



I POSGRADOS I

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

RPC-SO-30No.504-2019

OPCIÓN DE
TITULACION:

INFORMES DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR
PSICOLÓGICO Y EL ESTADO COGNITIVO DE LOS
PACIENTES QUE PRESENTAN ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA TERMINAL Y ACUDEN A TERAPIA DE
HEMODIÁLISIS EN DIÁLITICA UNIDAD RENAL,
PERÍODO MARZO-SEPTIEMBRE 2020

AUTOR:

GABRIELA DEL CISNE LEON HERRERA

DIRECTOR:

DIANA CAROLINA ZUÑIGA ORTEGA

CUENCA-ECUADOR
2021

Autor/a:***Gabriela del Cisne León Herrera***

Psicóloga Clínica

Candidata a Magíster en Psicología, Mención Intervención Psicosocial y Comunitaria por la Universidad Politécnica Salesiana-Sede Cuenca.

gabbyleon.04@gmail.com

Dirigido por:***Diana Carolina Zúñiga Ortega***

Licenciada en Psicología del Trabajo

Especialista en Diagnóstico Intelectual

Magister en Desarrollo de la Inteligencia y la Educación

dzuniga@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS

©2021 Universidad Politécnica Salesiana.

CUENCA – ECUADOR – SUDAMÉRICA

LEÓN HERRERA GABRIELA DEL CISNE

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y EL ESTADO COGNITIVO DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL Y ACUDEN A TERAPIA DE HEMODIÁLISIS EN DIÁLITICA UNIDAD RENAL, PERÍODO MARZO-SEPTIEMBRE 2020

Dedicatoria

El presente trabajo dedico a mis abuelitos Eduardo y Mireya, molde, modelo y ejemplo en mi vida, quienes han sido el pilar fundamental para el logro de cada uno de mis sueños y con sabiduría, han aportado a mi crecimiento integral, dejando un gran legado de valores, principios, esfuerzo y perseverancia.

Agradecimiento

Agradezco a mi Padre Dios por ser mi luz y guía en toda esta etapa de mi vida, gracias a Él, hoy puedo sentirme realizada y completa.

A mi familia, por su cuidado y apoyo incondicional a pesar de la distancia, siempre estar presentes con sus cálidas palabras de aliento y fortaleza.

A todo el personal sanitario y cada uno de los pacientes que integran la Unidad de Diálisis: Diáltica en la ciudad de Loja, por su decidida lucha para vivir, son ejemplo de constancia y tenacidad.

A mi tutora Carolina Zúñiga, por su paciencia, apoyo y sabiduría para enseñar, sus conocimientos han aportado en gran manera a mi crecimiento como profesional.

Resumen

Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) terminal en tratamiento de hemodiálisis, enfrentan cambios que alteran su bienestar biopsicosocial y la calidad de vida. Esto sustenta la razón por la cual el paciente renal debe ser valorado desde una perspectiva multidimensional, lo cual motivó a realizar el presente estudio; con el objetivo de determinar la relación entre el bienestar psicológico y el estado cognitivo de los pacientes que presentan enfermedad renal crónica terminal y acuden a terapia de hemodiálisis en Diálitica Unidad Renal. El tipo de muestreo utilizado fue no probalístico por conveniencia. Participaron 50 pacientes adultos con ERC en terapia de hemodiálisis permanente, entre ellos 26 hombres (52%) y 24 mujeres (48%). Los instrumentos empleados fueron la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff, en la adaptación de Díaz et al. (2006) y el test Neuropsi (2012). Los resultados indicaron que, en el bienestar psicológico de los pacientes, cinco de las seis dimensiones muestran un nivel regular de bienestar, mientras que la dimensión de relaciones positivas fue la más débil, presentando bajas condiciones de bienestar. En cuanto al estado cognitivo se encontró que el 40% de los pacientes presentan alteración en las áreas de atención y funciones ejecutivas y la mitad de ellos padecen alteraciones en la memoria situándose entre los niveles leve y severo. Finalmente se encontró que entre el bienestar psicológico y el estado cognitivo existe una correlación significativa donde el funcionamiento ejecutivo se relacionó positivamente en una intensidad moderada con las dimensiones de autoaceptación, autonomía y propósito en la vida.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, hemodiálisis, bienestar psicológico, estado cognitivo.

Abstract

Patients with chronic kidney failure on hemodialysis treatment (CKD), face changes that alter their biopsychosocial well-being and quality of life. This is the reason why the patient must be evaluated from a multidimensional perspective, which inspired to carry out the present study, in order to determine the relationship between psychological well-being and cognitive state of patients suffering from this disease and who attend hemodialysis therapy in Dialytic Renal Unit. The type of sampling used was non-probabilistic for convenience. Fifty adult patients with CKD participated in permanent hemodialysis therapy including 26 men (52%) and 24 women (48%). The instruments used were the Carol Ryff psychological well-being scale in the adaptation of Díaz et al. (2006) and the Neuropsi test (2012). Regarding the psychological well-being of the patients, five of the six dimensions show a regular level of well-being, while the dimension of positive relationships was the weakest, presenting low well-being conditions. Regarding the cognitive state, 40% of the patients present alteration in the areas of attention and executive functions, and half of them suffer from memory disturbances between mild and severe levels. Finally it was possible to find out that there is a significant correlation between psychological well-being and cognitive state, where executive functioning was positively related in a moderate intensity with the dimensions of self-acceptance, autonomy and purpose in life.

Keywords: Chronic kidney failure, hemodialysis, psychological well-being, cognitive state.

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Determinación del Problema.....	3
1. Fundamentación Teórica	5
1.1. RESEÑA HISTÓRICA DE DÍALTICA UNIDAD RENAL	5
1.2. ABORDAJE TEÓRICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	6
1.2.1. Factores predisponentes de la Enfermedad Renal Crónica.....	8
1.2.2. Manifestaciones Clínicas	8
1.2.3. Diagnóstico	9
1.2.4. Tratamiento: Terapia de Sustitución Renal.....	9
1.3. BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	11
1.3.1. Modelo de Carol Ryff	12
1.3.2. Modelo de Bienestar Psicológico de Carol Ryff.....	13
1.3.3. Bienestar Psicológico y Estado Cognitivo en la ERC	13
1.4. PROCESOS COGNITIVOS.....	14
1.4.1. Enfermedad Renal Crónica y Estado Cognitivo	15
1.4.2. Desórdenes Neurocognitivos en la Enfermedad Renal Crónica	16
1.5. TEORÍAS QUE APORTAN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESTADO COGNITIVO.....	16
1.5.1. La Psicología Positiva como Postulado Teórico.....	16
1.5.2. Perspectiva Eudemonista como Postulado Teórico	16
1.5.3. Teorías Clásicas del Desarrollo Cognitivo	17
1.6. ESTUDIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, DETERIORO COGNITIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO	18
2. Objetivos.....	20
2.1. OBJETIVO GENERAL	20
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3. Metodología.....	21
3.1. ENFOQUE	21
3.2. MÉTODO	21
3.3. DISEÑO	21
3.4. MUESTRA / PARTICIPANTES /SUJETOS/BASE DE DATOS	22
3.5. INSTRUMENTOS	24
3.5.1. Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff en la adaptación de Darío Díaz	24
3.5.2. Evaluación Neuropsicológica Neuropsi.....	25
4. Análisis de Resultados	26
4.1. PARTICIPANTES.....	26

4.2. RESULTADOS	27
4.2.1. Identificación del Estado de Bienestar Psicológico en el que se encuentran los pacientes que presentan Enfermedad Renal Crónica Terminal	27
4.2.2. Valoración del Estado Cognitivo en los Pacientes con ERC terminal	29
4.2.3. Correlación del Estado de Bienestar Psicológico y el Estado Cognitivo de los pacientes con ERC terminal.	31
5. Discusión	33
6. Conclusiones.....	40
7. Referencias	43
8. Apéndice/anexos.....	52

Lista de Tablas

Tabla 1. Etapas de la enfermedad renal crónica	7
Tabla 2. Caracterización de los participantes	27
Tabla 3. Relación entre: edad, nivel de instrucción y situación económica con el bienestar psicológico y el funcionamiento cognitivo.	31
Tabla 4. Relación entre bienestar psicológico y funcionamiento ejecutivo, controlando la edad, nivel de instrucción y nivel socioeconómico	32

Lista de Figuras

Figura 1. Manifestaciones clínicas de la ERC	9
Figura 2. Dimensiones del bienestar psicológico	13
Figura 3. Facultades cognitivas básicas	15
Figura 4. Teorías clásicas del desarrollo cognitivo.....	17
Figura 5. Dimensiones de bienestar psicológico.....	28
Figura 6. Índices generales de funcionamiento cognitivo	29
Figura 7. Clasificación del funcionamiento cognitivo.....	30

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), representa actualmente una de las principales causas de muerte, sin importar género, estatus social o edad, su etiología es múltiple e incluye un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan a la estructura y función renal, entre ellas con alta prevalencia, están diabetes mellitus e hipertensión arterial (Luyckx et al., 2018).

Jhonson (2017) define a la ERC como un deterioro irreversible del funcionamiento renal, este daño progresivo degenera los riñones e impide la eliminación de desechos ácidos y toxinas producidas por las células del cuerpo, provocando un desequilibrio en la producción de agua y sales minerales. Las personas que padecen esta enfermedad, deben someterse a una terapia de sustitución renal permanente llamada hemodiálisis, la misma que causa un daño integral e implica un cambio en la rutina de vida, la cual involucra componentes emocionales, psicológicos, afectivos, sociales, cognitivos y en la salud (Morales, 2019).

Por lo tanto, se observa un panorama con una realidad donde las personas con ERC que se encuentran en terapia de reemplazo renal emergente, dependen de un tratamiento que sustrae la mayor parte de su tiempo, sometiéndolos a la conexión de una máquina por cuatro horas, tres veces a la semana. Evidentemente esto afecta a todas las áreas de la persona, limitando su actividad física, desempeño laboral o académico, de la misma forma, se altera su estado de ánimo y la percepción sobre el mundo cambia, se generan problemas económicos, a nivel familiar, experimentando miedo al abandono o a la dependencia total de su familia y cuidador (Granda & Rivera, 2019).

En este contexto nace el interés y la necesidad de relacionar los factores que involucran el bienestar psicológico con el estado cognitivo de estos pacientes, buscando ampliar y mejorar la

visión de los mismos, por ende los resultados también serán un aporte académico, cuyos datos apoyarán a la discusión del modelo de bienestar psicológico creado por Carol Ryff, en la adaptación de Díaz et al. (2006) incluyendo a dimensiones psicológicas sociales y subjetivas para un afrontamiento positivo de la ERC.

Además el implementar nuevos conocimientos en terapia de hemodiálisis y su implicación en la calidad de vida de los enfermos renales, facilitará posteriormente un correcto acompañamiento que fortalezca la salud integral del paciente, estabilizando principalmente su área psicológica y cognitiva. Siendo así, todas las personas obtendrán beneficios al recibir pautas sobre la manera de adaptarse a un nuevo estilo de vida, integrándolos a la sociedad como personas útiles y productivas, reduciendo de esta forma su morbi-mortalidad.

