicología juegue un papel fundamental.

En cuanto a la importancia de las evaluaciones psicológicas en el área médica según varios autores, Nunes, Garcia, & Alba, 2006, comenta, “la evaluación psicológica en ambientes médicos

puede ser considerada como una adecuada herramienta en la toma de decisiones relacionadas con el diagnóstico diferencial, tipo de tratamiento necesario y pronóstico”.

Después de lo mencionado, podemos entender porque son importantes estos datos para la psicología y es esencial una evaluación contextualizada, rápida y completa. En los centros de diálisis el área de Psicología es la encargada de que el sujeto logre adaptarse a su nueva condición de vida logrando una adecuada adherencia al tratamiento.

En cuanto a los lineamientos de investigación de la carrera de Psicología, de la Facultad de Ciencias del Trabajo y del Comportamiento Humano de la Universidad Internacional SEK, esta tesis se apega a los “dispositivos de atención y prevención en problemáticas psicosociales”. Del mismo modo cumple con el lineamiento del Plan Nacional Del Buen Vivir, que promueve “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”, enfocado en “prestar y realizar un mayor trabajo en población que requiere atención prioritaria”.

1.1.1.1 Diagnóstico del problema

Los centros de diálisis del Ecuador se rigen por instituciones públicas (MSP, IESS, ISSFA, ISPOL), con normativas obligatorias para todos los centros de diálisis, en las cuales mencionan, que cada paciente, debe ser tratado por un psicólogo al inicio del tratamiento y una vez al mes.

Además las entidades de salud pública no brindan ninguna directriz de como intervenir con pacientes que requieren tratamiento de sustitución renal.

Por lo mencionado anteriormente es importante saber cuál es el estado de salud mental actual de los pacientes del Centro de Hemodiálisis San Rafael. Así a futuro crear planes de tratamiento, ya

que muchos pacientes llegan con varias problemáticas, con una inadecuada salud mental, en la mayoría de los casos con despreocupación parcial o total sobre los autocuidados que deben tener.

1.1.1.2 Pronóstico del problema

Con esta investigación se pretende lograr una evaluación del estado de salud mental de los pacientes con insuficiencia renal, la que nos brindará la información necesaria para realizar una planificación de tratamiento psicológico futuro, garantizando una adecuada y rápida adaptación al tratamiento renal y a su contexto familiar-laboral-social.

En caso de no determinar el estado actual de salud mental de los pacientes, los profesionales seguirán realizando solo una historia vital, para después de seis meses realizar evaluación y así saber cómo se encuentra el sujeto.

Además los pacientes podrán seguir durante meses o incluso años sin un adecuado tratamiento psicológico, produciendo en ellos una falta de adherencia a su tratamiento, lo cual como resultado inmediato es una falta de cuidados ante su tratamiento de sustitución renal, afectando su salud física llegando al punto producir daños irreversibles o la muerte del sujeto.

1.1.1.3 Control del pronóstico

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, si se logra identificar el estado de salud mental en los pacientes con insuficiencia renal crónica, se podrá dar un mejor tratamiento. Además a futuro se pueden realizar investigaciones que continúen con el objetivo de que los pacientes con

insuficiencia renal crónica tengan una vida funcional y prometedora, a pesar de su nueva condición de vida.

1.1.2 Formulación del problema

Dentro del centro de Hemodiálisis San Rafael, los pacientes con insuficiencia renal tienen una dificultad para acoplarse a su nuevo estilo de vida, ya que sufren cambios importantes en alimentación, vida familiar, situación laboral y salud física. Cuando un paciente inicia su tratamiento de sustitución renal, en la mayoría de casos, existen datos preocupantes con relación a su estado de salud, llegando al punto de poner en peligro su vida.

Por esta razón es necesaria una investigación en la cual se determine el estado de salud mental actual de los pacientes con insuficiencia renal crónica, y lograr determinar de manera precisa en que y como se debe intervenir, para que el paciente esté en condiciones adecuadas para recibir su tratamiento.

1.1.3 Sistematización del problema

¿Cómo parametrizar la primera evaluación?

¿Qué test es el más idóneo para poder evaluar, en el tiempo adecuado y las áreas de intervención necesarias?

¿Qué evaluación puede guiar un adecuado plan de trabajo o intervención, para un paciente con insuficiencia renal crónica?

1.1.4 Objetivo general

- Identificar el estado de salud mental en pacientes con IRC, a través de la aplicación de una evaluación estructurada para dar pautas que delimiten y guíen tratamientos futuros, los que tienen que estar adaptados al contexto de cada sujeto.

1.1.5 Objetivos específicos

- Describir el estado de salud mental, mediante el levantamiento de información, para construir una definición la cual guiará la investigación.
- Aplicar una evaluación estructurada, mediante el inventario conductual de Millon, para tener información precisa sobre el estado actual del paciente con IRC.
- Dar pautas que faciliten el tratamiento futuro, mediante la observación de la necesidad en la institución de tratamiento renal.

1.1.6 Justificación

En la actualidad al hablar de avances y estudios científicos sobre la salud, ya no tenemos una visión limitada a lo físico, como menciona Flor Tabón (2005) en su artículo sobre la salud mental, ahora entendemos que la salud se centra en una multiplicidad de factores los cuales deben ser atendidos cada uno con una especial atención, cada área es fundamental para que un ser humano tenga lo que más desea, estabilidad física y emocional, Para que esto suceda es necesario realizar intervenciones multidisciplinarias para buscar un bienestar integral.

El tratamiento clínico en pacientes con insuficiencia renal crónica tiene los mismos lineamientos, para que el sujeto tenga la estabilidad que se espera en el tratamiento, es necesario un trabajo multidisciplinario, el cual tiene que estar coordinado y con objetivos iguales o similares. Esta investigación se realiza en el centro de Hemodiálisis San Rafael el cual al igual que la mayoría de centros de tratamiento de sustitución renal intentan brindar el mejor servicio a sus pacientes. El servicio de terapia de sustitución renal está normado por un paquete de tratamiento, establecido por el Ministerio de Salud Pública.

En esta normativa la única exigencia para el área de psicología es ver al paciente una vez al mes, en la mayoría de los casos insuficiente, no existe protocolo, indicación o recomendación para esta área, sobre el procedimiento para evaluar y trabajar con pacientes con insuficiencia renal. Lo cual es peligroso, no para el profesional o para el centro, sino para el paciente ya que no existe una línea clara de cómo trabajar con pacientes renales. En el centro cuando un paciente llega se elabora una historia vital, después de seis meses se aplican evaluaciones como, inventario de depresión de Hamilton y la escala de ansiedad de Beck. A pesar de que se elaboran evaluaciones se puede observar que no es el momento ni los test adecuados, ya que en la mayoría de los casos, los pacientes al inicio de su tratamiento presentan síntomas claros de una falta de adherencia al tratamiento, problemas familiares y/o emocionales.

También se puede afirmar que existe una cantidad insuficiente de información nacional, en cuanto a cómo se puede evaluar o dar un tratamiento psicológico eficaz, existen protocolos de intervención en personas con depresión o adicciones, que no están enfocados a pacientes con IRC. Es necesario literatura específica, aplicada y comprobada en esta área ya que como menciona Leonardo Reynoso y Ana Becerra (2014), “a lo largo de las distintas etapas de la enfermedad renal, la calidad de vida de los pacientes se modifica ya que el paciente debe adherirse al tratamiento medicamentoso, debe restringir la alimentación y modificar su patrón de ingesta de líquidos, presenta estrés, dolor, depresión, miedos e incertidumbre” pág. 194, como se puede apreciar el paciente renal, tiene diferentes variantes diarias, las cuales no tiene una persona sin este padecimiento físico, por esto los protocolos existentes son insuficientes.

En cuanto a su relevancia social se puede decir que esta investigación es importante, no solo por las necesidades del centro donde se aplica esta investigación, también porque a causa de esta enfermedad “el 10% de la población mundial padece IRC y por cada paciente en terapia sustitutiva renal existen al menos otros 100 pacientes con algún grado de IRC” (Douthat, 2015). Esto prueba que es un problema de salud mundial, el cual cuenta con más pacientes que necesitan este tratamiento, por ello existe la responsabilidad de todo profesional de la salud mental que trabaja con pacientes que requieren tratamiento de sustitución renal, desarrollar técnicas adecuadas de evaluación e intervención, de este modo dar un adecuado tratamiento, para guiar al sujeto en su tratamiento.

Por último es importante recalcar que esta propuesta de evaluación ayudará a elaborar bases fuertes para futuras investigaciones sobre la intervención o evaluación psicológica en pacientes con IRC, además se podrá aplicar o comprobar, dependiendo del criterio del investigador.

1.2MARCO TEÓRICO

Pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC)

Esta investigación se realizó en una población de pacientes con insuficiencia renal crónica, antes de exponer sus resultados sobre su estado de salud mental, es esencial definir y entender que es la insuficiencia renal y que produce en la fisiología del cerebro.

La IRC es un “proceso fisiopatológico con múltiples etiologías, que resulta en una disminución significativa tanto del número como de la función de las nefronas y, que generalmente progresa hacia Insuficiencia Renal Crónica Terminal” (Sanchez, y otros, 2008).

Otros autores describen al paciente con IRC, como aquel que tiene “el funcionamiento anormal de los riñones por más de 3 meses o la alteración estructural; los pacientes se encuentra en estadio terminal de la enfermedad que requieren tratamiento sustitutivo o trasplante renal, con la consiguiente carga de morbilidad, deterioro de la calidad de vida, años de vida perdidos y costos crecientes” (Alemano, y otros, 2010).

El daño más significativo e importante en el área cognitiva que se observa en la IRC es debido a la uremia, esto es un “síndrome que refleja una disfunción de todos los órganos y sistemas que se produce como resultado de una falla renal crónica mal tratada o sin tratamiento” (Sanchez, y otros, 2008). Como daño inmediato en el cerebro se producen, alteraciones en las funciones cognoscitivas, de manera específica en la atención, memoria y concentración.

Como se pudo apreciar, la insuficiencia renal no solo afecta al funcionamiento renal, también produce daños al área cognoscitiva, afectando a la calidad de vida y desenvolvimiento de las

personas que padecen esta condición física. Además existen varios efectos, sin embargo para esta investigación no es importante ya que está relacionada al área médica.

Evaluación del estado de salud mental

Cuando hablamos de evaluaciones se nos viene a la mente procesos rigurosos y comprobados científicamente, en realidad no siempre fue así, se puede dividir en tres tiempos importantes en la historia del progreso de las evaluaciones. Como una primera instancia podemos relacionarla como un proceso “mítico”, “resume el interés del hombre de todos los tiempos por comprender, describir, categorizar, predecir y explicar a las personas. Fue la astrología y el horóscopo la forma evaluativa más antigua y permanente de todos los tiempos” (Mikulic, 2007), esto sugiere que el ser humano tuvo la necesidad de predecir o dar un significado a los comportamientos que tiene.

En la segunda etapa podemos apreciar una gran necesidad de sustentar el conocimiento lo cual se lo conoce como un momento "racional-especulativo", donde confluyo la necesidad de unir la filosofía y la medicina, esto logró dar un paso adelante “posibilitando una primera aproximación al diagnóstico psicológico a través de la interpretación del carácter y hábitos psicológicos a partir de las características corporales” (Mikulic, 2007), esta época de las evaluaciones se pueden observar desde los filósofos griegos hasta la época del Renacimiento.

En la tercera etapa observamos la necesidad de comprobar cada dato conseguido, con la esperanza de volver a una psicología apegada a la filosofía hacia la ciencia. “Durante los S. XVIII y XIX los avances de la medicina y la influencia de corrientes filosóficas como el empirismo y el positivismo ayudan a la constitución de la Psicología como disciplina científica y a la evaluación. Los logros, científicos, producidos en la tercera etapa de esta historia de la

evaluación psicológica se encuentran en el S XIX con los hallazgos de Weber luego continuados por Fechner creando una nueva disciplina la psicofísica que permite por primera vez medir un aspecto de lo subjetivo, la sensación, a través del autoinforme” (Mikulic, 2007). Es necesario precisar que este paso a pesar de ser fuerte y claro, aun no se tomaba en cuenta la individualidad del ser humano.