Finalmente, ante lo expuesto se vuelve indispensable el aporte a los equipos sanitarios que conforman las casas de salud, con la implementación de protocolos determinados, para la detección temprana de alteraciones en el estado cognitivo de estas personas, estableciendo pautas de cuidado humanizadas, apoyadas en el respeto y desarrollo de habilidades, que disminuyan emociones negativas o pensamientos de desesperanza en los individuos que presentan ERC.

Determinación del Problema

En el mundo, cerca de 850 millones de personas sufren ERC, la misma que es responsable de 2,4 millones de muertes anualmente. Es considerada una de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor prevalencia, representa un 10% de la población, se estima que cerca de 350.000 personas que atraviesan esta enfermedad, están incluidos dentro de una terapia renal sustitutiva (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2018).

En España, dentro del presupuesto del Ministerio Nacional de Salud, se considera que la terapia de reemplazo renal ocupa del 2.5% al 3% y la atención especializada un 4%, lo cual excede a un tratamiento con infección por VIH y al tratamiento por enfermedades respiratorias (Sosa & Luviano, 2018).

En Ecuador día a día aumenta el número de enfermos renales crónicos que inician un programa de diálisis, se estima que cerca de 10.000 personas, representan 660 casos por cada millón de ecuatorianos, se encuentran en algún tratamiento de sustitución renal, ya sea hemodiálisis o diálisis peritoneal, el género masculino, muestra una mayor prevalencia de la enfermedad, con una tasa de letalidad de 7 por cada 100 egresos hospitalarios. Los pacientes sufren un impacto emocional, ya que se encuentran inmersos en un tratamiento no curativo y altamente invasivo, convirtiéndose este en un problema crónico y de salud pública (Heredia, 2019).

Diversos son los factores que influyen en el estado cognitivo, la estabilidad emocional, personal y familiar de quienes comienzan un tratamiento de reemplazo renal en la ERC. Este proceso de cambios en el organismo del enfermo, involucra componentes afectivos y psicológicos, en base a esto, algunos estudios mencionan que la magnitud del impacto en el estilo de vida de quien padece la enfermedad, genera consecuencias a largo plazo, que podrían afectar al cerebro, provocando déficit cognitivo y discapacidad (Barreras et al., 2017, p. 14).

Otros autores relacionan al bienestar psicológico con la salud percibida por los pacientes, afirmando que este elemento es indispensable para una correcta adaptación al tratamiento. Por esta razón, un óptimo estado de bienestar psicológico y cognitivo en estos individuos, representa un factor protector para el desarrollo de su enfermedad, a través del fortalecimiento de los mismos, se potenciarían su autonomía y habilidades sociales, mientras que se podría prevenir trastornos del humor afectivo, de adaptación, así como también alteraciones neurológicas (Rombay et al., 2020, p. 129).

Con referencia a lo anterior, han surgido algunas preguntas para el presente trabajo de investigación:

- a) ¿Cómo se encuentra el estado de bienestar psicológico de los pacientes que padecen ERC?
- b) ¿Cuál es el estado cognitivo que muestran las personas con ERC?
- c) ¿Cuál es la relación existente del estado de bienestar psicológico con el estado cognitivo de las personas que presentan ERC?

1. Fundamentación Teórica

1.1. Reseña Histórica de Diálisis Unidad Renal

Diálisis Unidad Renal, representa un organismo de salud privado; constituido legalmente y en la actualidad bajo la responsabilidad de una persona natural, la Doctora Janeth Coello Fernández. Su apertura fue el 1 de septiembre del año 2005, planteándose como principal objetivo la atención a pacientes que demandan terapia de reemplazo renal. Hoy en día, sus funciones están legalmente autorizadas y controladas por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, por el Cuerpo de Bomberos y Municipio de Loja; adicional a esto, cuenta con derivaciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad de la Policía Nacional, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador y la Red Pública Integral de Salud, además presenta la acreditación del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el licenciamiento de la Agencia de Calidad de Servicios de Salud.

La misión de Diálisis Unidad Renal es ofrecer un servicio de salud, enfocado en la calidad para cubrir la demanda de pacientes que requieren terapia renal sustitutiva dentro de la ciudad de Loja; para ello se ha equipado con tecnología de vanguardia, personal comprometido y especializado, que ha permitido que la misión de la institución sea alcanzada. A futuro, esta casa de salud se ha propuesto brindar atención de calidad y calidez a los pacientes como una organización modelo, con bases científicas, tecnológicas y una infraestructura adecuada.

Con lo expuesto anteriormente, el presente trabajo se basa en el estudio del bienestar psicológico y estado cognitivo de los pacientes que presentan enfermedad renal crónica terminal y acuden a terapia de hemodiálisis permanente, para lo cual se llevará a cabo un abordaje integral planteado de la siguiente manera; primeramente, se detallará los fundamentos teóricos tales como:

enfermedad renal crónica incluyendo sus manifestaciones clínicas y factores de riesgo, terapia de hemodiálisis, adaptación española del modelo de bienestar psicológico de Carol Ryff de Díaz et al. (2006), estado cognitivo, teorías y postulados afines con el bienestar psicológico y cognición. A continuación, se señalará la metodología de trabajo empleada, detallando la muestra, el tipo y diseño de investigación; de igual manera se describirán las técnicas y materiales empleados en la recolección de datos. Finalmente, se expondrán los resultados obtenidos en conjunto con su respectiva discusión para dar paso a la descripción de las conclusiones, limitaciones y líneas futuras de investigación.

1.2. Abordaje Teórico de la Enfermedad Renal Crónica

La definición de ERC, incluye una variabilidad de expresiones clínicas, que se deben a su etiopatogenia, nivel de afectación en la estructura del riñón y el grado de progreso de la enfermedad. Cuando los riñones tienen una tasa de filtrado glomerular inferior a $60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, se habla de una alteración en su funcionamiento: depurador, endócrino y regulador del equilibrio ácido-básico. Si esta tiene una duración de al menos tres meses, ha avanzado a su fase mayor, presentándose un síndrome urémico y desarrollando ERC terminal (Ikizler et al., 2020).

En la actualidad, la ERC afecta al 10% de la población mundial, una de cada 10 personas se encuentra en algún estadio de la enfermedad. Esta patología es considerada como un problema de salud pública, debido al incremento de casos, sus altos costos de inversión, infraestructura limitada y escasos recursos humanos, ocupa el lugar 12 en el rango de enfermedades crónicas que representan una causa de mortalidad. Se presenta de manera silenciosa, relacionada con comorbilidades (diabetes e hipertensión) que agudizan su evolución, por esta razón, en la etapa terminal, es necesaria la activación de terapias de reemplazo renal, la más común se denomina hemodiálisis (Hernández et al., 2019, p. 147).

Méndez & Rivera (2017) mencionan que el diagnóstico de ERC puede “determinarse directamente, mediante un examen de biopsia a los riñones, donde se observan alteraciones en la composición y estructura de los tejidos e indirectamente a través del marcador albuminaria, que muestra disfunción vascular en el órgano, ocasionando sedimento urinario” (p. 62).

La ERC, llega a denominarse terminal (ERT) cuando se ubica en el quinto estadio de evolución de la enfermedad, esto sucede debido a que los riñones han perdido la capacidad de filtración y eliminación de toxinas, por ende las necesidades del organismo, ya no son atendidas (Hockenberry et al., 2019).

Esta patología, en base a la cifra de filtrado glomerular, puede situarse en cinco etapas, que indican el grado de funcionamiento renal, que va desde normal hasta pérdida completa del mismo. En la tabla 1, se puede observar las etapas de la enfermedad renal crónica, según la cantidad de sangre que filtran los riñones por minuto (Rozman, 2016).

Tabla 1

Etapas de la Enfermedad Renal Crónica

Etapas de la ERC	Filtrado Glomerular	Descripción
Etapa 1	Mayor a 90	Generalmente sin síntomas
Etapa 2	De 70 a 90	Levemente disminuido
Etapa 3	De 31 a 69	Disminución moderada con evidencia de daño renal
Etapa 4	De 16 a 30	Disminución severa del filtrado glomerular
Etapa 5	Inferior a 15	Fallo permanente renal, necesita diálisis

Fuente: Datos tomados de Rozman (2016)

1.2.1. Factores predisponentes de la Enfermedad Renal Crónica

Existen circunstancias de riesgo que favorecen la aparición de ERC, las cuales aceleran su evolución y prescriben un diagnóstico desfavorable, sus características son:

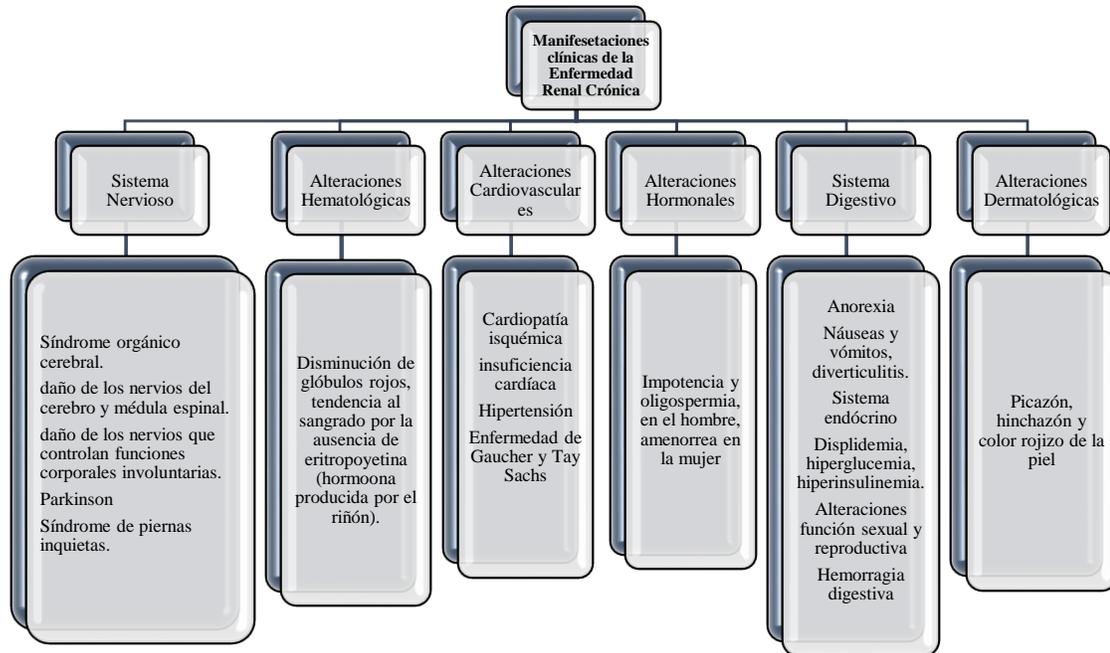
- Incrementan la posibilidad de presentar ERC, llamadas susceptibles
- Marcan el punto de partida de la enfermedad, conocidas como iniciadores
- Aceleran el daño del funcionamiento renal, son de progresión

Estas características corresponden a ciertos factores predisponentes, que pueden a su vez ser modificables, entre ellos están: consumo excesivo de tabaco, colesterol y triglicéridos elevados, diabetes mellitus e hipertensión (Torres et al., 2017, p. 283).

También intervienen en el desarrollo de ERC, factores como: edad avanzada, etnia, escasos recursos económicos, exposición a fármacos antiinflamatorios, genética, bajo peso al nacer, enfermedad cardiovascular, albuminaria, obesidad o síndrome metabólico (Chapman et al., 2017).