Esta información es importante dado que muestra como las evaluaciones se volvieron un pilar para la psicología, ya que esta es una herramienta que ayuda a marcar una línea clara de cómo trabajar con el paciente. Mikulic (2007), cita a Binet, mencionando tres reglas básicas que necesita tener una evaluación, las cuales son:

1) Que los métodos sean simples y no lleven mucho tiempo; 2) que los medios de determinación sean independientes del examinador; 3) que puedan compararse los resultados obtenidos por un observador con los de otro.

Ahora que ya se habló de la historia y la importancia de la misma es necesario definir que es una evaluación, para Felicia González (2007), la evaluación psicológica es una disciplina de la psicología que se ocupa de la medida de algunos aspectos del comportamiento humano, esta medición se realiza por medio de metodologías básicas entre las que se encuentran las técnicas psicométricas, las proyectivas y otros métodos como, la observación, la entrevista, los autoinformes, etc. Para ella el objetivo de la evaluación es describir, clasificar, predecir y controlar las conductas del sujeto.

Morales de Barbenza (2003), menciona la visión de Theodore Millon, quien pensaba que una evaluación no solo se centra en la aplicación de inventarios cuantitativos, la labor debía integrar la interpretación lo cual requiere un conocimiento amplio de la psicopatología, más allá del DSM. El observó otras variables como experiencias traumáticas e influencias socioculturales, además menciona que “el diagnóstico integral adquiere una gran importancia a la hora de planificar un tratamiento psicoterapéutico, de proponer una intervención o decisión de otra naturaleza, que comprometa de alguna manera áreas personales, sociales o laborales de la vida de una persona” (Morales de Barbenza, 2003).

Según varios autores, Carrobbles, Palomo, Abarca y Becerra, 1996, la evaluación es el instrumento de medida que permite cuantificar ciertos aspectos de la psicopatología, además mencionan que una escala de evaluación efectiva debe cumplir algunos requisitos como:

- Validez, medir lo que se supone que mide.
- Sensibilidad, permitir diferenciar un número suficiente de grados de la sintomatología de débil intensidad.
- Fiabilidad, debe dar los mismos resultados cuando el estado del paciente no cambió entre dos evaluaciones.

Como se puede apreciar las evaluaciones no son simplemente una aplicación de un reactivo, es necesario que exista un sustento científico para que se pueda usar, y de esta manera asegurar un trabajo responsable y ético. Es importante el conocimiento que posea el profesional para aplicar la evaluación de una manera contextualizada para cada realidad de los sujetos evaluados.

Determinada la importancia de las evaluaciones, es necesario establecer que es la salud mental, para la Organización Mundial de la Salud, se define “como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013).

Carrobbles, Palomo, Abarca, y Becerra en 1996 definen la salud mental como una aptitud del psiquismo, para funcionar de manera armoniosa, agradable y eficaz, enfrentando con flexibilidad las situaciones difíciles y con capacidad de reencontrar su equilibrio. Como se puede apreciar la salud mental es la capacidad de afrontar cada vivencia que tiene el ser humano en su día a día. Por esta razón esta tesis se centra en evaluar la salud mental.

Cuando hablamos de la evaluación del estado de salud mental, hablamos sobre posibles trastornos mentales o conflictos emocionales, los cuales pueden ser manejados y solucionados si se logran detectar en el tiempo indicado. Si partimos desde la idea de que la salud mental es la que nos ayuda y permite realizar nuestras actividades diarias y afrontar conflictos cotidianos de una manera adecuada y funcional, podemos darle una significativa importancia y atención.

Dentro de la gama de trastornos mentales existen los trastornos mentales comunes, estos “se refieren a dos categorías principales de diagnóstico: los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. Estos trastornos son altamente prevalentes en la población y repercuten en el estado de ánimo o los sentimientos de las personas afectadas. Los síntomas varían en cuanto a su intensidad (de leves a severos) y duración (de meses a años), estos trastornos son condiciones de salud diagnosticables y se diferencian de los sentimientos de tristeza, estrés o temor, que cualquiera puede experimentar ocasionalmente en su vida” (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Como se puede observar existe cierta vulnerabilidad en el ser humano ante situaciones de crisis,

las cuales pueden producir algún trastorno o desequilibrio emocional. En pacientes con IRC existe mayor probabilidad de que estén relacionados con estresores, lo cual puede volverlos vulnerables o propensos a padecer algún desequilibrio en la salud mental.

1.2.1 Estado actual del conocimiento sobre el tema

Como se mencionó anteriormente en el Ecuador no existen mayores avances científicos sobre las evaluaciones o tratamientos psicológicos en paciente con insuficiencia renal. En cuanto a estudios internacionales, está el realizado por María Vázquez y Leonardo Reynoso en centro América, en donde hablan sobre cómo repercute la IRC en los seres humanos que la padecen, por ejemplo en el estado emocional y hábitos cotidianos, ya que el tratamiento obliga a la persona a cambiar su estilo de vida. Recalcan la importancia de ser paciente crónico, esto significa que en la mayoría de casos es un tratamiento para toda la vida, que mantiene al sujeto en un estado de crisis constante, además hablan sobre el momento crítico, que es el inicio del tratamiento, debido a la tensión constante que sufren.

Por otra parte tenemos a Theodore Millon, que a pesar de no hablar sobre pacientes con insuficiencia renal, trata sobre pacientes con procedimientos médicos crónicos, elaborando un test llamado Inventario conductual de Millon para pacientes con diagnóstico médico. En la cuarta edición esta evaluación se aplica y estandariza para pacientes con IRC. Evalúa desde el estado emocional, hasta hábitos de cuidado personal o consumos de sustancias perjudiciales para la salud como drogas legales o ilegales, por esta razón es adecuada para emplearla en esta investigación.

El inventario conductual de Millon para pacientes con diagnóstico médico (MBMD), tiene varias escalas las cuales serán descritas con mayor detalle más adelante, para poder estandarizarlo se realizó su aplicación en España donde los resultados de sus subescalas fueron las siguientes, en consumo de alcohol, drogas, cafeína y tabaco obtuvieron un porcentaje menor al 8%, problemas de alimentación el 6%, sedentarismo un 25%, ansiedad un 20%, depresión el 35%, deterioro cognitivo 6%, labilidad emocional un 6%, vigilancia 15%, la aprensión a la enfermedad obtuvo un porcentaje de 20%, en la percepción de déficit de las capacidades funcionales un 35%, sensibilidad al dolor un 30%, aislamiento social un 25%, pesimismo respecto al futuro el 25%, ausencia de espiritualidad el 20%, debilidad ante la intervención el 30%, el mal manejo de la medicación el 10%, malestar ante la información 15%, uso excesivo de servicios médicos 20%, incumplimiento terapéutico el 25%, problemas de adaptación frente a la enfermedad el 30%, pacientes que necesitan tratamiento psicológico o psiquiátrico el 25%.

Estos datos son importantes, nos muestran una guía sobre el estado de salud mental en pacientes con tratamientos médicos similares a los pacientes con IRC, es primordial aclarar que los datos mencionados anteriormente no son solo de pacientes con insuficiencia renal, sino de una población con diferentes enfermedades crónicas, entre ellas 42 pacientes con IRC.

1.2.2 Adopción de una perspectiva teórica

Para esta investigación es necesario una visión clínica, la cual estará guiada por el autor Theodore Millon, dado que no solo se centra en la aplicación de una escala, sino en la integración del conocimiento, “cuando se habla de integración de conocimiento no se hace referencia a las múltiples teorías que existen, si no a la integración de cada dato importante de las distintas áreas

del sujeto, viéndolo en su calidad de unicidad gestáltico” (Morales de Barbenza, 2003), lo cual aporta a una evaluación coherente y responsable, marcando un camino claro y sustentado sobre que trabajar a futuro con el paciente para que logre una adecuada adherencia a su tratamiento de sustitución renal.

1.2.3 Marco conceptual

Para esta investigación se utilizó los siguientes conceptos claves:

Paciente con insuficiencia renal

El paciente con IRC, es aquel que tiene “el funcionamiento anormal de los riñones por más de 3 meses o la alteración estructural; los pacientes se encuentra en estadio terminal de la enfermedad que requieren tratamiento sustitutivo o trasplante renal, con la consiguiente carga de morbilidad, deterioro de la calidad de vida, años de vida perdidos y costos crecientes” (Alemano, y otros, 2010). Es importante tener claro este término, ya que en el trabajo psicológico es necesario tomar en cuenta su estado físico, el cual afecta de manera directa cada área de su vida.

Salud mental

La salud mental “se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS,

2013), se usará esta definición ya que es la más completa y aplicable para esta investigación, dado que ve a la salud mental como un pilar que sostiene la conducta, el sentir y la percepción del ser humano.

Evaluación

Para este concepto se unirá lo citado por el diccionario de psicología y el de Millon. La evaluación es el instrumento de medida que permite cuantificar ciertos aspectos de la psicopatología, además requiere que el profesional observe otras variables como experiencias traumáticas e influencias socioculturales, el cual sirve para realizar una planificación eficaz del tratamiento psicoterapéutico, tomando en cuenta las áreas personales, sociales o laborales de la vida de una persona.

1.2.4 Hipótesis

Los pacientes con IRC tienen un estado alterado de salud mental que requiere ser identificado para lograr un tratamiento idóneo que este adaptado a su situación familiar-laboral y social.

1.2.5 Identificación y caracterización de variables

Las variables de esta tesis son:

Variable 1, dependiente: El estado de salud mental:

Para este apartado de la investigación se utilizó el test MBMD, las áreas de salud mental a evaluar son:

- Hábitos negativos de salud: Comportamientos que perjudiquen su salud y tratamiento, como consumo de drogas legales o ilegales.
- Indicadores psiquiátricos: Trastornos comunes en pacientes con enfermedades crónicas, depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, labilidad emocional y vigilancia.
- Estilos de afrontamiento: Mide los estilos de afrontamiento, los cuales están basados en la teoría de la personalidad elaborada por Millon (Millon y Davis, 1996).
- Moderadores del estrés: Mide el efecto de las circunstancias estresantes que vive el paciente.
- Pronóstico de tratamiento: Busca los aspectos de la vida del sujeto que favorezcan o dificulten el tratamiento para la enfermedad crónica.
- Guías de tratamiento: Analiza los posibles problemas que puedan existir para la adaptación a la enfermedad.

Variable 2, independiente: El paciente con IRC:

Para esta investigación se va a aplicar el test MBMD, ya que es una evaluación que mide “factores psicológicos que puedan influir en la evolución y el tratamiento de pacientes con enfermedades médicas; valorando en profundidad sus actitudes, conductas y características personales” (Millon, Antoni, Millon, Minor, & Grossman, 2014). Está hecha para pacientes con enfermedades crónicas, además está adaptado para pacientes con tratamiento de sustitución renal.

CAPÍTULO II

2. MÉTODO

2.1. NIVEL DEL ESTUDIO

Para esta investigación se seleccionó el nivel de estudio explicativo, según Andino (2012) en este documento se buscará el ¿por qué? es necesaria una evaluación estructurada, eficiente y enfocada en personas con enfermedades crónicas, además su función principal será responder la causa de los eventos físicos mediante el establecimiento de relaciones causa – efecto.

2.2. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

Para este trabajo se decidió que la modalidad de investigación sea de proyecto de investigación, según Andino (2012) este documento se realiza con una necesidad en particular. El Centro de Hemodiálisis San Rafael requiere identificar el estado de salud mental en pacientes con IRC, a través de la aplicación de una evaluación estructurada, de este modo se podrá plantear una línea de trabajo futuro con el paciente, el cual podrá ser ejecutado por el centro cuando lo deseen.

2.3. MÉTODO

El método de investigación que se utilizó es el inductivo – deductivo, como menciona Andino (2012) se trasformó un conocimiento particular, el cual es el estado de salud mental de población específica, para después convertirlo en un conocimiento general de todos los pacientes del centro.

2.4 POBLACIÓN

POBLACIÓN

La población de esta investigación está conformada por los pacientes del Centro de Hemodiálisis San Rafael, los cuales son 72 personas en total, la edad de estos pacientes oscila entre los 18 años hasta los 84 años, de sexo femenino 39, de sexo masculino 33. Los pacientes realizan hemodiálisis tres veces por semana, con una duración de cuatro horas.

Algunas personas no solo tienen insuficiencia renal, también tienen enfermedades concomitantes como hipertensión arterial, diabetes, entre otras. En cuanto a discapacidades varios padecen de discapacidad auditiva, visual, o ambas, además de problemas de movimiento. En cuanto al nivel de instrucción van desde personas analfabetas hasta títulos superiores.