1.2.2. Manifestaciones clínicas

Cuando los riñones muestran una tasa de filtrado glomerular (TFG) menor que 30 ml/min, aparecen una serie de síntomas que más adelante forman el llamado síndrome urémico: anorexia, náuseas, déficit de concentración, astenia, retención de líquidos con edemas y dificultad para conciliar el sueño, estos son inespecíficos ya que pueden presentarse en otra enfermedad intercurrente. Referente a esto, la figura 1 describe los principales signos y síntomas que se manifiestan en la ERC, los cuales evolucionan lentamente, disminuyendo la TGF hasta 10 ml/min, llegando de esta manera a la etapa terminal de la enfermedad (Barberena et al., 2016).

Figura 1*Manifestaciones Clínicas de la ERC*

Fuente: Adaptado de Lewis et al. (2018)

1.2.3. *Diagnóstico*

La enfermedad renal crónica se diagnostica mediante una muestra sanguínea, que evalúa el trabajo de los riñones en función de su capacidad de filtrado de sangre a través de la tasa de filtrado glomerular, asimismo se realiza una prueba de orina para detectar la presencia de albúmina (Bravo et al., 2020).

1.2.4. *Tratamiento: Terapia de Sustitución Renal*

Valdenebro et al. (2020) mencionan que el tratamiento para la ERT, incluye un conjunto de terapias extracorpóreas que purifican la sangre, eliminan el exceso de agua y toxinas en el organismo, estas reemplazan la actividad de filtrado renal. Tienen cuatro modalidades de uso ante

diversas enfermedades y escenarios clínicos, la terapia de sustitución renal más usada es la hemodiálisis.

El número de personas que reciben terapia de reemplazo renal varía cada año entre países, su medida llega cerca de un millón de pacientes, su costo es muy alto, con un largo período de duración. La combinación de factores de incidencia y prevalencia de enfermedades pueden conducir a un estadio terminal dentro de la ERC (Lopera, 2016).

1.2.4.1. Hemodiálisis.

Es un tratamiento sustitutivo renal, que cumple con la función de eliminar artificialmente las toxinas o el exceso de líquidos retenidos a causa de la enfermedad, tiene una duración de 4 horas y se debe llevar a cabo 3 veces por semana. Es un proceso mediante el cual la sangre extraída, es transportada por un filtro que la purifica, para que pueda ingresar limpia al organismo, esto se efectúa por medio de un acceso vascular, llamado fístula o catéter, los mismos que facilitan y permiten la circulación de un gran flujo sanguíneo (Segura et al., 2021, p. 213).

La hemodiálisis se realiza únicamente cuando el paciente se encuentra en la etapa V de la ERC, en el dializador se coloca una membrana protectora que contiene un líquido característico, el cual controla la presión arterial y equilibra ciertos minerales que son de gran importancia en la sangre como el calcio, sodio y potasio (Moore et al., 2018).

El promedio de vida de los pacientes en terapia de hemodiálisis es de 5 a 10 años, dependiendo de la edad en la que inicien el tratamiento, además las enfermedades cardiovasculares e infecciones son las causas más frecuentes de mortalidad en pacientes con ERC terminal (Periz et al., 2013).

1.2.4.2. Características Psicológicas del Paciente en Hemodiálisis.

Existe un impacto en la condición de salud-enfermedad del paciente hemodializado; en sus inicios, la terapia de sustitución renal produce ciertos cambios físicos en el individuo, como disminución de peso, afectaciones cutáneas vinculadas a sequedad y picor excesivo, dolores musculares específicamente en la región lumbar, estos cambios provocan un deterioro en el bienestar psicológico y calidad de vida del paciente, expresado en emociones negativas, que ponen en evidencia la falta de aceptación de su enfermedad, hostilidad, culpa, frustración, por lo que tienden a desarrollar trastornos del humor afectivo, los más prevalentes depresión y ansiedad. También los pacientes se excluyen o aíslan del tejido social, mostrando recursos personales insuficientes (Salas & Fernández, 2019).

La ERT y el tratamiento de hemodiálisis, describen un proceso de transición en la vida de quien padece la enfermedad, alterando sus patrones de comportamiento que implican un compromiso biopsicosocial y agravan su estado cognitivo, afectivo o emocional, por esta razón se torna indispensable, el abordaje integral de esta patología, priorizando la afectación orgánica, seguido de la percepción y el afrontamiento del paciente hacia su nuevo estilo de vida, por ello a continuación se describe un modelo propicio para la intervención en las áreas psicológica y emocional de estos pacientes.

1.3. Bienestar Psicológico

Gaxiola & Palomar (2016) afirman que el “bienestar psicológico está formado por el conjunto de experiencias personales construidas a lo largo de la vida, las cuales han sido percibidas de manera positiva e involucran varios aspectos del desarrollo psicoevolutivo” (p. 13). Se

caracteriza por un crecimiento personal e integral, donde los individuos desarrollan la capacidad de relacionarse de manera productiva y efectiva con ellos mismos y también con su entorno.

Muratori et al. (2015) consideraron que el bienestar psicológico se refleja en “el valor positivo que cada persona otorga a su estilo de vida actual” (p. 16). En un inicio, algunos autores como Ryan & Deci (2001) plantearon dos teorías para definir al bienestar, la primera denominada teoría hedónica, estuvo relacionada directamente a la expresión de felicidad y la segunda, la teoría eudemónica, orientada a desarrollar el potencial de las personas. Años más tarde Keyes et al. (2002) ampliaron esta definición, proponiendo los términos: bienestar subjetivo y bienestar psicológico, ambas construcciones teóricas mantienen estrecha relación y aportan al correcto funcionamiento psicológico del individuo.

1.3.1. Modelo de Carol Ryff

Ryff (1989) fue la pionera en proponer un modelo multifacético, tomó como base los principios de la teoría de motivación instaurada por Maslow (1943), vinculando específicamente las necesidades de competencia y autonomía a ciertos indicadores de funcionamiento, relacionados con el bienestar humano, que comprendían factores sociales, subjetivos y psicológicos, los cuales posteriormente; consolidó en seis dimensiones destinadas a evaluar el positivo – negativo del bienestar psicológico y junto a un modelo pertinente, que plantee objetivos acorde con los intereses de las personas, generarían un estado psicológico saludable con elevados niveles de bienestar (Díaz et al., 2006).

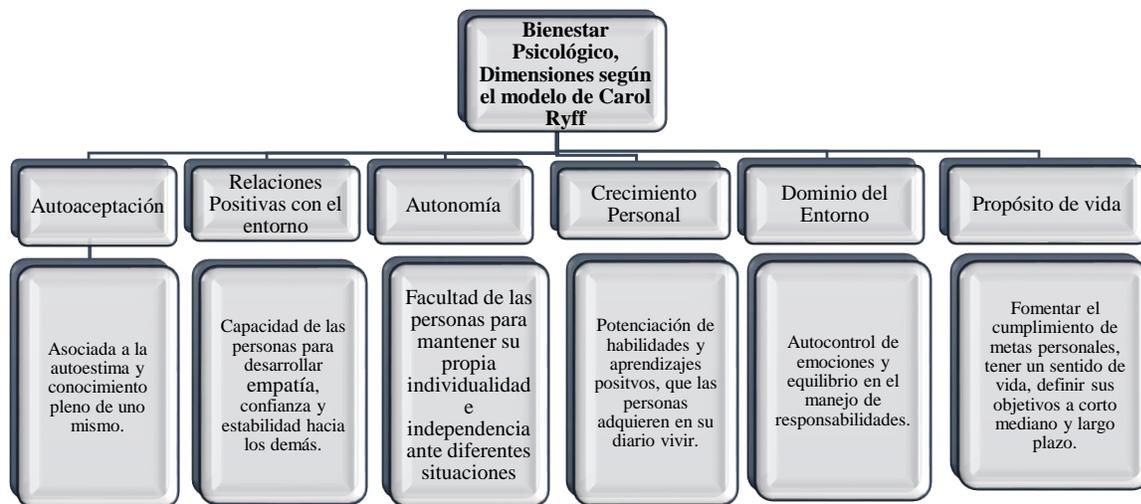
Para Díaz et al. (2006), el bienestar psicológico implica una satisfactoria aceptación de la calidad de vida de los individuos, da prioridad a emociones positivas antes que a la insatisfacción que puedan sentir las personas sobre su existencia. Consecuente con esto, los autores desarrollaron

una adaptación de la escala de bienestar psicológico, donde se planteó un nuevo modelo teórico, tal y como se puede observar en la figura 2, el mismo que se ajusta a la versión original y conserva las seis dimensiones diseñadas por Ryff, la cual ha logrado una mejora en su consistencia interna.

1.3.2. *Modelo de Bienestar Psicológico de Carol Ryff*

Figura 2

Dimensiones del Bienestar Psicológico



Fuente: Adaptado de De Juanas et al. (2013)

1.3.3. *Bienestar Psicológico y Estado Cognitivo en la ERC*

Una dimensión cognitiva y afectiva, también constituyen al bienestar psicológico, estas comparten conocimientos que engloban un espectro de experiencias que pueden transcurrir, desde la angustia hasta el éxtasis (Ramos & Merino, 2019).

En virtud de ello, es importante destacar la relación existente entre cognición y estado emocional, a la hora en que las personas hacen una valoración de sí mismos, el componente

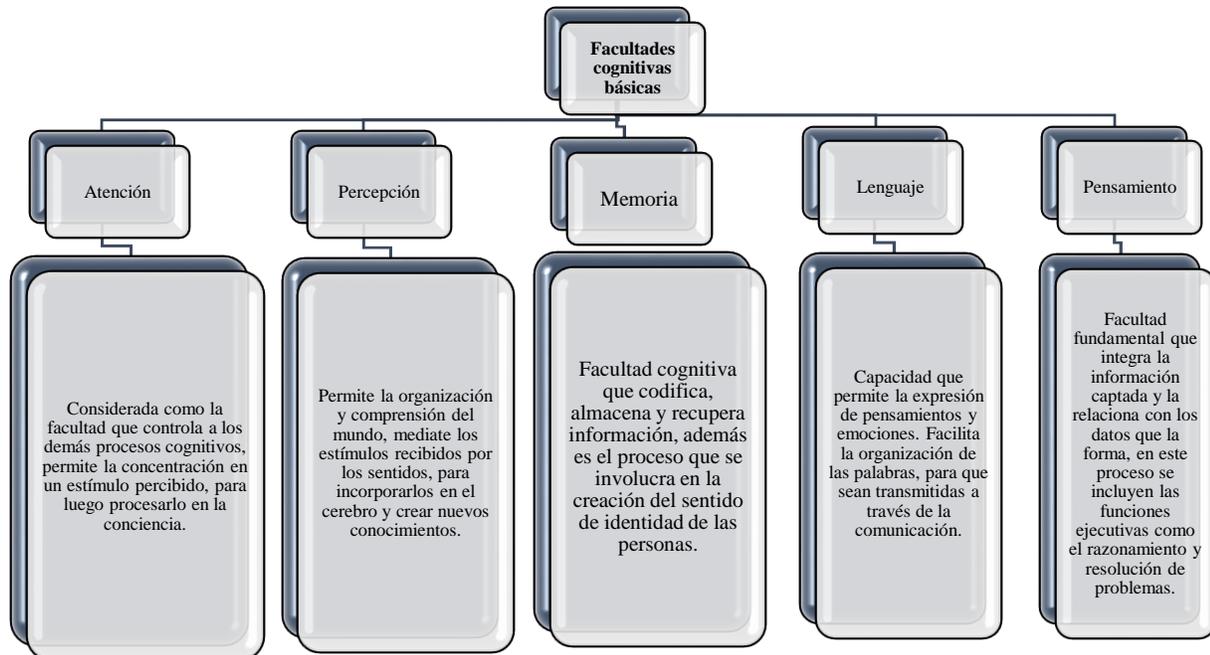
afectivo y cognitivo mantienen una labor en conjunto, ya que, a través de la percepción, los individuos pueden adaptar condiciones emocionales positivas para su desarrollo integral, por esta razón se relaciona al bienestar psicológico con la creación de estima y valoración positiva con respecto a su propia vida (Melamed, 2016).

Por consiguiente, la ERC terminal bajo tratamiento, con terapia de hemodiálisis, impacta cognitiva y afectivamente al paciente, limitando su óptimo funcionamiento físico, social, emocional y alterando su estilo de vida, por este motivo, a continuación, se detalla la importancia del estado cognitivo en las personas que presentan esta patología (Costa et al., 2016).

1.4. Procesos Cognitivos

Los procesos cognitivos se definen como un sistema que construye y procesa información, permitiendo la interacción del ser humano, con el medio que le rodea. Este sistema incluye facultades mentales como memoria, atención, lenguaje, percepción y pensamiento (considerado como un proceso complejo), los cuales trabajan en conjunto, para incorporar nuevos conocimientos, que son percibidos por los sentidos, este procesamiento de información, favorece el desarrollo intelectual, se involucra en la toma de decisiones e influye en la conducta del ser (Osorio, 2020).

Por consiguiente, en la figura 3 se exponen las facultades mentales, que operan en las representaciones perceptivas, derivadas de experiencias adquiridas diariamente por los seres humanos.

Figura 3*Facultades cognitivas básicas*

Fuente: Adaptado de Shatil, (2013)

1.4.1. Enfermedad Renal Crónica y Estado Cognitivo

Existe una posibilidad no excluyente, de que ciertos factores de riesgo en la ERC como enfermedades sistémicas y cardiovasculares, afecten directamente al cerebro y riñones, desarrollando déficit cognitivo y discapacidad. Esta enfermedad se asocia a disfunciones del sistema nervioso central, asimismo los pacientes inmersos en terapia de hemodiálisis permanente, tienden a presentar alteraciones cognitivas como demencia, desequilibrio dialítico, fallo en la memoria, dificultad en la marcha y un elevado riesgo de accidente cerebrovascular (Castellano et al., 2020).

1.4.2. Desórdenes Neurocognitivos en la Enfermedad Renal Crónica

Los trastornos neurocognitivos se presentan en etapas iniciales en la ERC, las personas tienden a padecer alteraciones en la atención y trastornos del humor afectivos, mientras el fallo renal sea mayor, se verán afectadas la orientación, memoria, razonamiento, formulación de conceptos y funciones ejecutivas (Zapata et al., 2020).

El síndrome de desequilibrio dialítico, es un trastorno neurocognitivo, que puede ocurrir durante o después de la terapia de hemodiálisis, presenta signos y síntomas agudos, que se caracterizan por retraso en la marcha, discapacidad intelectual, falta de control muscular y dificultades en el habla (Rosado et al., 2019).

1.5. Teorías que Aportan con el Bienestar Psicológico y Estado Cognitivo

1.5.1. La Psicología Positiva como Postulado Teórico

La psicología positiva tiene su aparición como un término desarrollado por Seligman & Maier (1967) cuyo objetivo se centra en la comprensión de los procesos envueltos en las cualidades, experiencias y emociones positivas de los individuos; tales como el optimismo, la esperanza, la perseverancia, el valor, entre otras; siendo su fin mejorar la calidad de vida y bienestar del ser humano, reduciendo la incidencia de problemas mentales. Todo esto siempre enfocado en una metodología e investigación científica minuciosa (Domínguez & Ibarra, 2017).

1.5.2. Perspectiva Eudemonista como Postulado Teórico

Las teorías del enfoque eudemonista proponen que del total de resultados que un ser humano pueda percibir, no todos mostrarán bienestar al ser alcanzados; y aunque el resultado anhelado se logre, es decir, llegue a producir satisfacción, no da garantía que se generará un estado

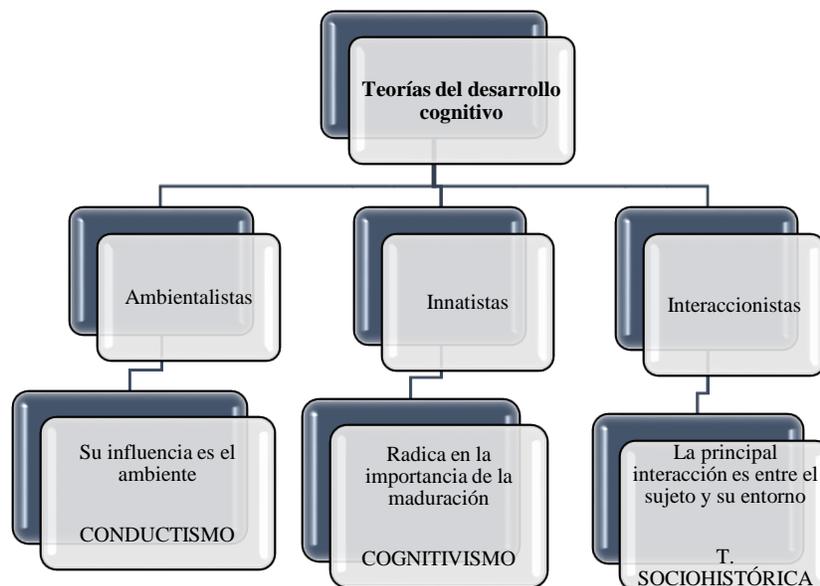
de bienestar favorable. De este modo, la teoría eudemonista ocurre de manera efectiva cuando las actividades cotidianas están en sintonía o corresponden con la valía íntima propia. A cerca del bienestar psicológico, detalla el concepto del potencial individual, su actualización y como obtenerlo; esto tomando en cuenta tres necesidades básicas implícitas a estas cuestiones: relaciones con los demás, autonomía y competencia (Estrada, 2020).

1.5.3. Teorías Clásicas del Desarrollo Cognitivo

A continuación, se expone en la figura 4 los aportes más relevantes de las teorías principales del desarrollo cognitivo, mismas que involucran funciones únicas de cada persona que integra a su mente a través del aprendizaje y la experiencia.

Figura 4

Teorías clásicas del desarrollo cognitivo



Fuente: Adaptado de Flórez et al. (2016)

1.6. Estudios de Enfermedad Renal Crónica, Deterioro Cognitivo y Bienestar Psicológico

Referente al bienestar psicológico, se evidencian diversos estudios que confirman la presencia de trastornos del humor afectivo, ciertos factores de riesgo de la terapia renal sustitutiva, traen consecuencias que afectan a la salud emocional de quienes presentan la enfermedad. Referente a esto, un estudio en Estados Unidos, con personas en terapia de hemodiálisis, identificó que la depresión representa una causa de mortalidad en los pacientes bajo modalidad de diálisis (Moya, 2017). En relación a esto, se ha encontrado que otro de los factores predictores para desarrollar desequilibrio emocional en los enfermos crónicos renales, es el bajo apoyo social percibido, que se encontraría en estrecha relación con estados depresivos en personas con tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal (Rojas et al., 2017).

Por ello se determinó que los pacientes en diálisis peritoneal tienen redes de apoyo más amplias, de tal manera que su percepción de apoyo social es mayor a la de los pacientes que se encontraban en hemodiálisis, asimismo existía un mayor grado de autonomía en los pacientes de diálisis peritoneal, lo que les permite preservar el nivel de interacción social (Ruiz, 2016).

Por otro lado, la prevalencia de trastornos neurocognitivos en enfermos renales, es el doble comparándola con pacientes sanos. Naranjo (2018) realizó un análisis sistemático en 17 estudios transversales y longitudinales con 54,779 pacientes, determinando de manera significativa un mayor riesgo de deterioro cognitivo. Los déficits cognitivos que se han observado en pacientes que padecen de ERC van orientados a la afectación de la función ejecutiva, pero también alteran la memoria, atención – concentración, lenguaje y denominación.

Diversos estudios demuestran que en la ERC leve, las alteraciones cognitivas más frecuentes se dan en la función ejecutiva y la atención, mientras que en la ERC grave (estadios 4

y 5), el deterioro cognitivo es global, quizá porque los individuos son de edades avanzadas cuando se encuentran atravesando esta etapa, los dominios afectados son las funciones ejecutivas, habilidades cognoscitivas y memoria episódica (Torres et al., 2016).

Este estudio mencionado tiene estrecha relación con un subanálisis realizado a 85 pacientes con edades sobre los 70 años, que provenían del registro electrónico de Baxter RTS, quienes habían acudido al menos a dos citas de control en el año y se encontraban en estadio 3 y 4 de la enfermedad renal crónica, a ésta población se le aplicó la prueba Neuropsi y los resultados, reflejaron el mayor número de fallas en la fluidez verbal semántica y fonológica con 100% y 92,68% respectivamente como parte de la función lenguaje, seguidos por secuencia con 88,5%, mano derecha 74,1% y mano izquierda 62,4%, las que se incluyen dentro de las funciones ejecutivas.

En cuanto a la memoria, los pacientes presentaron alteraciones en el aprendizaje de palabras con un 52,9% y la realización de la figura semicompleja con un 51,76%; en lo referente a la atención, los pacientes presentaron la mayoría de fallas en la prueba de detección visual, con un 55.29%. Estos resultados indican una alteración en las funciones ejecutivas específicamente en la secuenciación y de tipo mnésico por alteración en la evocación y codificación espontánea (Rodríguez et al., 2019).

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el bienestar psicológico y el estado cognitivo de los pacientes que presentan enfermedad renal crónica terminal y acuden a terapia de hemodiálisis en Diálítica Unidad Renal.

2.2. Objetivos Específicos

Identificar el estado de bienestar psicológico en el que se encuentran los pacientes que presentan enfermedad renal crónica terminal.

Valorar el estado cognitivo que presentan los pacientes con enfermedad renal crónica terminal.

Correlacionar el estado de bienestar psicológico y el estado cognitivo que presentan los pacientes con enfermedad renal crónica terminal.

3. Metodología

Este apartado permitirá una descripción profunda a cerca del procedimiento llevado a cabo durante la investigación, por medio del empleo sistémico y lógico de los fundamentos teóricos enunciados con anterioridad. Se expondrá, conceptualizará y explicará el enfoque, método, diseño, instrumentos y las técnicas de procesamiento de datos empleados durante el proceso investigativo.

3.1. Enfoque

La presente investigación muestra una perspectiva de tipo cuantitativa, permitiendo el análisis y la recolección de información mediante el uso de instrumentos estandarizados apoyados en la medición. Además, los datos serán expuestos de forma numérica y se analizarán a través de métodos estadísticos. La investigación cuantitativa mantiene un proceso estructurado y es importante la consideración de decisiones críticas sobre el método, se pretende universalizar los datos hallados de un colectivo menor a uno mayor y se espera exista la posible réplica del estudio efectuado; siendo la meta prioritaria el planteamiento y verificación de teorías (Hernández, 2014).