Es importante mencionar que en esta investigación se determinaron puntos de exclusión, ya que no todos los pacientes podían ser evaluados, los puntos son:

- Pacientes con discapacidad auditiva y que no puedan leer.
- Pacientes con diagnóstico psiquiátrico.
- Pacientes que no desearon firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que excedan el límite de edad para la evaluación, 80 años.
- Pacientes que no estuvieron en el tiempo de evaluación.
- Pacientes con discapacidad del habla y que no puedan leer.

Entre los puntos de exclusión anteriormente mencionados alcanzan 30 pacientes, y las evaluaciones aplicadas son 42.

A continuación se describe la tabla de los evaluados, la cual consiste de:

- Columna 1, número de caso, el cual fue dado de manera aleatoria para proteger la identidad de cada evaluado o evaluada.
- Columna 2, la edad de cada participante.
- Columna 3, el género de cada participante.
- Columna 4, el tiempo que el evaluado ha permanecido en tratamiento de sustitución renal, hasta el día de la evaluación.

Los datos que se presentan a continuación, fueron sacados de la base de datos del Centro de Hemodiálisis San Rafael.

Número de caso	Edad	Género	Tiempo de tratamiento hasta el día la evaluación
001	35	Masculino	0 años y 4 meses
002	41	Masculino	0 años y 3 meses
003	47	Femenino	4 años y 6 meses
004	47	Masculino	2 años y 7 meses
005	60	Femenino	4años y 5 meses
006	67	Femenino	1 año y 6 meses
007	66	Femenino	3 años y 1 mes

008	55	Femenino	4 años y 11 meses
009	50	Femenino	0 años y 10 meses
010	24	Masculino	1 año y 4 meses
011	41	Masculino	3 años y 9 meses
012	57	Femenino	5 años y 2 meses
013	49	Masculino	0 años y 2 meses
014	27	Femenino	6 años y 5 meses
015	51	Femenino	0 años y 6 meses
016	65	Masculino	1 año y 1 mes
017	63	Femenino	1 año y 3 meses
018	74	Masculino	0 años y 11 meses
019	59	Femenino	0 años y 5 meses
020	26	Masculino	2 años y 5 meses
021	39	Masculino	2 años y 11 meses
022	72	Masculino	1 año y 4 meses
023	51	Femenino	3 años y 1 mes
024	41	Femenino	2 años y 1 mes
025	25	Femenino	3 años y 0 meses
026	47	Masculino	3 años y 3 meses
027	58	Masculino	1 año y 6 meses
028	49	Femenino	5 años y 0 meses

029	18	Masculino	0 años y 9 meses
030	57	Femenino	1 año y 7 meses
031	68	Masculino	2 años y 3 meses
032	70	Masculino	1 año y 2 meses
033	45	Femenino	7 años y 0 meses
034	58	Masculino	0 años y 10 meses
035	41	Femenino	0 años y 5 meses
036	42	Femenino	8 años y 8 meses
037	73	Masculino	4 años y 9 meses
038	40	Masculino	4 años y 10 meses
039	65	Femenino	5 años y 3 meses
040	72	Femenino	2 años y 1 mes
041	67	Femenino	0 años y 7 meses
042	31	Masculino	2 años y 9 meses

2.5 SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se utilizó la siguiente evaluación:

- Inventario conductual de Millon para pacientes con diagnóstico médico (MBMD):
Elaborado por, Theodore Millon, Michael Antoni, Carrie Millon, Sarah Minor y Seth Grossman (2014). Este inventario consta de 165 ítems, en los cuales las personas tuvieron

que elegir entre las opciones de verdadero o falso, esta evaluación tiene siete escalas las cuales son:

- Patrones de respuesta, esta escala sirve como un indicador de validez extra de la evaluación, dentro de esta escala se evalúa, validez, sinceridad (escala X), deseabilidad social (escala Y) y devaluación (escala Z).
- Hábitos negativos, esta escala mide si el paciente mantiene comportamientos negativos para su tratamiento, el nombre de las sub escalas son, alcohol (indicador N), alimentación (indicador P), drogas (indicador O), cafeína (indicador Q), sedentarismo (indicador R) y tabaco (indicador S).
- Indicaciones psiquiátricas, esta escala busca la posible existencia de indicadores psiquiátricos, para realizar esto, esta escala se basa en el DSM-IV, y busca la existencia de ansiedad-tensión (escala AA), depresión (escala BB), deterioro cognitivo (escala CC), labilidad emocional (escala DD), vigilancia (escala EE).
- Estilos de afrontamiento, evalúa las “estrategias cognitivas, conductuales e interpersonales que los pacientes con enfermedades crónicas utilizan para evitar sentirse mal en situaciones relacionadas a su enfermedad” (Millon, Antoni, Millon, Minor, & Grossman, 2014), las sub escalas son, introvertido (escala 1), inhibido (escala 2A), desanimado (escala 2B), cooperativo (escala 3), sociable (escala 4), confiado (escala 5), inconformista (escala 6A), dominante(escala 6B), respetuoso

(escala 7), opositorista (escala 8A) y autodenigrante (escala 8B), estas sub escalas están basadas en la teoría de la personalidad desarrollada por Millon y Davis en 1996.

- Moderadores de estrés, esta escala identifica las “características del paciente y de su entorno que puedan influir en el efecto que tiene los rasgos de personalidad y los problemas psíquicos sobre distintos aspectos médicos, como el uso de los servicios sanitario, el éxito del tratamiento, el grado de recuperación o rehabilitación y el cumplimiento de las prescripciones médicas” (Millon, Antoni, Millon, Minor, & Grossman, 2014), las sub escalas son, aprensión a la enfermedad vs. Aceptación de la enfermedad (escala A), déficit de las capacidades funcionales vs. Preservación de las capacidades funcionales (escala B), sensibilidad al dolor vs. Tolerancia al dolor (escala C), aislamiento social vs. Apoyo social (escala D), pesimismo respecto al futuro vs. Optimismo respecto al futuro (escala E), ausencia de espiritualidad vs. Fe espiritual (escala F).
- Pronóstico de tratamiento, esta escala está elaborada para encontrar áreas en las que la persona con la enfermedad crónica tenga fortalezas o debilidades, las subescalas son, debilidad ante la intervención vs. resiliencia a la intervención (escala G), abuso de medicación vs. meticulosidad en la medicación (escala H), malestar ante la información vs. receptividad ante la información (escala I), uso excesivo vs. uso apropiado (escala J), incumplimiento terapéutico vs. cumplimiento terapéutico (escala K).

- Guías de tratamiento, esta escala “integra y resume las áreas más problemáticas del paciente” (Millon, Antoni, Millon, Minor, & Grossman, 2014), las subescalas son, problemas de adaptación a la enfermedad (escala L) y derivación psicológica o psiquiátrica (escala M).

El inventario se lo puede encontrar en el anexo 1.

2.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El Inventario conductual de Millon para pacientes con diagnóstico médico (MBMD), es elaborado por, Theodore Millon, Michael Antoni, Carrie Millon, Sarah Minor y Seth Grossman (2014), el objetivo de este test es “evaluar los factores psicológicos que pueden influir en la evolución y el tratamiento de pacientes con enfermedades médicas; valorando en profundidad sus actitudes, conductas y características personales” (Millon, Antoni, Millon, Minor, & Grossman, 2014). Este inventario consta de 165 ítems, en los cuales las personas tienen que elegir entre las opciones de verdadero o falso. La administración de la evaluación es de manera individual y el tiempo de duración es de 20 a 30 minutos.

Esta evaluación tiene dos formas para demostrar validez y confiabilidad, la primera se trata de una validación por comparación entre evaluaciones que miden temas similares y consultas a expertos, como se menciona el Consejo General de la Psicología de España (2017), esta evaluación presenta evidencia de validez adecuada ya que se consultó a profesionales que

pertenecen a unidades especializadas en distintas patologías, además aportó información de correlación con test que miden constructos similares.

Esta evaluación también cuenta con una forma de validar sus resultados en las respuestas del evaluado, lo cual se da gracias a la escala de patrones de respuesta, esta escala funciona como un indicador de validez interno, “evalúa los estilos de respuesta potencialmente problemáticos o distorsiones que pudieran afectar a la fiabilidad o la validez de los resultados del test” (Millon, Antoni, Millon, Minor, & Grossman, 2014).

Esta evaluación también cuenta con una adaptación para pacientes con tratamiento de sustitución renal, con este inventario concluyeron que es funcional al momento de “estudiar los factores psicosociales, adaptación y alertar a los profesionales acerca de determinados aspectos que pueden influir negativamente en el tratamiento” (Millon, Antoni, Millon, Minor, & Grossman, 2014).

Como se puede apreciar la evaluación tiene resultados satisfactorios al hablar de validez y confiabilidad, ya que cuenta con factores de validez externos e internos, además de estar adaptado para paciente con IRC, esto aporta a la confiabilidad de la investigación.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Nombre de la variable	Instrumento utilizado	Definición conceptual	Categorías de contenido
			“Estado de bienestar en el cual el individuo es	Para determinar el estado de salud mental en

V.1	Salud mental del paciente con IRC	MBMD	consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013).	pacientes con IRC, se utilizó el test MBMD, basándonos en las siguientes escalas: • Hábitos negativos. • Indicadores psiquiátricos. • Estilos de afrontamiento. • Moderadores de estrés. • Pronóstico de tratamiento. • Guía de tratamiento.
-----	-----------------------------------	------	--	---

2.8 PROCESAMIENTO DE DATOS

En esta investigación se comenzó la aplicación de la evaluación MBMD el 11 de diciembre de 2018 hasta el 04 de enero de 2019, en cada sesión se procedió con el consentimiento informado, anexo 2, posteriormente se aplicó la evaluación, a todos los evaluados se les leyó cada ítem del test, las sesiones duraron de veinte minutos a una hora.

Las evaluaciones se realizaron en los días que los pacientes tenían tratamiento. Para los pacientes del primer turno, la aplicación comenzó a las 10 de la mañana hasta las 12 y 30 de la tarde; para

los del segundo turno, comenzó a las 9 de la mañana hasta las 10 de la mañana, y luego de la hemodiálisis desde las 3 y 30 hasta las 4 y 30 de la tarde; y para los del tercer turno se realizó la evaluación desde las 2 hasta las 3 y 30 de la tarde. Los evaluados mostraron interés en el test aplicado y permanecieron atentos toda la evaluación.

Para el procesamiento y almacenamiento de los datos se usó los programas de Q-global, office, Word y Excel, mediante una computadora de escritorio, el análisis de los datos y las tablas fueron elaborados por el investigador.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS

3.1 LEVANTAMIENTO DE DATOS

La investigación desarrollada se realizó en el Centro de Hemodiálisis San Rafael, la evaluación utilizada fue el MBMD, la aplicación de la evaluación comenzó el 11 de diciembre del 2018 y terminó el 04 de enero del 2019. Cada evaluación duró de 20 minutos a una hora, primero se explicaba en qué consistía la evaluación y la investigación, posteriormente se procedía a firmar el consentimiento informado y por último se realizaba la evaluación.