3.2. Método

Se ha empleado el método deductivo, que consiste en la presunción de conclusiones lógicas a través del razonamiento; partiendo de principios generales para llegar a particulares (Prieto, 2017). En el presente estudio se utilizó este método, comenzando por el abordaje de la problemática que engloba la ERC a nivel psicológico y cognitivo, para llegar a determinar las dimensiones de bienestar y funciones cognitivas específicas afectadas en una persona que presenta esta enfermedad.

3.3. Diseño

Consiste en un diseño no experimental, ya que las variables no fueron manipuladas y se dieron en un contexto natural para posteriormente ser analizadas; de igual forma el diseño correlacional es aplicado debido a que se establecieron relaciones entre las variables bienestar psicológico y estado cognitivo. Además presenta un estudio de corte transversal para el análisis de las variables, dado que los datos se recopilaron en un período de tiempo determinado y sobre una población definida (Hernández et al., 1991).

3.4. Muestra / Participantes /Sujetos/Base de datos

La población estuvo conformada por jóvenes, adultos y adultos mayores que acuden en calidad de pacientes a la Unidad de hemodiálisis “Diáltica – Unidad Renal” en el cantón Loja durante el período marzo-septiembre 2020. El total de pacientes que acuden a esta Unidad son 107 personas, que comprenden una categoría de edad que fluctúa entre los dieciocho y ochenta y ocho años de edad. El género masculino presenta alta prevalencia de la enfermedad por lo tanto acuden a terapia dialítica en mayor número los hombres que las mujeres. Existen pacientes con limitaciones físicas, auditivas, y visuales. La comorbilidad en los pacientes que padecen de ERC está representada con enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, glomerulonefritis y tuberculosis.

La muestra seleccionada fue no probalística por conveniencia y se determinó por criterios de inclusión y exclusión que fueron aplicados; en donde la muestra estuvo conformada por 50 personas adultas, que corresponden a 26 pacientes masculinos (52%) y 24 pacientes femeninas (48%) entre 20 y 64 años, que padecen de enfermedad renal crónica terminal y a su vez presentan algún tipo de comorbilidad, entre ellas las más relevantes: hipertensión 20 personas (40%), diabetes 4 personas (8%) e hipertensión y diabetes juntas 26 personas (52%), todos bajo tratamiento de hemodiálisis permanente, con un tiempo oscilante entre 1 año y 7 años 10 meses,

los mismos que acuden en un horario fijo tres veces por semana, distribuidos en cuatro turnos diarios.

Criterios de Inclusión:

- Personas de sexo femenino y masculino.
- Personas que oscilen entre las edades de 18 a 65 años.
- Personas con ERC terminal, que se encuentren en terapia de hemodiálisis ambulatoria desde 1 hasta 10 años de tratamiento.
- Pacientes que presenten otras comorbilidades como diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Criterios de Exclusión:

- Personas con limitaciones físicas, auditivas y visuales, así como presencia de trastornos psiquiátricos que cursan con un deterioro cognitivo o con problemas físicos que les impida participar en la investigación.
- Adultos de 65 años en adelante.
- Pacientes que se encuentren más de 10 años en terapia de hemodiálisis.

La extracción de la información requerida para la investigación se llevó a cabo de manera individual y directa con cada paciente, por medio de la aplicación de una entrevista, que permitió conocer criterios de inclusión y exclusión, de los cuales no se obtuvo datos estadísticos y el empleo de instrumentos seleccionados para este estudio, los cuales fueron: la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff, en la adaptación de Darío Díaz y el inventario de evaluación neuropsicológica Neuropsi. Este instrumento se lo aplicó en dos fases; la primera, donde se implementó un análisis discriminante, el mismo que se realizó de forma independiente para las

subescalas de funciones cognitivas (orientación, atención y concentración, memoria, lenguaje y función ejecutiva); con los resultados de cada proceso cognoscitivo, se obtuvo un grado o nivel de alteración que se clasificó en alteración leve, alteración moderada y alteración severa. Durante la segunda fase se organizó una base de datos en Microsoft Excel con cada resultado para posteriormente ingresar en el software SPSS V25 y realizar el análisis de los mismos.

3.5. Instrumentos

3.5.1. *Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff en la adaptación de Darío Díaz*

La escala de Ryff (2002), en la adaptación de Díaz et al. (2006) representa el instrumento por medio del cual es posible medir el bienestar psicológico; esta escala constituye una nueva versión, reducida y adaptada al español, compuesta por seis subescalas que incorporan las dimensiones del bienestar psicológico; y que están contenidas en 29 preguntas. Cada escala muestra un número de ítems que oscila entre 4 y 6. Las escalas que miden cada una de las dimensiones son:

- Escala de Autoaceptación: pertenece a la valía, respeto y aceptación que cada persona se otorga a sí mismo, considerando sus virtudes y defectos. A esta escala pertenece los ítems uno, siete, trece, diecisiete y veinticuatro (1, 7, 13, 17 y 24)
- Escala de Relaciones Positivas con los otros: hace referencia al establecimiento de vínculos afectivos saludables y estables con su medio social. A esta escala pertenece los ítems dos, ocho, doce, veintidós y veinticinco (2,8,12,22 y 25)
- Escala de Autonomía: representa la individualidad e independencia con que las personas se desenvuelven en su diario vivir ante los diferentes contextos. Está representada por los ítems tres, cuatro, nueve, dieciocho y veintitrés (3,4,9,18, y 23)

- Escala de Dominio del Entorno: muestra la capacidad de las personas para controlar su entorno e influir sobre él. Corresponden los ítems cinco, diez, catorce, diecinueve y veintinueve (5,10,14,19 y 29)
- Escala de Propósito en la Vida: se refiere al proyecto de vida de las personas, en base al establecimiento de metas claras y fijas que buscan alcanzar. Se encuentra los ítems seis, once, quince, dieciséis y veinte (6,11,15,16 y 20)
- Escala de Crecimiento Personal: resalta las virtudes de la persona y su capacidad para potenciar sus recursos y habilidades a fin de alcanzar sus metas personales. Está representada por los ítems veintiuno, veintiséis, veintisiete y veintiocho (21,26,27 y 28)

Esta escala muestra una consistencia interna buena en las propiedades psicométricas (Alpha de Cronbach); cuyos valores están comprendidos entre 0,71 y 0,83. Estos presentan similitud con los valores alcanzados en la versión de la escala compuesta por 39 ítems (Dierendonck, 2004).

3.5.2. Evaluación Neuropsicológica Neuropsi

En el Manual Neuropsi – Atención y Memoria están incluidos sub-test con un alta eficacia neuropsicológica, los cuales son adaptables para valorar a personas psiquiátricas, geriátricas, y con enfermedades crónicas no transmisibles (Ostrosky et al., 2012).

Este instrumento es considerado confiable, con una estimación alta: 0.86, además de una validez de contenido y de constructo. El Manual Neuropsi propone baremos de calificación para grupos variados de personas, con edades y grado de instrucción diferentes, entre los diez a veinticuatro años de edad (10 a 24) y para adultos mayores de ambos sexos (Marreros, 2020).

4. Análisis de Resultados

Para dar cumplimiento a los objetivos específicos, este apartado se ha organizado por secciones donde se muestra en primer lugar la caracterización de los participantes, para dar continuidad al análisis del bienestar psicológico, la evaluación del estado cognitivo, y finalizar con la correlación evidenciada entre el bienestar psicológico y el estado cognitivo de las personas con ERC terminal.

Estos resultados fueron obtenidos a través de medidas estadísticas de tendencia central y medidas de dispersión, la clasificación se realizó mediante frecuencias absolutas y porcentuales. El procesamiento fue realizado en el programa SPSS V25. En cuanto a la normalidad, según la prueba de Kolmogorov Smirnov, el comportamiento de los datos fue no normal ($p < 0.05$), por lo tanto, se aplicó la prueba no paramétrica de Rho Spearman con el objetivo de verificar la correlación existente entre ambas variables.

4.1. Participantes

A continuación, la tabla 2 detalla la caracterización de los participantes, quienes fueron 50 pacientes adultos con ERC terminal, todos bajo tratamiento de hemodiálisis; fueron 26 hombres (52%) y 24 mujeres (48%) de entre 20 y 64 años ($M=51.2$; $DE=11.2$) los mismos que llevan un tiempo de tratamiento oscilante entre 1 año y 7 años 10 meses ($M=6.2$ meses $DE=5.4$ meses). Se trabajó con pacientes de los 3 niveles de instrucción (primaria, secundaria, superior), de diversas situaciones socioeconómicas. El estado civil de más de la mitad de la muestra es “casado”, la cuarta parte viven solos, una cantidad similar vive con su familia nuclear y el resto con sus padres, hermanos y pareja. Además, todos presentan algún tipo de comorbilidad, entre ellas las más

relevantes: hipertensión 20 personas (40%), diabetes 4 personas (8%), hipertensión y diabetes juntas 26 personas (52%).

Tabla 2

Caracterización de los participantes N=50

Característica		n	%	Característica		n	%	
Sexo	Hombre	26	52	Convivencia	Solo	12	24	
	Mujer	24	48		Padres	3	6	
Nivel de instrucción	Primaria	20	40		Madre	2	4	
	Secundaria	23	46		Hermanos	1	2	
	Superior	7	14		Pareja	1	2	
Situación socioeconómica	Baja	18	36		Esposa-Hijos	14	28	
	Media	28	56		Hijos	17	34	
	Alta	4	8		Comorbilidades	Solo hipertensión	20	40
Estado civil	Soltero	8	16			Solo diabetes	4	8
	Casado	32	64			Hipertensión y diabetes	26	52
	Divorciada	7	14	Edad	Media/ DE	51.2	11.2	
	Viuda	3	6	Tiempo en Hemodiálisis	Media/ DE	6.2	5.4	

4.2. Resultados

En esta sección se presenta los resultados, mismos que para una mejor comprensión, se los ha organizado, respondiendo a los objetivos específicos trazados.

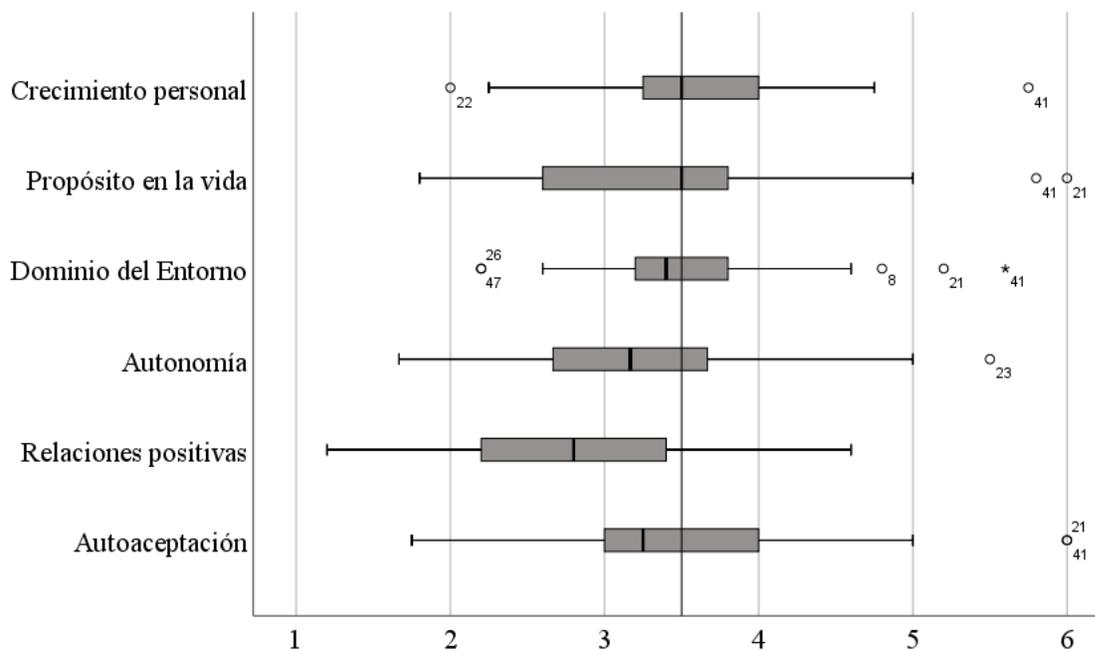
4.2.1. Identificación del Estado de Bienestar Psicológico en el que se encuentran los Pacientes que presentan Enfermedad Renal Crónica Terminal

Con respecto a la identificación del bienestar psicológico en el que se encuentran los pacientes con ERC terminal, la figura 5 muestra las seis dimensiones de bienestar psicológico medidas en escala 1-6. En promedio, todas las dimensiones, excepto relaciones positivas tenían

puntuaciones medias muy cercanas al punto medio de la escala (PM=3.5) evidenciando un nivel regular de bienestar, siendo el crecimiento personal la dimensión predominante con puntuaciones oscilantes entre 2.0 y 5.75 (M=3.57; DE=0.68), seguido por dominio del entorno (min=2.20; max=5.60) con una media de 3.52 (DE=0.67) ambas con un comportamiento similar en todos los pacientes (CV<20%). Se puede observar además que las dimensiones: autoaceptación (M=3.45; DE=0.92), propósito de vida (M=3.38; DE=0.94) y autonomía (M=3.24; DE=0.76) tenían comportamientos similares regulares; mientras que el dominio de relaciones positivas fue la dimensión más débil (M=2.74; DE=0.79) y con alta dispersión, implicando bajas condiciones de bienestar y un comportamiento heterogéneo. Se registraron además 7 casos atípicos con resultados de bienestar muy altos o muy bajos, con respecto al resto de la muestra.

Figura 5

Dimensiones de bienestar psicológico

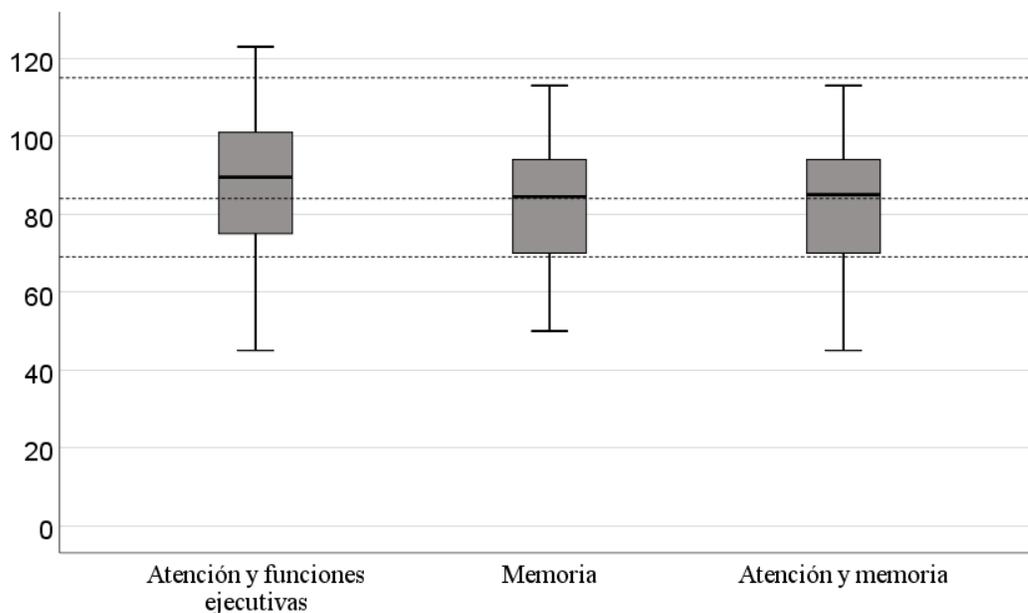


4.2.2. Valoración del Estado Cognitivo en los Pacientes con ERC Terminal

La valoración del estado cognitivo en cuanto a la atención y funciones ejecutivas en los pacientes, se muestra en la figura 6, este índice reveló puntuaciones normalizadas entre 45 y 123 (M=86.4; DE=18.2) señalando un comportamiento general variado en todos los niveles de afección y puntuación media correspondiente al nivel normal, cerca del límite. Por su parte la memoria reveló puntuaciones oscilantes entre 50 y 113 (M=82.6; DE=15.5) con una puntuación media dentro de una alteración leve, en ambos casos con bajas dispersiones de datos, señalando un comportamiento homogéneo entre todos los participantes. El funcionamiento cognitivo total medido como la combinación de los índices generales mencionados, mostró un puntaje mínimo de 45 y un máximo de 113 (M=82.1; DE==17.7) con una puntuación media perteneciente al nivel de alteración cognitiva total leve.

Figura 6

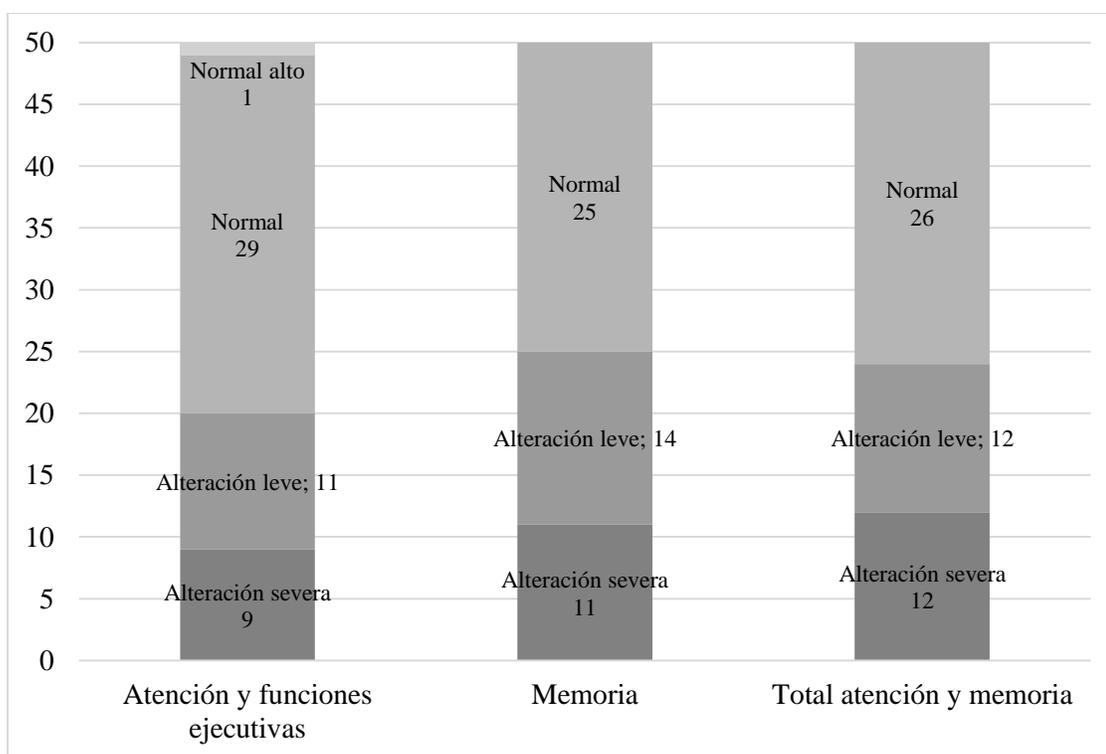
Índices generales de funcionamiento cognitivo



En cuanto a la clasificación del funcionamiento cognitivo, estipulada por el manual del instrumento Neuropsi, se puede observar en la figura 7 que 20 de las 50 personas (40%) presentaban algún nivel de alteración en su desarrollo de atención y funciones ejecutivas, así también la mitad de los pacientes tenían alguna alteración en su memoria, 11 de ellos en un nivel severo. En la puntuación total fueron 24 (48%) individuos con alguna alteración, la mitad de ellos en un nivel leve y la otra severa.

Figura 7

Clasificación del funcionamiento cognitivo



4.2.3. Correlación del Estado de Bienestar Psicológico y el Estado Cognitivo de los pacientes con ERC Terminal.

Para establecer la correlación real entre el estado cognitivo y el bienestar psicológico, se consideraron ciertas variables demográficas. Al haberse encontrado una relación entre la situación económica y el nivel de instrucción académica, con el bienestar psicológico y funcionamiento cognitivo, se decidió controlar estas variables más la edad, tal y como lo explica la tabla 3.

Se identificó una relación positiva entre el nivel de instrucción y el funcionamiento cognitivo de los pacientes en los tres indicadores, así como la situación económica con el total de atención y memoria, lo que implica que a mayor nivel de instrucción mayor funcionamiento cognitivo. Por otra parte, la situación económica se relacionó positivamente con algunos aspectos del bienestar psicológico: autoaceptación, crecimiento personal y propósito en la vida, es decir, mientras mejor era la situación económica mejor salud psicológica existía en estos aspectos.

Tabla 3

Relación entre: edad, nivel de instrucción y situación económica con el bienestar psicológico y el funcionamiento cognitivo.

		Edad	Nivel de instrucción	Situación económica
Atención y Funciones ejecutivas	rs	0.199	0.433**	-0.274
	p	0.166	0.002	0.054
Memoria	rs	0.066	0.462**	-0.274
	p	0.651	0.001	0.054
Total de atención y memoria	rs	0.131	0.496**	0.333*
	p	0.365	0.000	0.018
Autoaceptación	rs	0.067	0.095	0,419**
	p	0.645	0.512	0.002
Relaciones positivas	rs	0.206	0.042	0.226
	p	0.151	0.775	0.115
Autonomía	rs	0.156	-0.053	0.102
	p	0.280	0.714	0.479

Dominio del Entorno	rs	0.058	-0.093	0.126
	p	0.688	0.522	0.382
Propósito en la vida	rs	-0.078	0.233	,310*
	p	0.590	0.104	0.028
Crecimiento personal	rs	0.015	0.160	,305*
	p	0.916	0.267	0.031

*Nota: *p(<.05) **p(<.01)*

Referente a la correlación entre el estado de bienestar psicológico y el estado cognitivo de las personas que padecen enfermedad renal crónica terminal, la tabla 4 indica que los tres índices de funcionamiento ejecutivo están positivamente relacionados en una intensidad moderada con las dimensiones de: autonomía, propósito en la vida y autoaceptación de los pacientes. Lo que significa que a mejor funcionamiento cognitivo mejor se encuentra su bienestar psicológico en estas dimensiones.