Las evaluaciones fueron realizadas en distintas fechas desde diciembre hasta el mes de enero: caso 1, 21 de diciembre de 2018; caso 2, 21 de diciembre del 2018; caso 3, 21 de diciembre del 2018; caso 4, 21 de diciembre del 2018; caso 5, 14 de diciembre del 2018; caso 6, 13 de diciembre del 2018; caso 7, 18 de diciembre del 2018; caso 8, 18 de diciembre del 2018; caso 9, 17 de diciembre del 2018; caso 10, 17 de diciembre del 2018; caso 11, 17 de diciembre del 2018; caso 12, 17 de diciembre del 2018; caso 13, 17 de diciembre del 2018; caso 14, 14 de diciembre del 2018; caso 15, 14 de diciembre del 2018; caso 16, 13 de diciembre del 2018; caso 17, 13 de diciembre del 2018; caso 18, 13 de diciembre del 2018; caso 19, 11 de diciembre del 2018; caso 20, 11 de diciembre del 2018; caso 21, 12 de diciembre del 2018; caso 22, 11 de diciembre del 2018; caso 23, 11 de diciembre del 2018; caso 24, 11 de diciembre del 2018; caso 25, 13 de diciembre del 2018; caso 26, 14 de diciembre del 2018; caso 27, 14 de diciembre del 2018; caso 28, 19 de diciembre del 2018; caso 29, 19 de diciembre del 2018; caso 30, 19 de diciembre del

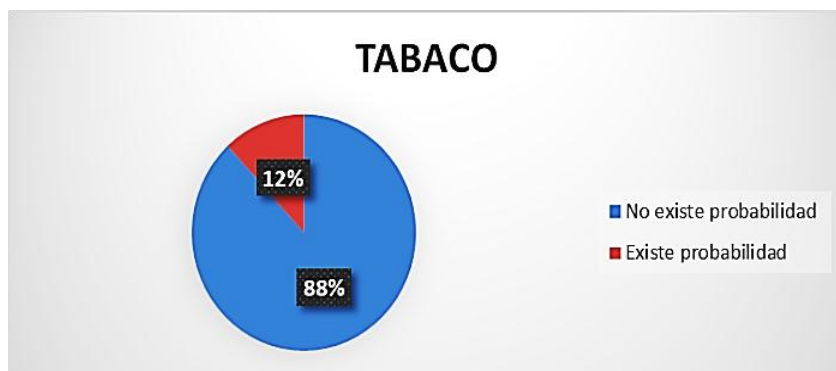
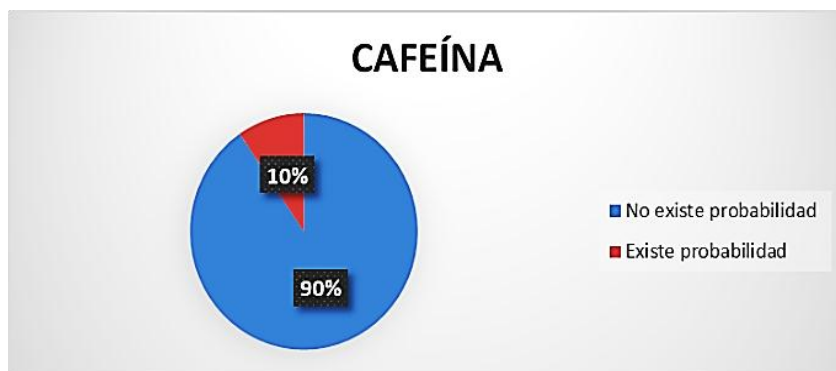
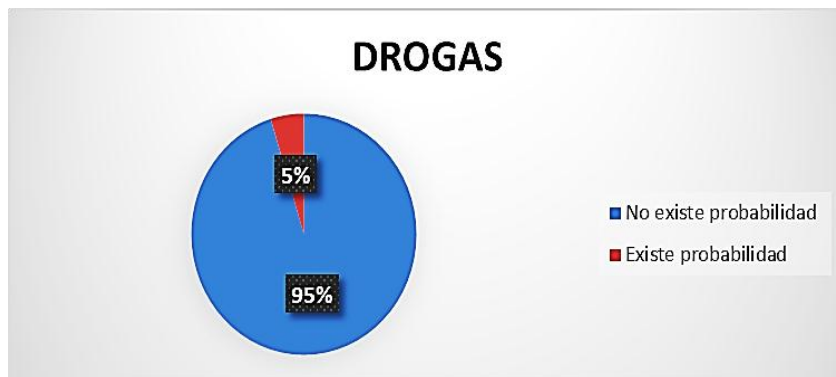
2018; caso 31, 19 de diciembre del 2018; caso 32, 18 de diciembre del 2018; caso 33, 20 de diciembre del 2018; caso 34, 19 de diciembre del 2018; caso 35, 22 de diciembre del 2018; caso 36, 22 de diciembre del 2018; caso 37, 22 de diciembre del 2018; caso 38, 22 de diciembre del 2018; caso 39, 22 de diciembre del 2018; caso 40, 14 de diciembre del 2018; caso 41, 13 de diciembre del 2018; caso 42, 04 de enero del 2019.

3.2 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

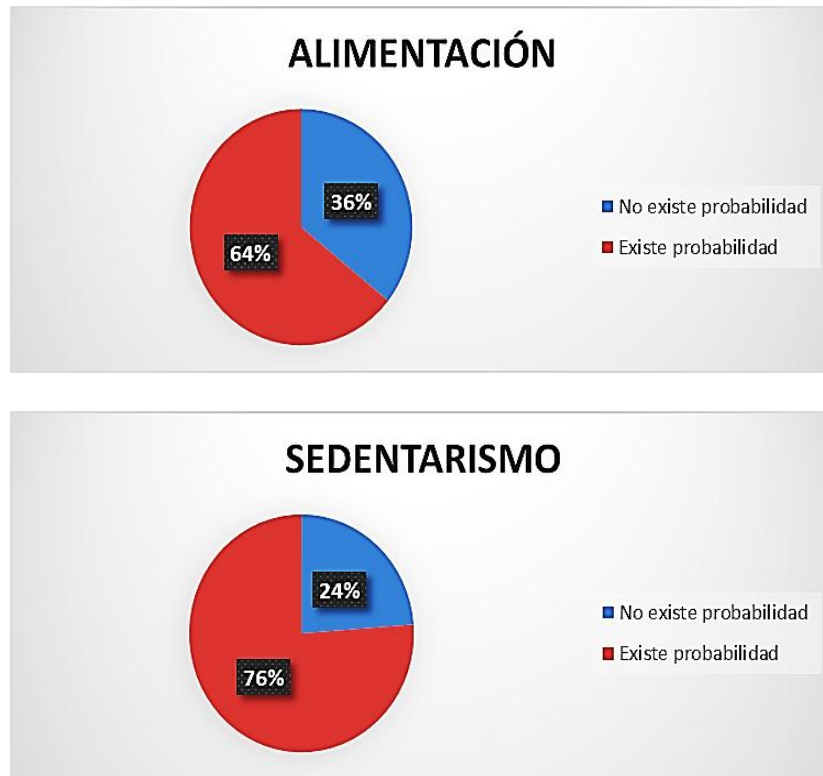
En relación a los resultados de las evaluaciones aplicadas a los 42 pacientes con IRC, se los presentará de la siguiente manera: Escala de hábitos, escala de indicadores psiquiátricos, escala de estilos de afrontamiento, escala de moderadores del estrés, escala de pronóstico de tratamiento y escala de guías de tratamiento, cada una con sus subescalas. La interpretación de los siguientes resultados está basada en el manual del MBMD.

Hábitos negativos



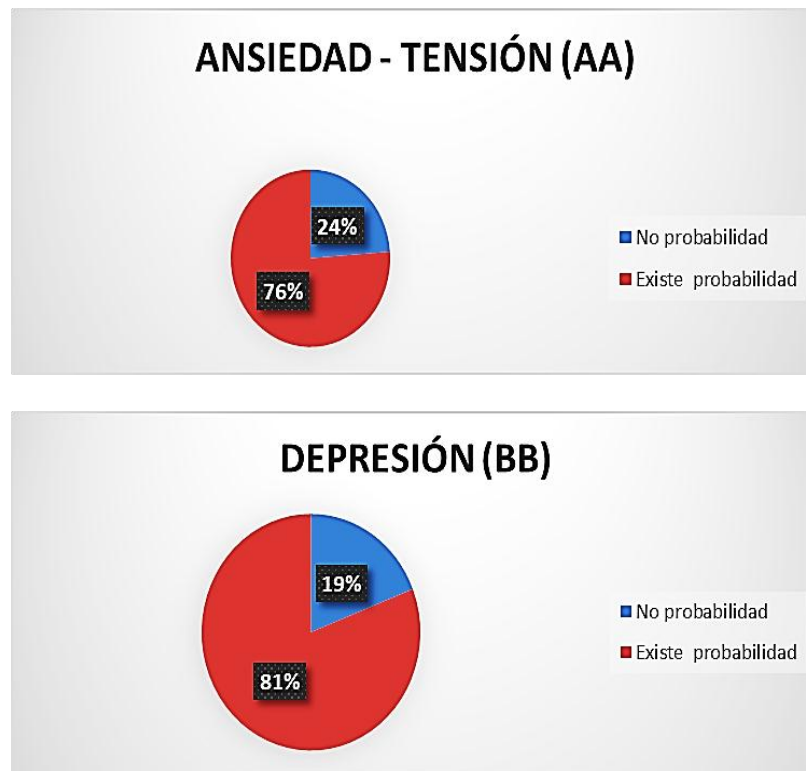


En relación al consumo de cafeína y drogas legales e ilegales se puede apreciar un mínimo porcentaje de consumo, donde el 93% de pacientes no consumen alcohol, el 95% no consume drogas, el 90% no consume cafeína y el 83% no consume tabaco.

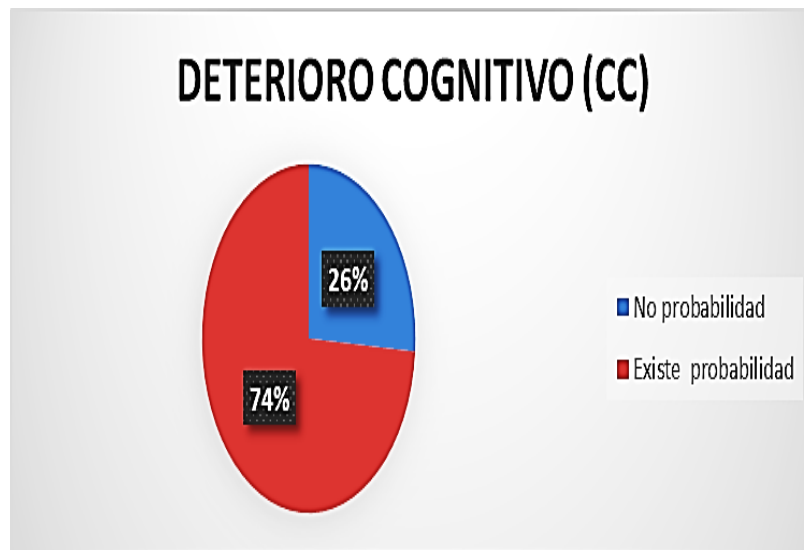


Se puede apreciar que en relación a los hábitos negativos más difíciles de manejar para la mayoría de la muestra es la alimentación, donde el 64% de pacientes no pueden manejar una dieta adecuada para su tratamiento, además el sedentarismo con el 76% demostrando que la mayoría de los pacientes de la muestra no mantienen actividades físicas continuas.

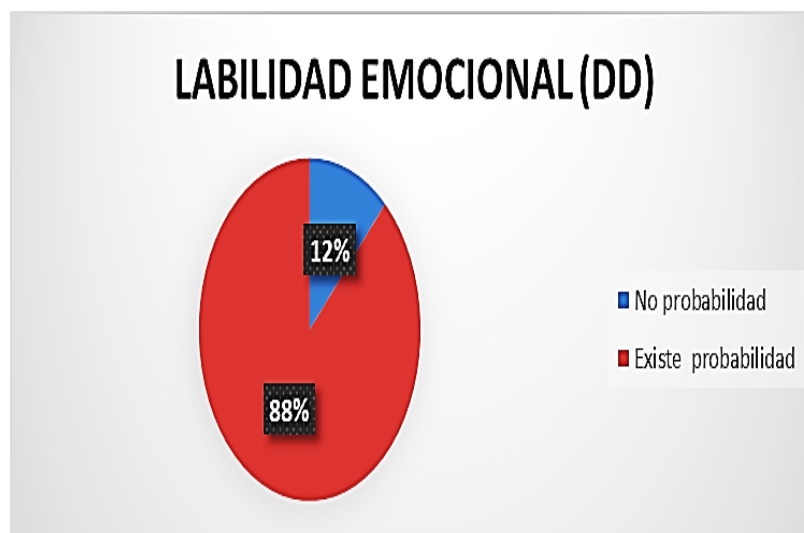
Indicadores psiquiátricos

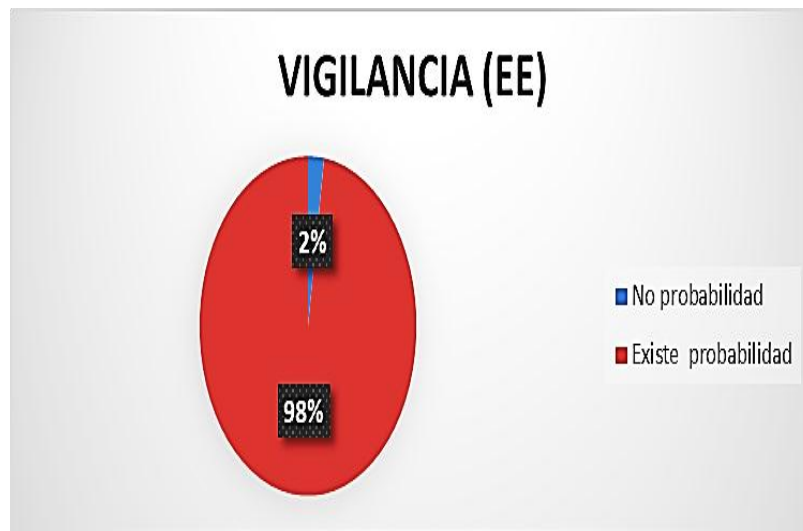


Respecto a los indicadores psiquiátricos la ansiedad y la depresión son los factores psicológicos que interfieren en la efectividad el tratamiento médico, dentro de la población el 76% tiene alguna probabilidad de sufrir ansiedad, en relación a la depresión hay una prevalencia del 81% con la posibilidad de padecer este indicador.