Tabla 4

Relación entre bienestar psicológico y funcionamiento ejecutivo, controlando la edad, nivel de instrucción y nivel socioeconómico

		Atención y funciones ejecutivas	Memoria	Atención y memoria
Autoaceptación	rs	0.362*	0.352*	0.328*
	p	0.012	0.015	0.024
Relaciones positivas	rs	-0.095	0.036	0.003
	p	0.524	0.809	0.983
Autonomía	rs	0.335*	0.305*	0.321*
	p	0.021	0.037	0.028
Dominio del Entorno	rs	0.214	0.283	0.251
	p	0.148	0.054	0.088
Propósito en la vida	rs	0.320*	0.307*	0.301*
	p	0.029	0.036	0.040
Crecimiento personal	rs	0.212	0.274	0.280
	p	0.154	0.062	0.056

5. Discusión

En el siguiente apartado, se compara la teoría abordada con los resultados alcanzados en el presente estudio. Para ello, este acápite se redactará en relación a las preguntas de investigación planteadas inicialmente.

Este trabajo investigativo, tuvo como propósito relacionar el bienestar psicológico y el estado cognitivo de las personas con enfermedad renal crónica terminal que se encuentran en terapia de sustitución renal emergente (hemodiálisis). Por lo tanto, inicialmente se buscó dentro del bienestar psicológico, las dimensiones que se encontraban potenciadas y las que eran deficitarias, para luego valorar el estado cognitivo de los pacientes a fin de conocer en detalle el rendimiento de los mismos, en funciones tales como la atención, memoria y funciones ejecutivas.

Los resultados conseguidos, revelan al bienestar psicológico como un constructo multidimensional, que se relaciona con la experiencia propia del individuo y el funcionamiento óptimo que cada persona considera acertado en base a sus experiencias y necesidades, lo cual hace referencia a una armonía en cada una de sus dimensiones, siendo estas: dominio del entorno, autonomía, crecimiento personal, autoaceptación, propósito en la vida y relaciones positivas (García & Ibarra, 2018).

De igual manera, Lezama & Moreno, (2020) afirman que la autoevaluación de cada persona, acerca de las diferentes emociones que exterioriza, es fundamental para definir al bienestar psicológico, sean estas positivas o negativas, se considera que el individuo alcanza un nivel satisfactorio de bienestar, cuando los sentimientos que se han generado en función de sus experiencias vividas son favorables. Esta teoría guarda estrecha relación con los resultados de la presente investigación, en la cual se expone que cinco dimensiones del modelo de bienestar

psicológico tuvieron puntuaciones similares, cercanas al punto medio de la escala 1-6 (PM=3.5), representando un nivel regular de bienestar psicológico, lo cual aporta a que los pacientes en terapia de hemodiálisis estén en su mayoría estables emocionalmente en las áreas de crecimiento personal, propósito en la vida y dominio del entorno.

Existen dimensiones predominantes como el dominio del entorno y crecimiento personal, las mismas que ocupan el primer lugar con puntuaciones casi iguales entre 2.0 y 5.75, seguido a estas, se ubican el propósito en la vida, autonomía y autoaceptación, las mismas que presentaron comportamientos similares con una puntuación regular. Esta jerarquía se relaciona en parte con un estudio realizado por Mayordomo et al. (2016) en la ciudad de Cali, donde participaron personas de la tercera edad con enfermedades crónicas, las cuales se encontraban asiladas. Los resultados demostraron que la edad es un factor influyente en la percepción del bienestar psicológico, de esta manera, se indicó que las dimensiones: relaciones positivas, crecimiento personal y autonomía, disminuyen en edades avanzadas, mientras que el dominio del entorno, crece conforme la persona adquiere más años de vida. La población referida en esta investigación, tiene una edad que va desde los 20 a los 64 años, por lo que se podría corroborar el planteamiento de Mayordomo, donde puntualiza que a lo largo de los años las personas adquieren mayor dominio del entorno, de tal forma, mientras se avanza en el tiempo se producen pérdidas pero se adquieren destrezas para enfrentar situaciones de crisis.

Por otro lado Garro, (2017) analizó el impacto emocional y bienestar psicológico de los pacientes que acudían a terapia sustitutiva renal en una casa de salud en Castellón -España y encontró que las dimensiones de autonomía, propósito en la vida y relaciones positivas, determinaban un alto nivel de bienestar psicológico, mientras que la autoaceptación, mostraba una puntuación media y en último nivel se encontraban las áreas de dominio del entorno y crecimiento

personal. Evidentemente estos datos difieren con los del estudio en mención en donde la dimensión más débil está representada por las relaciones positivas, lo cual indica en los pacientes, la ausencia de la capacidad para desarrollar vínculos sociales de calidad, confianza y empatía con otros, así como también refleja el limitado contacto e interacción con sus redes formales o directas (García, 2014). Dichos resultados contrastan con Patrick & Deci (2008), quienes afirman que contar con relaciones positivas, que manifiesten la capacidad para establecer contacto con el medio, la intimidad y el amor duradero, forman una dimensión del bienestar que lo describe con un óptimo funcionamiento; de igual manera, la teoría del bienestar plantea que construir relaciones interpersonales y lograr que sean saludables representan un factor protector para la salud (Berscheid & Ammazalorso, 2007).

Esta inconsistencia en la subescala de relaciones positivas, podría explicarse en función de que los pacientes que están sometidos a terapia de hemodiálisis; el estado crónico y dependencia total al tratamiento, los insertan en un nuevo estilo de vida que involucra cambios en las relaciones familiares y entre pares, afectando directamente a sus interacciones sociales.

Ante lo mencionado, existe la probabilidad de que los individuos que no logren preservar el nivel de relaciones positivas, afecten también su interrelación con el entorno familiar no social, con la posibilidad de percibir sus redes de apoyo social, familiar y aún el personal sanitario, de manera reducida y limitada en algunos casos, siendo este uno de los principales predictores de trastornos emocionales en los pacientes enfermos renales crónicos (Pedreira et al., 2018).

Este hallazgo puede deberse también a que el estado anímico, la historia o las condiciones socio-económicas del paciente influyen como otra variable que impacta en la dimensión general que nos encontramos midiendo, lo que concuerda con la investigación efectuada en una Institución de Salud Pública en Arequipa, donde los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis presentaban

escasos recursos económicos, coexistiendo una asociación entre pobreza y bajo apoyo social percibido, ya que al contar con pocos recursos, también disminuía la posibilidad de dar y recibir apoyo (Villagra, 2016).

Citando a Keyes & Ryff (2002), en uno de sus aportes teóricos en cuanto a la salud física, refieren que es un aspecto asociado al bienestar psicológico y adjudican una relación directa entre salud y las áreas: crecimiento personal, propósito en la vida, relaciones positivas. Del mismo modo Molinero et al. (2011), aclaran que el ejercicio físico, incide en el estado emocional de las personas, ya que al incorporar a su rutina de vida, actividades físicas, sentirán una mayor satisfacción que los que no lo hacen. Concomitante con la teoría mencionada, el grupo de personas estudiadas en esta investigación responden a una enfermedad catastrófica en estado terminal y por esta razón están impedidos físicamente para realizar actividades que demanden esfuerzo, sin embargo, en contraste con la situación vulnerable, su estado de bienestar psicológico es favorable y emocionalmente equilibrado.

En cuanto al estado cognitivo de las personas con ERC terminal, primeramente fue evaluado a través del test Neuropsi, cuyos resultados evidenciaron que el funcionamiento cognitivo total medido, presentó un puntaje mínimo de 45 y un máximo de 113 ($M=82.1$; $DE=17.7$) con una puntuación media perteneciente al nivel de alteración cognitiva total leve. Se encontró que 20 de los 50 pacientes (40%) presentan algún nivel de alteración en su desarrollo de atención y funciones ejecutivas, mientras que 25 pacientes desarrollaron alteraciones en la memoria, situándolos entre los niveles leve y severo, estos resultados encajan en el modelo cognitivo psicopatológico planteado en el Test de Neuropsi (2012) el cual menciona que ante un diagnóstico clínico con alta cronicidad, asociado a trastornos sistémicos, entre ellos: diabetes mellitus, enfermedad renal e hipertensión arterial, los primeros síntomas observables, atacan al

funcionamiento cognitivo, provocando alteraciones en las facultades de memoria y atención, las cuales limitan el procesamiento de información e impiden la ejecución de más de cinco tareas simultáneamente.

Los resultados conseguidos en este estudio se relacionan con lo que manifiesta Ramírez (2019) en su investigación dirigida a personas con ERC terminal, entre los 18 a 80 años, que acudían a la Unidad de hemodiálisis, denominada “San Rafael” en Quito – Ecuador durante el año 2019, sobre el estado cognitivo y la adaptación de la enfermedad, en donde se concluyó que el 98% de la población, presentaban una inadecuada adaptación de su enfermedad por lo que referían un estado cognitivo alterado. Asimismo en un estudio realizado en Colombia a un grupo de pacientes con ERC estadio 3 y 4, se incluyeron a 85 personas hasta los 55 años de edad, la prevalencia global de deterioro cognitivo fue del 51% con un deterioro cognitivo leve en el 35.9%, se aplicó la prueba Neuropsi, en donde el mayor número de fallas se observó en los dominios de funciones ejecutivas y mnésicas, tal y como se ha obtenido en la presente investigación (Maestre, 2019).

También es importante considerar lo que la fisiopatología de la cognición afirma en los individuos con ERC terminal, al mencionar que esta “se encuentra determinada por factores como edad avanzada, sexo, bajo rendimiento educativo, diabetes mellitus e hipertensión” (Cifu et al., 2019, p. 173).

En base a lo anterior, en el presente estudio se determinó que ciertas variables demográficas, como situación económica y nivel de instrucción, obtuvieron una correlación positiva con el funcionamiento cognitivo y el total de atención y memoria, de igual manera la variable: situación económica, se relacionó positivamente con el bienestar psicológico, específicamente en las áreas: propósito en la vida, crecimiento personal y autoaceptación.

Posteriormente, entre el funcionamiento ejecutivo y las dimensiones de autonomía, propósito en la vida y autoaceptación, se efectuó una relación positiva, pues como se ha venido hablando en esta investigación, el bienestar psicológico es un constructo que implica factores intrínsecos y extrínsecos que surgen en razón del significado que cada sujeto representa en su cognición (Vivaldi & Barra, 2012).

De esta manera se torna importante lo que Ruiz (2019) recomienda en cuanto al bienestar, aduciendo que este puede ser fortalecido mediante la utilización de técnicas cognitivas de manera individual, considerando las características demográficas de la población, por consiguiente, la intervención psicológica se deberá remitir al cuidado del estado cognitivo, con intención de restaurar la experiencia negativa de quienes acuden a terapia de sustitución renal emergente y su funcionalidad dentro del contexto actual, tal y como manifiesta un estudio realizado a pacientes que acudían a la Unidad de hemodiálisis en el Hospital de Talcahuano – Chile, donde se demostró que las personas con una situación económica equilibrada, con altos ingresos, en edades tempranas que ejecutaban actividades laborales y escolares, con un nivel de instrucción académica superior; demostraban un estado cognitivo favorable y óptimo, esto nos da a entender que el reforzamiento cognitivo a través del aprendizaje y la experiencia, mejora la percepción y el afrontamiento del nuevo estilo de vida que implica la ERC terminal (Rodríguez, 2019).