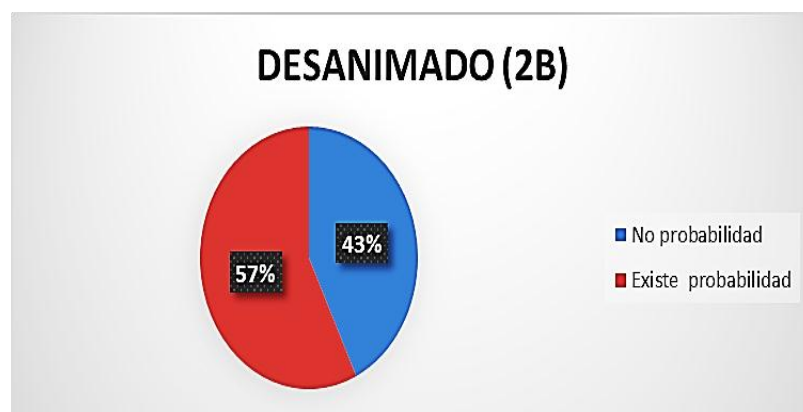
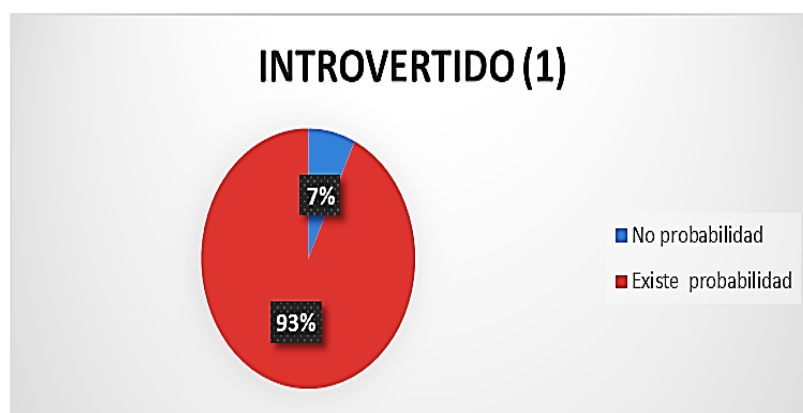
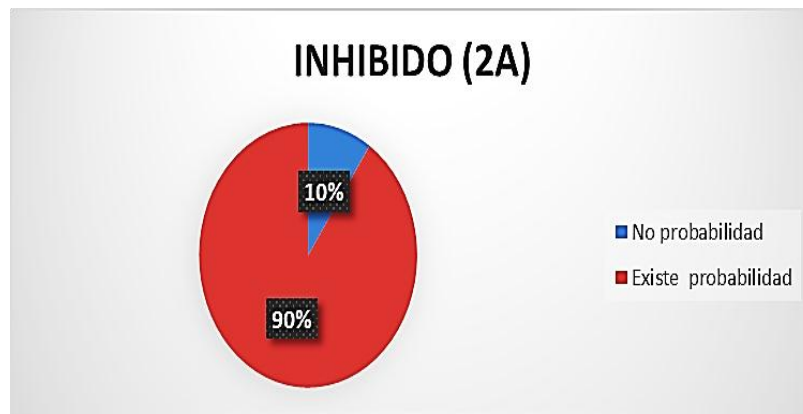
Como se mencionó anteriormente la insuficiencia renal no solo afecta a la función del riñón, como se puede observar el 74% de la población tiene una posibilidad de tener deterioro cognitivo, lo cual puede ser consecuencia de la uremia, la cual ataca de manera inmediata a la memoria y a la capacidad de concentración, sin importar la edad ya que es una consecuencia de la IRC.





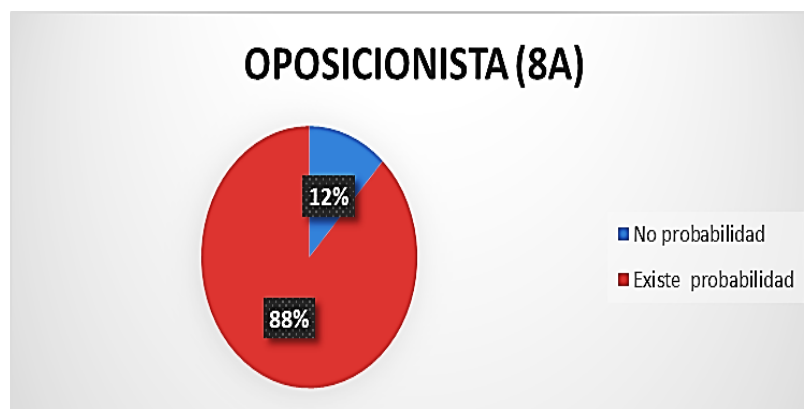
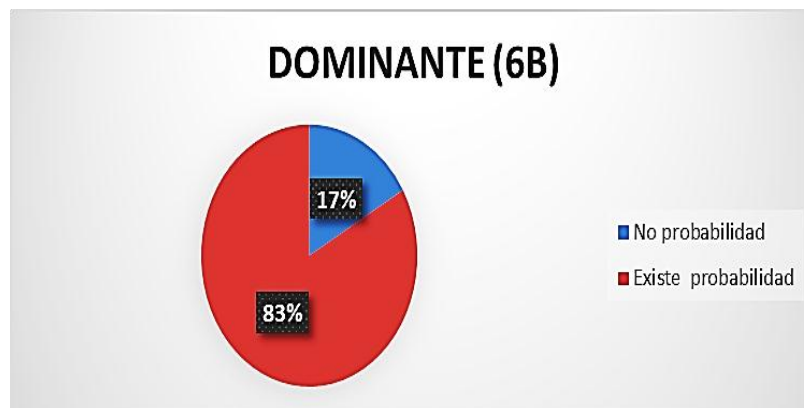
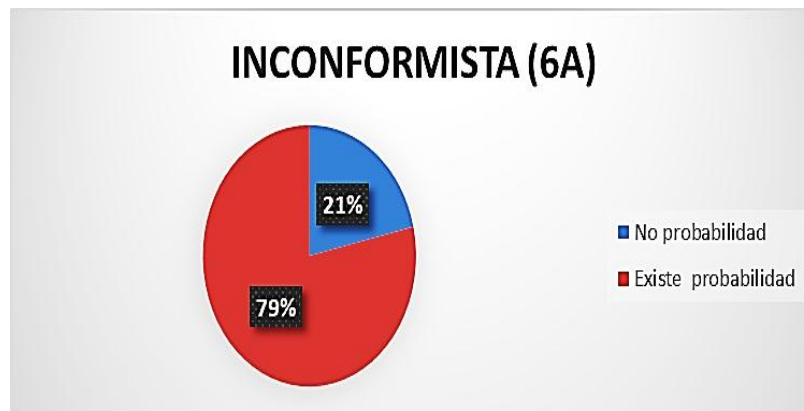
Estos dos indicadores psiquiátricos intervienen de manera directa en la interacción con otro individuo, el 88% de la población muestra una probabilidad de labilidad emocional, lo cual indica una dificultad para regular las emociones, y una presencia de inestabilidad del estado de ánimo. El 98% tiene probabilidad de vigilancia, lo cual significa que los pacientes evaluados presentan desconfianza y probablemente se portan de manera defensiva ante personas que desde su perspectiva pueden ser hostiles.

Estilos de afrontamiento

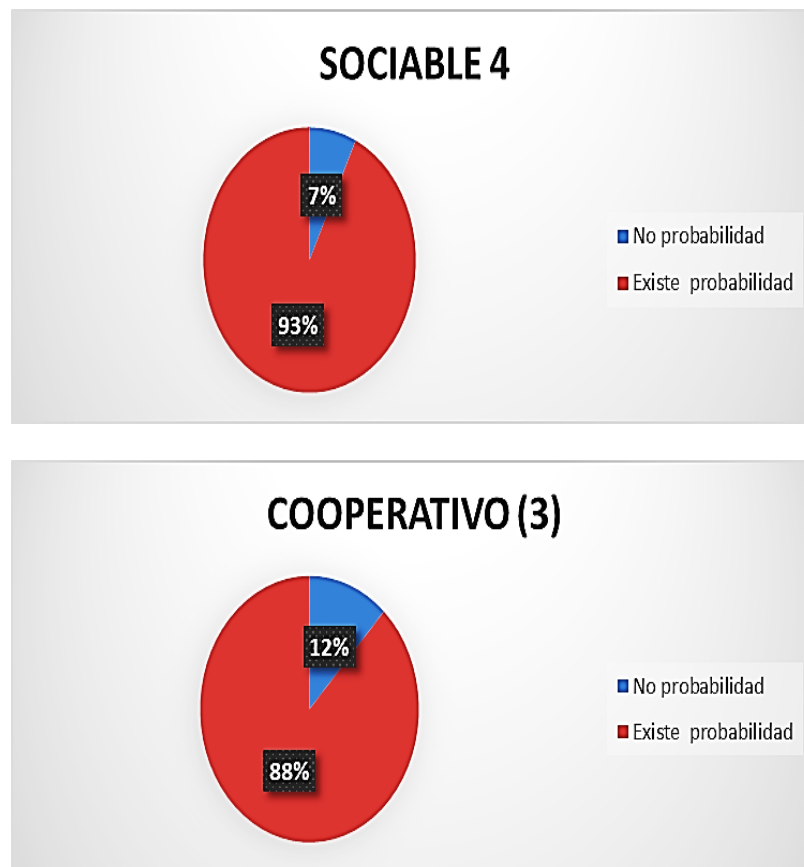


En relación a los estilos de afrontamiento se puede apreciar que el 90% marcó ítems relacionados a la subescala de inhibido, las personas que entraron en esta escala pueden mostrarse desconfiados de los demás. Además el 93% de la población tiene probabilidad de ser introvertida, esto puede ser un obstáculo para el tratamiento, existe la posibilidad de que sean reservados

emocionalmente, además pueden mostrar poca importancia hacia sus problemas. El 57% de los pacientes evaluados posiblemente sean desanimados, los cuales muestran un decaimiento o abatimiento al realizar sus tareas diarias.



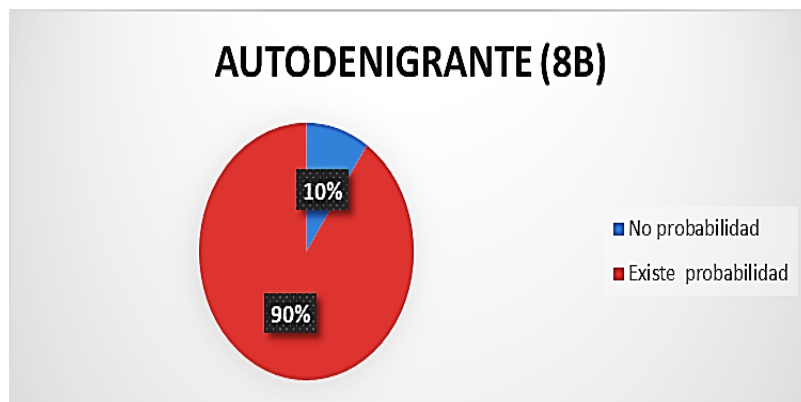
El 79% de la población es inconformista, esto significa que tienden a no seguir las convenciones sociales. El 83% afronta su tratamiento de una manera dominante, posiblemente actúan durante su tratamiento de una manera autoritaria. Y el 88% tiene alguna probabilidad de ser opositorista, pudiendo ser impredecibles y difíciles de tratar.



El 93% de los pacientes evaluados muestran características de afrontamiento sociable, esto significa que pueden seguir tratamientos sin problema, sin embargo esta cooperación puede ser efímera. El 88% tiene alguna probabilidad de ser cooperativos, esto es una ventaja para el tratamiento psicológico ya que pueden vincularse con mayor facilidad a los profesionales de salud.

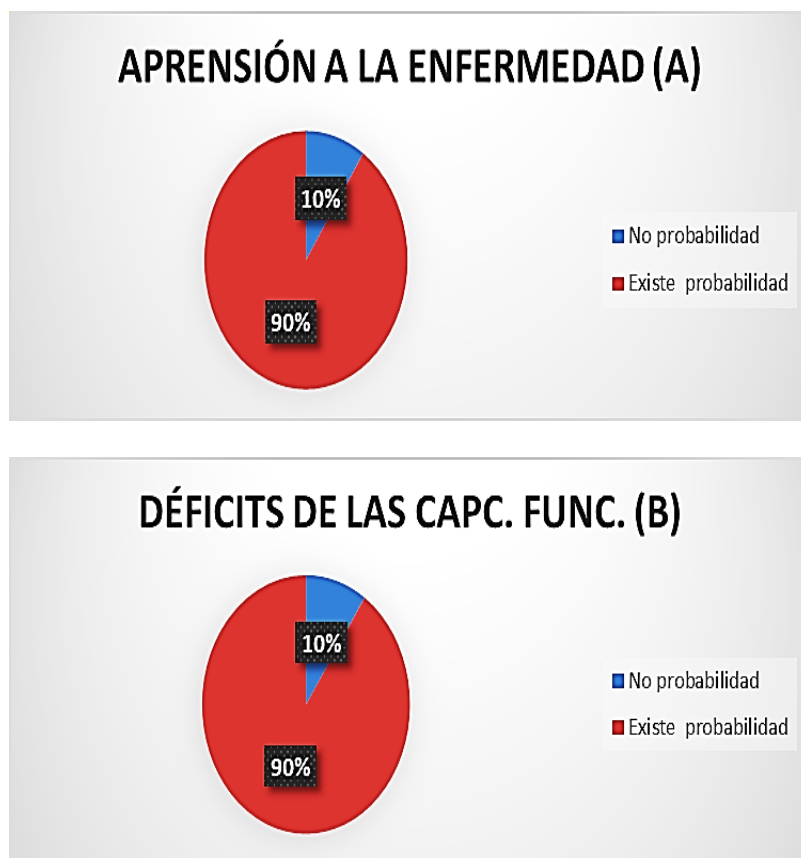


El 98% de los evaluados presentan un estilo de afrontamiento respetuoso, por lo general pueden seguir instrucciones, sin embargo tienden a ocultar síntomas nuevos. En el 95% de los valorados existe la posibilidad de que sean confiados, además son vulnerables al malestar físico.



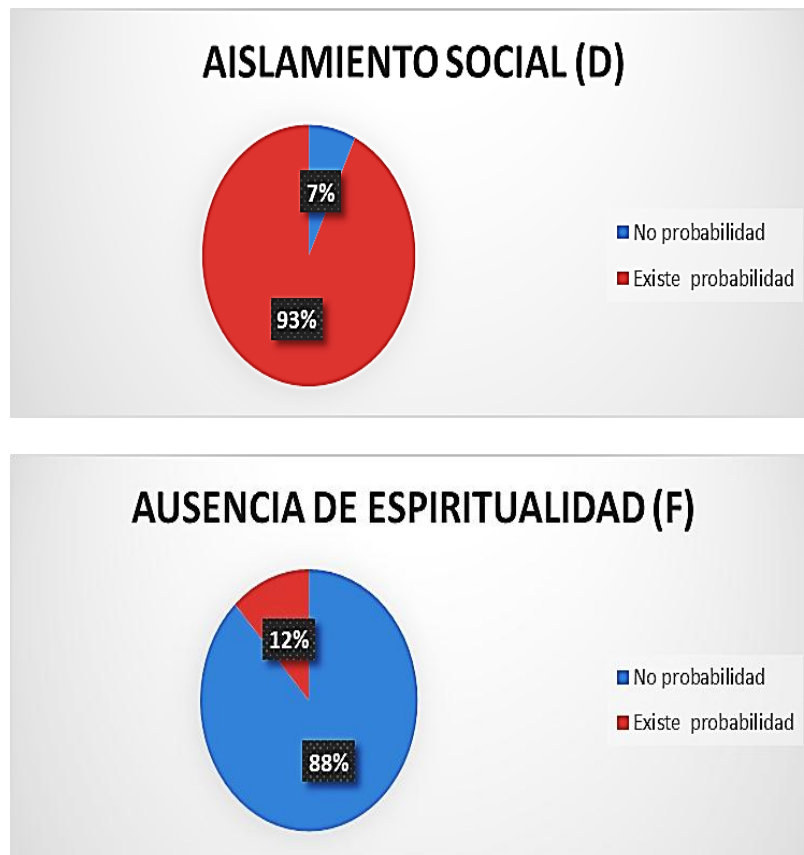
El 90% de pacientes tienen la probabilidad de tener un estilo de afrontamiento autodenigrante, centrando sus vivencias en los aspectos negativos de su vida.

Moderadores del estrés

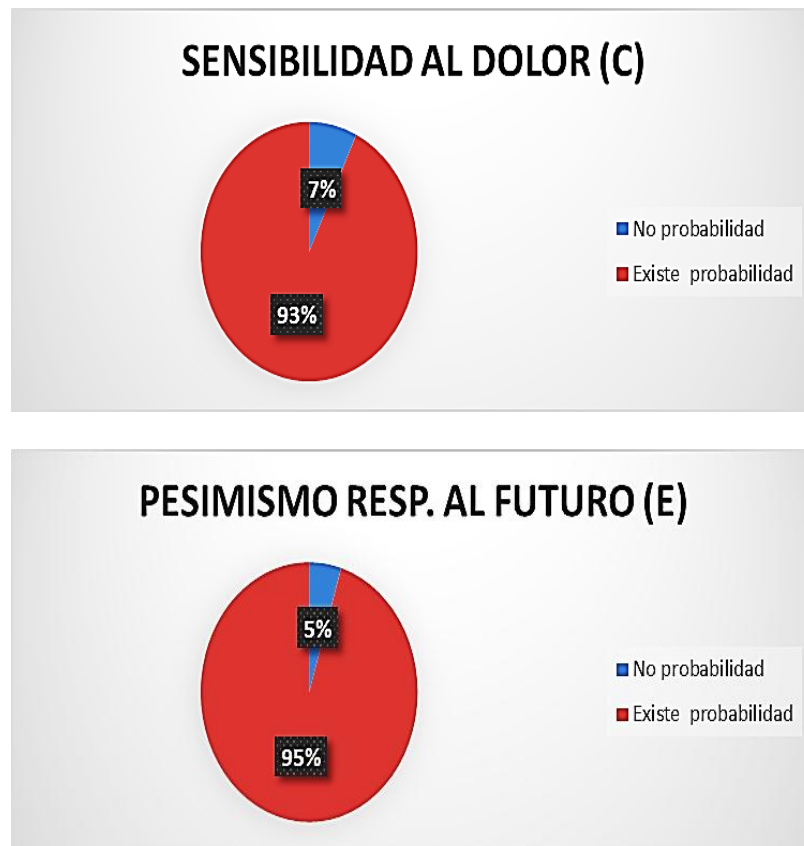


El 90% de la población presenta probabilidad de aprensión en su enfermedad, lo cual significa que posiblemente están conscientes de los síntomas que presentan en su cuerpo, esto puede ser algo negativo ya que pueden centrarse en sensaciones corporales sin importancia, dando como una respuesta inmediata el uso excesivo de servicios médicos. En relación al déficit de las

capacidades funcionales, existe una probabilidad de que el 90% piense que sus capacidades funcionales físicas se han limitado desde que la IRC comenzó.

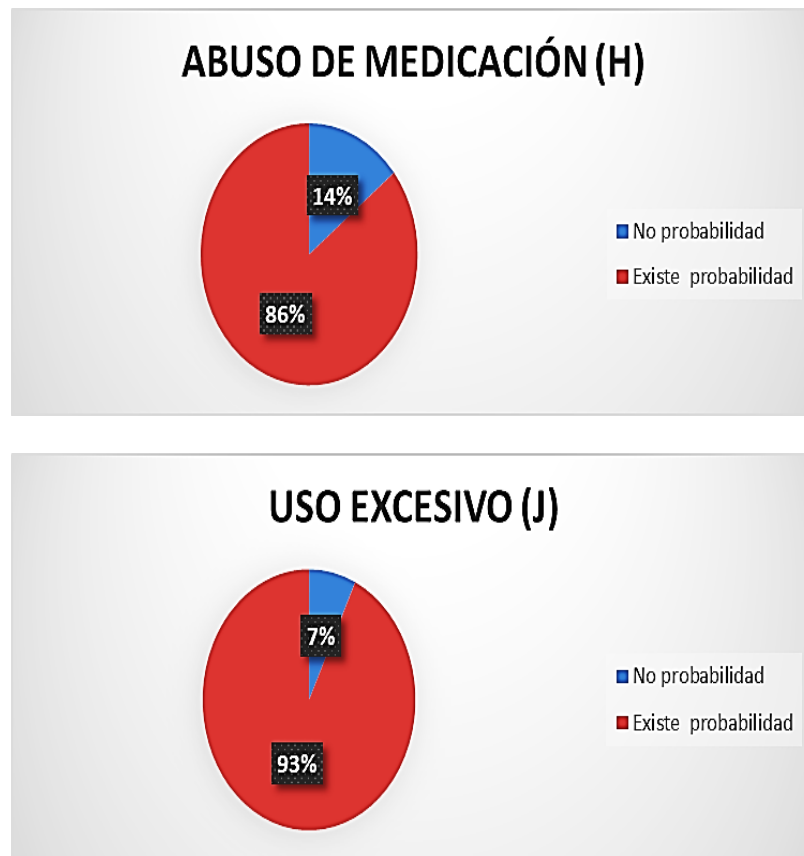


El 93% de los evaluados presentan una posibilidad de tener aislamiento social, lo cual es producido gracias a la idea de que están solos y que no reciben el apoyo necesario por parte de familia o amigos. El 88% no tiene probabilidad alguna de tener ausencia de espiritualidad, esto nos da a entender que el recurso relacionado a la espiritualidad es su mejor manera de afrontar las adversidades que se presentan por su tratamiento de sustitución renal.



El 93% de los pacientes con IRC tienen alguna probabilidad de tener sensibilidad al dolor físico, cual muestra que son sensibles al dolor que produce la intervención en cada tratamiento. Y el 95% tiene una idea pesimista respecto a su futuro, esto significa que posiblemente no esperen tener demasiado tiempo de vida o al menos no el deseado por ellos.

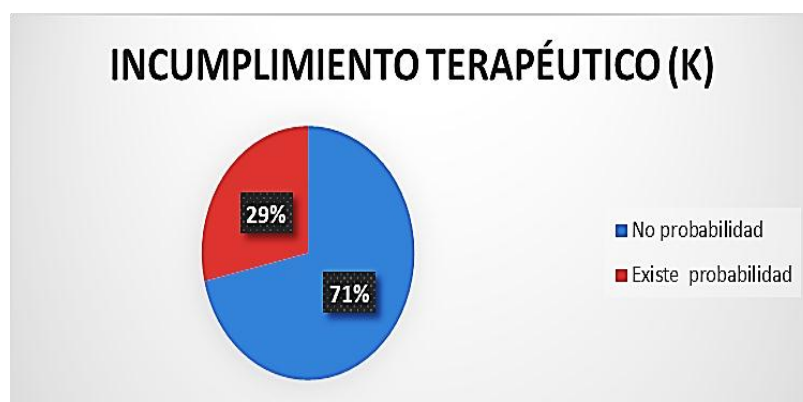
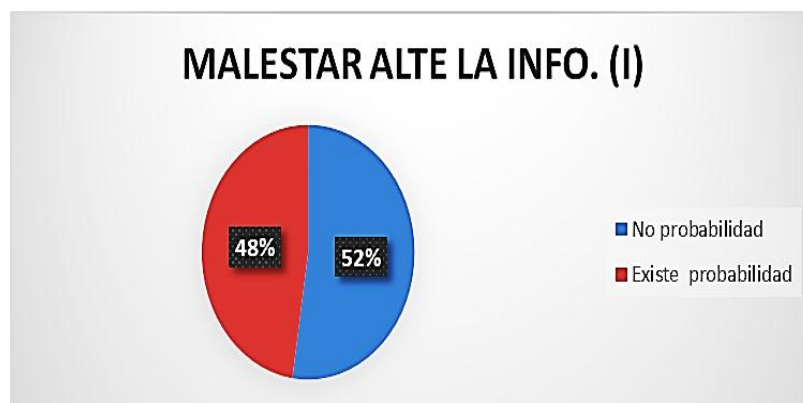
Pronósticos de tratamiento



En relación a las subescalas de abuso de medicación y uso excesivo se puede apreciar una alta probabilidad la primera con 86% y la segunda con 93%, mostrando que los pacientes con IRC del Centro de Hemodiálisis San Rafael, tienen un problema con el abuso o un inadecuado seguimiento de las prescripciones médicas, además tienen una probabilidad de solicitar servicios médicos más de lo necesario.