Finalmente en base a lo expuesto, se torna indispensable que los equipos sanitarios que conforman las Unidades de hemodiálisis, implementen habilidades y protocolos destinados a identificar alteraciones anticipadas en el estado cognitivo de estos pacientes, brindando una atención de calidad, con un enfoque humanista y multidisciplinario, basado en el respeto y desarrollo de estrategias, que potencien el bienestar psicológico, en sus seis dimensiones, para

favorecer el autocuidado, independencia y autoestima, de estos pacientes, disminuyendo emociones negativas y pensamientos de desesperanza.

6. Conclusiones

El presente estudio en personas con ERC terminal, dependientes de un tratamiento renal emergente (hemodiálisis), se planteó como principal objetivo, determinar la relación existente, del bienestar psicológico y el estado cognitivo de los pacientes; considerando el producto obtenido durante este proceso, se han definido las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a las características sociodemográficas de la población de estudio, el mayor porcentaje representa el sexo masculino (52%), los pacientes tienen una edad que oscila entre 20 y 64 años, con un tiempo de tratamiento de hemodiálisis entre 1 mes y 7 años 10 meses, con grado de instrucción que varía entre primaria, secundaria y superior, quienes sentían pertenencia a los tres niveles de situación económica: alta, media y baja, en lo referente al estado civil, la mayoría de los pacientes son casados (64%), solteros (16%), divorciados (14%) y viudos (6%), presentan patologías asociadas, entre ellas enfermedades sistémicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus.

2. Con respecto al bienestar psicológico, cinco de las seis dimensiones que plantea el modelo de Carol Ryff, tuvieron puntuaciones similares, cercanas al punto medio de la escala 1-6 (PM=3.5), que mostraron en general un nivel regular de bienestar, situándose en primer lugar la dimensión de crecimiento personal, seguido por el dominio del entorno, autoaceptación, propósito de vida y autonomía. Se presentaron bajas condiciones de bienestar en la dimensión de relaciones positivas, situándose como la más débil de las dimensiones.

3. En lo que respecta al funcionamiento del estado cognitivo total, este presentó un puntaje mínimo de 45 y un máximo de 113 (M=82.1; DE= 17.7) con una puntuación media que pertenece al nivel de alteración cognitiva total leve, siguiendo la clasificación

estipulada en el instrumento Neuropsi con los niveles de alteración cognitiva establecidos (leve, moderada y severa), se encontró que el 40% de los pacientes presentaron alguna alteración en su desarrollo de atención y funciones ejecutivas, la mitad de ellos padecía de alteración en su memoria situándose entre los niveles leve y severo.

4. Se consideró una relación positiva entre ciertas variables sociodemográficas como el nivel de instrucción y la situación económica con el funcionamiento cognitivo de los pacientes en los tres indicadores (atención y funciones ejecutivas, memoria, atención y memoria), siendo así: a mayor nivel de instrucción, mayor funcionamiento cognitivo y mientras mejor sea su situación económica, es mejor el desarrollo de su atención y memoria. Por otro lado, la situación económica también se relacionó con el bienestar psicológico, es decir a mejor situación económica, habría mejor bienestar y desempeño en las dimensiones propósito en la vida, crecimiento personal y autoaceptación.

5. Referente a la correlación que existe entre el estado cognitivo y el bienestar psicológico, los resultados evidencian que los tres índices de funcionamiento ejecutivo estaban positivamente relacionados en una intensidad moderada con las áreas de autonomía, autoaceptación y propósito en la vida, lo cual se interpreta de la siguiente manera: a mejor funcionamiento cognitivo existe mayor autoaceptación, a mayor autonomía mejor es su funcionamiento cognitivo y a mayor funcionamiento cognitivo existe un mayor propósito de vida.

En cuanto a las limitantes para la realización de esta investigación, tenemos que la muestra representativa fue en cantidad pequeña, debido a que los datos se recolectaron en una sola Unidad de diálisis, otra limitante fue el espacio físico que es reducido y la condición en la que los pacientes tuvieron que desarrollar las pruebas, que fue durante la terapia de hemodiálisis, debido a la

situación sanitaria actual, las normas de bioseguridad restringieron un poco la efectividad en el proceso de comunicación con los pacientes.

7. Referencias

- Barberena, N., Polo, R., Mendez, S., & Barberena, M. (2016). Caracterización de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Medisur*, 14(4), 1-6. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2969/2085>
- Barreras, C., Quintero, E., Martínez, F., Guerrero, A., & Ramírez, M. (2017). Factores asociados a la disminución del filtrado glomerular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revistas UNAM*, 24(1), 13-17. doi:<http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2017.1.58241>
- Berscheid, E., & Ammazalorso, H. (2007). Emotional Experience in Close Relationships. *ResearchGate*, 308-330. doi:10.1002/9780470998557.ch12
- Bravo, J., Hinostoza, J., Goicochea, S., Maldonado, G., Condorena, A., Taype, A., . . . Garavito, H. (2020). Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica en estadios 1 al 3 en el Seguro Social del Perú (EsSalud). *Acta Médica Peruana*, 37(4), 518-531. <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/1843/1233>
- Castellano, M., Bernarte, M., Castellano, C., Favaro, M., & Mateo, V. (2020). Deterioro cognitivo sin demencia en la insuficiencia renal crónica terminal. Datos de un centro argentino. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 40(2), 119-128. <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/521>
- Chapman, E., Haby, M., Illanes, E., Sanchez, J., Elias, V., & Reveiz, L. (2017, marzo). Factores de riesgo para la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales: una revisión sistemática. *IRIS PAHO*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50508?locale-attribute=en>
- Cifu, D., Lew, H., & Oh-Park, M. (2019). *Rehabilitación Geriátrica*. Elsevier.
- Costa, G., Pinheiro, M., Medeiros, S., Costa, R., & Cossi, M. (2016). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global*, 15(43), 59-73. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003&lng=es&tlng=es

- De Juanas, A., Limón, M., & Navarro, E. (2013). Analysis of psychological well-being, perceived health status and quality of life in older adults. *Pedagogía Social. Revista Universitaria*(22), 153-168. doi:https://doi.org/10.7179/PSRI_2013.22.11
- Díaz , D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo , I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718337>
- Díaz, Díaz, M., Gómez, B., Robalino, M., & Lucero, S. (2018). Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador. *Correo Científico Médico*, 22(2), 312-324. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000200011&lng=es&tlng=es
- Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 572-579. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252001000600011&lng=es&nrm=iso
- Dierendonck, V. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 3(6), 629-644. <https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/76194.pdf>
- Domínguez, R., & Ibarra, E. (2017). La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Razón y Palabra*, 21(96), 660-679. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199551160035>
- Estrada, M. (2020). La concepción moderna de felicidad en Descartes. *Revista Filosofía UIS*, 19(2), 36-53. doi:<https://doi.org/10.18273/revfil.v19n2-2020003>
- Flórez, R., Castro, J., Arias, N., Gómez, D., Galvis, D., Acuña, L., . . . Rojas, L. (2016). *Aprendizaje, cognición y mediaciones en la escuela*. Taller de Edición Rocca S.A. http://www.idep.edu.co/sites/default/files/libros/Aprendizaje_y_cognicion_IDEP.pdf
- García , J., & Ibarra, C. (2018). *Bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del Municipio de Rionegro* [Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia]. <http://hdl.handle.net/10495/15889>

- García, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En claves del pensamiento*, 8(16), 13-29. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2014000200013&lng=es&tlng=es.
- Gaxiola, J., & Palomar, J. (2016). *El Bienestar Psicológico. Una mirada desde Latinoamérica* (1.^a ed.). Qartuppi. <https://issuu.com/qartuppi/docs/bienestar>
- Granda, M., & Rivera, L. (2019). *Factores que intervienen en la depresión de personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodíalisis en una población mexiquense* [Tesis de grado, Universidad Autónoma de México] Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma del Estado de México: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/104927>
- Gutiérrez Rufín, M., & Polanco López, C. (2018). Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. *Revista Finlay*, 8(1), 1-8. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf01108.pdf>
- Heredia, V. (2019, marzo 10). La insuficiencia renal ataca con más frecuencia al hombre. *El Comercio*. <https://www.elcomercio.com/actualidad/insuficiencia-renal-ataca-frecuencia-hombre.html#:~:text=En%20Ecuador%2C%20las%20autoridades%20de,por%20cada%20mill%C3%B3n%20de%20ecuatorianos>.
- Hernández, M., Romero, G., & Cruz, G. (2019). Empoderamiento del paciente con insuficiencia renal crónica en el cuidado de la diálisis peritoneal en un hospital de segundo nivel [versión PDF]. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 27(3), 146-153. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim193d.pdf>
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Enfermería Pediátrica* (10.^a ed.). Elsevier. <https://books.google.com.ec/books?id=LcrSDwAAQBAJ&pg=PA866&dq=definicion+de+insuficiencia+renal+terminal&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwijtLjmv7wAhW1KVkFHck3CKEQ6AEwAHoECAQQA#v=onepage&q=definicion%20de%20insuficiencia%20renal%20terminal&f=false>

- Ikizler, A., Burrowes, J., Byham, L., Campbell, K., Carrero, J., Chan, W., . . . Cuppari, L. (2020). Guía práctica clínica de KDOQUI para la nutrición en la ERC: actualización de 2020. *Revista Americana de Enfermedades Renales*, 76(3), 26-27. doi:<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Ecuador en Cifras*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/?s=Enfermedad+renal+cronica>
- Jhonson, R. (2017). *Tratado de Nefrología Clínica* (5.^a ed.). Amolca.
- Keyes, C. (2006). Subjective Well-Being in Mental Health and Human Development Research Worldwide: An Introduction. *Springer*, 77(1), 1-10. doi:<https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1002. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Lewis, S., Hgler, D., Bucher, L., Heitkemper, M., & Harding, M. (2018). *Guía práctica de enfermería médico quirúrgica. Evaluación y abordaje de problemas clínicos* (10.^a ed.). Elsevier. https://books.google.com.ec/books?id=_9vQDwAAQBAJ&pg=PA275&dq=manifestaciones+cl%C3%ADnicas+de+la+ERC&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiiyLikl8fwAhVlm-AKHSUEBHIQ6AEwAXoECAUQA#v=onepage&q=manifestaciones%20cl%C3%ADnicas%20de%20la%20ERC&f=false
- Lezama, F., & Moreno, B. (2020). *Apoyo social y bienestar psicológico en adultos mayores que asisten a un centro integral para el adulto mayor de la ciudad de Cajamarca* [Tesis de pregrado, Universidad Antonio Guillermo Urrelo]. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1532>
- Lopera, M. (2016). La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30). doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.erc>

- Luyckx, V., Tonelli, M., & Stanifer, J. (2018). La carga global de la insuficiencia renal y los objetivos de desarrollo sostenible. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 96(6), 414 - 422. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.206441>
- Maestre, E. (2019). *Cohesión, adaptabilidad familiar y bienestar psicológico en los adultos mayores* [Tesis de posgrado, Universidad del Norte] . <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9054/Elsa%20Maestre.pdf?sequence=1>
- Marreros, J. (2020). *Propiedades Psicométricas del test de Evaluación Neuropsicológica – Neuropsi* [Tesis de grado, Universidad Científica del Sur]. <https://hdl.handle.net/20.500.12805/1445>
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., & Melendez, J. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 101-112. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=80146474008>
- Melamed, A. (2016). LAS TEORÍAS DE