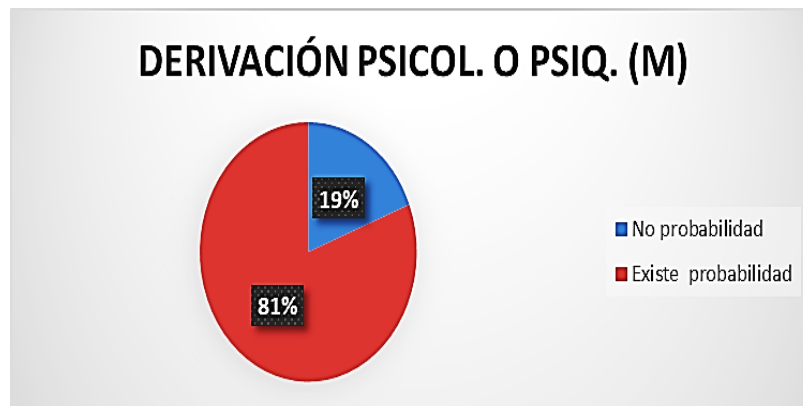


Se puede apreciar que el 81% de los pacientes con IRC tienen alguna probabilidad de padecer debilidad ante la intervención, demostrando una incapacidad para adaptarse emocionalmente a los protocolos médicos.

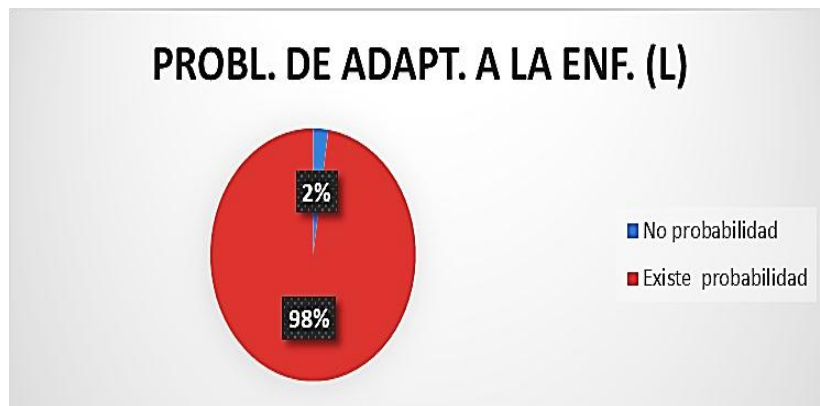


En relación a la información que reciben por parte de los profesionales del Centro de Hemodiálisis San Rafael, se observa una probabilidad de que el 48%, tiene falta de receptividad a los detalles de su diagnóstico y tratamiento. Por último en la escala de pronóstico de tratamiento esta la subescala de incumplimiento terapéutico, donde el 71% de los evaluados intentan cumplir de la mejor manera posible los tratamientos médicos.

Guías de tratamiento



Se puede observar que el 81% de la población tiene probabilidad de derivación psicológica o psiquiátrica, esto da a entender que requieren algún tipo de intervención, esto dependerá del criterio del profesional encargado de la salud mental de los evaluados.



En cuanto a la probabilidad de problemas de adaptación a la enfermedad crónica, el 98% de los pacientes evaluados presentan riesgo de adaptación, gracias a problemas que surgen en el tratamiento debido a cada una de las sub escalas presentadas anteriormente.

3.3 APLICACIÓN PRÁCTICA

Luego de la aplicación e interpretación de cada evaluación se realizará una reunión a mediados de febrero donde se expondrá los datos de manera individual con el equipo multidisciplinario, el cual está conformado por un nutricionista, psicología, trabajadora social, y el médico tratante de cada paciente, de esta manera se establecerá los puntos a resolver creando un plan integral y adaptado a la realidad de cada paciente.

Cuando se haya analizado cada caso, a principios de marzo se aplicará la intervención a cada evaluado, en donde cada área del Centro de Hemodiálisis San Rafael tendrá que trabajar para que el paciente tenga una adecuada adaptación al tratamiento de sustitución renal. Es importante que después de dar el tratamiento se vuelva a aplicar la evaluación MBMD en 12 meses y así saber si el plan de tratamiento tuvo el resultado esperado.

CAPÍTULO IV

4. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

Con los resultados se puede afirmar que los pacientes del Centro de Hemodiálisis San Rafael tienen un estado de salud mental alterado, casi toda la muestra tiene problemas de adaptación al tratamiento, lo cual se debe “a causa del estilo de afrontamiento del paciente, de los aspectos psicológicos del funcionamiento del paciente en ese momento, de los recursos de los que disponga para gestionar el estrés, y de la probabilidad de que adopte una conducta insana” (Millon, Antoni, Millon, Minor, & Grossman, 2014).

En el manual del inventario conductual de Millon para pacientes con diagnóstico médico, mencionan varios datos importantes. En las escalas de moderadores de estrés, pronóstico de tratamiento y guías de tratamiento tienen resultados menores al 35%, mientras que en la población aplicada, la misma evaluación muestran un malestar mayor, superando en todas las sub escalas con un mínimo de 80% hasta un 98% de prevalencia, a excepción de las sub escalas de ausencia de espiritualidad, incumplimiento terapéutico y malestar ante la información. Analizando estos datos se puede decir que existe una contraposición de los datos obtenidos en el manual del MBMD, aplicado en pacientes con enfermedades crónicas en España.

Estos datos son importantes, ahora se podrá trazar un plan de trabajo enfocado al estado real del paciente con IRC, para lograr un tratamiento idóneo que este adaptado a su situación familiar-laboral y social.

Antes existían las alarmas, sin embargo no las podíamos ver con claridad, esto no quiere decir que no se ha hecho nada, los profesionales que se encuentran en el centro buscan el bienestar del paciente, sin embargo no se hacía una evaluación integral por ende no se podía dar una respuesta coordinada y clara entre todos los profesionales.

En cuanto a los resultados es importante recalcar la alta prevalencia de una falta de adaptación a la enfermedad, la debilidad ante la intervención, la sensibilidad al dolor, y el pesimismo respecto al futuro que tienen los evaluados. Se esperaría que con estos resultados el incumplimiento terapéutico sea igual de elevado, sin embargo como se pudo observar en las estadísticas la mayoría de pacientes cumplen con el tratamiento, lo cual puede llegar a significar que las personas que padecen de IRC en el Centro de Hemodiálisis San Rafael desean vivir, y por ello cumplen con el tratamiento sin importar si entienden la información y las recomendaciones de los profesionales.

4.2 CONCLUSIONES

En conclusión, después de realizar el levantamiento de información, es posible señalar que los pacientes con IRC tienen un estado de salud mental alterado, el cual está interfiriendo en el rendimiento del tratamiento médico y de los resultados del mismo. A pesar que existe un cumplimiento terapéutico del 71% de la muestra, encontramos un 81% de debilidad ante la intervención física del tratamiento de sustitución renal, demostrando una incoherencia entre el cumplimiento y el entendimiento requerido para una adecuada adaptación a la enfermedad.

Se puede afirmar que el inventario conductual de Millon para pacientes con diagnóstico médico es funcional para el contexto de los pacientes del Centro de Hemodiálisis San Rafael, mostrando

el estado actual de los evaluados, gracias a esto se pudo obtener información precisa para un futuro tratamiento multidisciplinario.

También se logró determinar pautas que faciliten el tratamiento futuro, donde el Centro de Hemodiálisis San Rafael podrá analizar los resultados de cada subescala aplicada y solucionar la inadecuada adaptabilidad, de este modo el tratamiento médico podrá rendir los frutos deseados.

Además es necesario mencionar que las intervenciones futuras pueden direccionarse a realizar un acompañamiento terapéutico relacionado al manejo de los estresores que presenta el paciente con IRC, dado que “el afrontamiento que se haga de la condición de enfermo crónico es vital para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar la enfermedad en la persona, ya que éste puede mediar, aminorar y/o amortiguar los efectos del estrés” (Cassaretto & Paredes, 2006, pág. 116), a pesar de que esta investigación se centra en la evaluación del estado de salud mental en pacientes con IRC, es importante aclarar cuál sería una óptima o recomendable forma de intervención futura.

4.3 RECOMENDACIONES

En relación a las recomendaciones, sería importante que las dializadoras que tratan una población similar al Centro de Hemodiálisis San Rafael, elaboren protocolos de evaluaciones donde se pueda observar al paciente como un ser multifactorial, como se pudo apreciar en esta investigación el MBMD, este inventario sería una adecuada opción para lograr este objetivo.

Además sería importante que se reevalúe dentro de un año, después de realizar el tratamiento planeado por el equipo multidisciplinario, para observar si la adaptación a la IRC por parte de los paciente ha mejorado.

Ahora que ya se describió el estado de salud mental de los pacientes con IRC, es recomendable que se realice una investigación sobre, “cómo se debe intervenir dando un tratamiento integral”, y focalizando el trabajo con cada profesional que cuentan las dializadoras.

BIBLIOGRAFÍA

- Aleman, G., Celia, E., Cusumano, A., Depine, S., Greloni, G., Inserra, F., . . . Zucchini, A. (2010). *Guía de práctica clínica sobre prevención y detección precoz de la enfermedad renal crónica en adultos*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Andino, P. (2012). *Trabajo de investigación de fin de carrera*. Quito: Universidad Internacional SEK.
- Carrobbles, J., Palomo, T., Abarca, A., & Becerra, A. (1996). *Gran diccionario de psicología*. Madrid: Ediciones del Prado.
- Cassaretto, M., & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de psicología*, 109-140.
- Consejo General de la psicología España . (2017). *Evaluación del inventario conductual de Millon para pacientes con diagnóstico médico (MBMD)*. Madrid: European Federation of Psychologists Associations.
- Douthat, w. (12 de Marzo de 2015). OPS/OMS. Obtenido de OPS/OMS: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/salud-renal-1-Douthat-D2015-Final.pdf>
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. Ciudad de la Habana : Editorial Ciencias Médicas.
- Mikulic, I. (2007). *La evaluación psicológica y el análisis ecoevaluativo*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Millon, T., Antoni, M., Millon, C., Minor, S., & Grossman, S. (2014). *Inventario conductual de Millon para pacientes con diagnóstico médico*. Estados Unidos: NCS pearson Inc.
- Morales de Barbenza, C. (2003). EL ABORDAJE INTEGRATIVO DE LA PERSONALIDAD EN LA TEORÍA DE THEODORE MILLON. *Interdisciplinaria*, 61-74.
- Nunes, M., Garcia, C., & Alba, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios sociales*, 137-161.
- OMS. (13 de diciembre de 2013). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Reynoso, L., & Becerra, A. (2014). *Medicina conductual: Teoría y práctica*. México: Qartuppi.
- Sanchez, S., Ostrosky, F., Morales, L., Alberú, J., Nicolini, J., & García, G. (2008). Insuficiencia renal crónica y sus efectos en el funcionamiento cognoscitivo. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 97-113.
- Tobón, F. (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Cielo*, 1-12.

ANEXO 1



MBMD

Cuadernillo

INVENTARIO CONDUCTUAL DE MILLON
PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO MÉDICO

INSTRUCCIONES

Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.

A continuación aparecen frases que describen sentimientos y actitudes que algunas veces tienen los pacientes. Lea cuidadosamente cada frase y decida si es Verdadera o Falsa en su caso. Luego marque con una «X» la casilla ☐ (V) (Verdadero) o la casilla ☐ (F) (Falso) para elegir su respuesta.

RESPONDA CON LA MAYOR SINCERIDAD Y SERIEDAD POSIBLE.

Para contestar en la hoja de respuestas utilice un lápiz con una goma de borrar. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego marque con la «X» el otro espacio.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN



1. Me siento muy tenso cuando pienso en los acontecimientos del día.
2. No soy una persona muy espiritual.
3. Me pongo extremadamente ansioso cuando no sé qué van a hacerme los médicos.
4. Soy una persona dramática.
5. A veces no recuerdo qué medicamentos debo tomar ni cuándo debo tomarlos.
6. A menudo me siento confundido con lo que me está sucediendo.
7. Ya no puedo hacer cosas que me gustaba hacer en el pasado.
8. Me he sentido triste gran parte de mi vida.
9. La idea de quedarme solo en la vida realmente me asusta.
10. A veces tomo medicamentos que les han recetado a otras personas, con la esperanza de que puedan servirme a mí.
11. Desearía que la gente me aceptara más.
12. Puedo ser muy desagradable con la gente que se lo merece.
13. Mis mejores años han quedado atrás.
14. Me siento nervioso y bajo presión, pero no sé por qué.
15. Encuentro mucho consuelo en mis creencias religiosas.
16. Me pongo a llorar cuando las cosas sin importancia van mal.
17. Me parece que, cuando conozco a un grupo de gente, enseguida encajo.
18. Me gusta seguir instrucciones y hacer lo que los demás esperan de mí.
19. La mayoría de la gente no se preocuparía demasiado si yo estuviera enfermo.
20. El instrumental médico realmente me asusta.
21. La pérdida de memoria ha sido un gran problema para mí.
22. No puedo desplazarme ni hacer las cosas tan bien como las hacía antes.
23. Quiero que el médico revise conmigo los resultados de todas mis pruebas médicas.
24. Me he dado cuenta de que esta sociedad es demasiado dura con las personas que no se amoldan.
25. Últimamente me he sentido muy solo gran parte del tiempo.
26. Pararé los pies a cualquiera que intente darme órdenes.
27. Preferiría seguir a alguien que ser yo el líder.
28. Me pongo muy ansioso cuando pienso en mis problemas de salud.
29. Me merezco muchas de las desgracias que he sufrido.
30. Pienso que las cosas van a empeorar mucho en los próximos meses.
31. No puedo cuidar de mí mismo tan bien como solía hacerlo.
32. Intento informarme todo lo que puedo sobre los tratamientos disponibles para mi enfermedad.
33. La fe y la oración siempre me ayudan a superar mis problemas.
34. Tengo mucha confianza en mí mismo.
35. Estoy intentando ser lo más sincero posible al responder a estas preguntas.
36. Me protejo no dejando que la gente sepa muchas cosas de mi vida.
37. Creo que siempre he sido una persona temerosa y reservada.

38. Si no tienes nada bueno que decir sobre ti mismo, deberías quedarte callado.
39. Haría cualquier cosa para acabar con el dolor que siento.
40. Me parece que necesito muchos consejos para hacer las cosas.
41. Si tengo que pasar por otro procedimiento médico, creo que me volveré loco.
42. Mi salud parece empeorar más rápido que la de la mayoría de las personas de mi edad.
43. La vida nunca volverá a ser igual para mí.
44. Sea como sea, ver a un médico es reconfortante.
45. Casi nunca encuentro tiempo para hacer ejercicio.
46. Me siento tan nervioso e inquieto que por la noche estoy agotado.
47. Siempre he preferido llevar una vida tranquila y poco activa.
48. Tengo la costumbre de hacer que mis problemas parezcan más graves de lo que realmente son.
49. He estado pensando seriamente en el suicidio.
50. Me gusta organizar las cosas hasta el último detalle.
51. Encuentro poco apoyo emocional en mi familia.
52. Siempre he tenido un don para el éxito.
53. He mentado a mi familia para ocultar que consumía drogas.
54. Muy pocas personas entienden realmente lo dura que es mi vida.
55. Me parece que estoy perdiendo la capacidad de concentración.
56. Responder preguntas como estas me ayuda a tener una visión más honesta de ciertos aspectos de mi vida.
57. Me mantengo alerta por si alguien intenta engañarme.
58. El dolor que siento ha hecho que pierda mi esperanza en la vida.
59. En este mundo, o pisas o te pisan.
60. Soy muy variable; mis sentimientos cambian constantemente.
61. Cuando las personas son autoritarias, generalmente hago lo contrario a lo que quieren.
62. He tenido pesadillas sobre los procedimientos médicos que tal vez tenga que soportar.
63. Me preocupa mucho que las personas de las que dependo me abandonen.
64. Yo soy mi peor enemigo.
65. A veces exagero lo mal que me encuentro.
66. Por alguna razón desconocida, de repente entro en pánico.
67. Mis emociones no parecen ser tan intensas como las del resto de la gente.
68. Me hace sentir muy incómodo que la gente sepa mis problemas.
69. El dolor físico es una gran parte de mi vida.
70. Estoy constantemente preocupado por mi salud.
71. Es bueno seguir una rutina al hacer las cosas, para evitar errores.
72. Hay alguien cercano a mí que entiende perfectamente mis sentimientos.
73. Mucha gente me respeta y me envidia.

74. El consumo de drogas ha sido algo habitual en mi vida social.
75. Creo que algo va mal en mi cabeza.
76. La mayoría de las personas que conozco acaban decepcionándome.
77. Me siento especialmente resentido cuando se me niegan las prestaciones médicas a las que sé que tengo derecho.
78. Está bien burlar la ley, siempre y cuando no la quebrantes.
79. Nunca dejo que nadie se aproveche de mí.
80. Sé que las cosas buenas no duran.
81. Puedo asumir las peores noticias sobre mi salud, no importa lo terribles que sean.
82. Tengo miedo de que pueda morirme de repente por una enfermedad.
83. Estoy perdiendo rápidamente la esperanza de recuperar algún día la salud.
84. Me aseguro de ser puntual a todas las citas con el médico.
85. Últimamente me resulta muy difícil trabajar por el dolor.
86. Encuentro muy pocas cosas en la vida que sean agradables.
87. Tengo muchos buenos amigos íntimos.
88. Siempre acabo el trabajo antes de tomarme un tiempo libre.
89. Tengo amigos que escucharán cualquier problema que tenga.
90. Todo lo que intento me resulta fácil.
91. Con mis respuestas en este cuestionario intento parecer más sano de lo que realmente estoy.
92. Mi vida siempre ha ido de mal en peor.
93. Creo que lo mejor es no confiar en nadie.
94. El dolor es la peor parte de mi enfermedad.
95. A menudo me molesta hacer lo que los demás esperan de mí.
96. Los que peor me tratan son mis amigos íntimos y mis familiares.
97. Consulto rápidamente a mi médico si tengo síntomas nuevos.
98. Me siento muy nervioso últimamente.
99. Nunca estoy solo porque Dios está conmigo.
100. Creo que soy una persona muy sociable y extravertida.
101. Siempre es mejor seguir las normas que las autoridades han hecho.
102. Muchas de mis respuestas a este cuestionario están influenciadas por mi mal humor actual.
103. A veces tomo medicamentos que les han recetado a otras personas.
104. A menudo me pongo en situaciones en las que sé que fracasaré.
105. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
106. He cruzado el Atlántico en avión más de 30 veces en el último año.
107. Mis sentimientos hacia mis familiares a menudo oscilan del amor al odio.
108. Quiero que mis médicos me expliquen con el mayor detalle posible mis problemas de salud.
109. No creo que viva tanto tiempo como debería.
110. Hago que mi vida sea peor de lo que tiene que ser.
111. Fumo alrededor de un paquete de cigarrillos al día.
112. Nunca he tenido tanto interés por el sexo como la mayoría de la gente de mi edad.

113. Estoy demasiado avergonzado para admitir mis problemas con la franqueza que debería hacerlo.
114. Puedo utilizar mi carisma para que la gente haga casi todo lo que quiero.
115. He tenido sobrepeso desde que era niño.
116. Si los medicamentos no me alivian, puedo aumentar la dosis por mi cuenta.
117. En este último año, he empeorado mucho mentalmente.
118. Creo que, con mis respuestas en este cuestionario, estoy haciendo que mi vida parezca peor de lo que realmente es.
119. Pierdo mucho tiempo dándole vueltas a las cosas.
120. Hay tantas reglas que la gente no puede hacer lo que quiere.
121. Nadie tiene por qué enterarse de mis asuntos.
122. Siempre he sentido que la mayoría de la gente no tiene un buen concepto de mí.
123. Me consideran una persona dura y nada sentimental.
124. Últimamente he salido en la portada de varias revistas.
125. Me molesta mucho que los demás me presionen.
126. Mi cuerpo me da constantemente señales preocupantes.
127. Me resulta difícil pasar el día sin tomarme unas copas.
128. Nunca pospongo una visita al médico si creo que la necesito.
129. Estar en contacto con mi yo espiritual me ayuda a hacer frente a las cargas de la vida.
130. A menudo me siento triste y rechazado.
131. Me pongo como loco cuando mis problemas de salud empeoran.
132. Me estoy guardando cosas al responder a muchas de estas preguntas.
133. Tengo derecho a estar de baja por enfermedad todos los días que quiera.
134. Preferiría no saber los detalles de cualquier enfermedad que pudiera tener.
135. Me pongo muy irritable si en las últimas horas no he tomado un café.
136. Mi calidad de vida ha empeorado mucho por mi enfermedad.
137. Últimamente pocas veces me siento alegre.
138. Generalmente hago lo que quiero sin preocuparme por cómo afecta a los demás.
139. Hago dietas con efecto rebote; subo y bajo de peso constantemente.
140. A menudo me duele tanto la cabeza que he de dejar de trabajar durante un rato.
141. Este mundo es muy solitario.
142. He intentado dejar de fumar muchas veces, pero siempre vuelvo a fumar.
143. Cambiaría mi estilo de vida por consejo de mi médico.
144. Sin Dios en mi vida, nunca podría superar una enfermedad grave.
145. Pienso en mi dolor constantemente.
146. Siempre como demasiado cuando estoy deprimido o estresado.
147. Parece que mi futuro estará lleno de problemas y sufrimiento.
148. Está bien aprovecharse de lo que no está claramente definido por la ley.
149. He intentado hacer ejercicio, pero no consigo ser constante.

- | | |
|---|--|
| 150. Soy incapaz de organizar mi vida de la manera que quiero. | 158. Mi enfermedad ha hecho que las tareas cotidianas me resulten mucho más difíciles. |
| 151. Últimamente, algunos de mis familiares se han quejado de que bebo mucho alcohol. | 159. Sé que debería empezar a hacer ejercicio, pero no lo consigo. |
| 152. Realmente no entiendo los sentimientos como los demás. | 160. No puedo contar con nadie que me ayude cuando estoy enfermo. |
| 153. Necesito mucha cafeína para pasar el día. | 161. Me siento muy deprimido. |
| 154. Casi siempre pongo las necesidades de los demás antes que las mías. | 162. Soy una persona muy emotiva. |
| 155. A menudo me siento agobiado por responsabilidades de poca importancia. | 163. Me gusta coquetear con otras personas. |
| 156. He perdido el interés por cosas que solían gustarme. | 164. Estoy irritable si paso mucho tiempo sin fumar. |
| 157. Ahora necesito seguir rutinas para no confundirme. | 165. No tengo unas profundas creencias religiosas. |

ANEXO 2

Consentimiento informado

En el día..... del mes de.....del año
Yo..... con número de cédula.....,
por voluntad propia doy consentimiento para la realización de la toma del test MBMD, por parte del Sr. Augusto Ramírez (1721816393), estudiante de la Universidad Internacional SEK – Facultad de Ciencias del Comportamiento Humano y Trabajo, perteneciente a la Carrera de Psicología Clínica, para realizar la investigación de fin de carrera, descrita como: "Evaluación del estado de salud mental en pacientes con insuficiencia renal crónica en el centro de Hemodiálisis San Rafael".

Manifiesto que me fue notificado de una forma clara y completa sobre el proceso de evaluación. Toda información recolectada será confidencial y con fines académicos.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

Firma del participante

Firma del investigador

Teléfono: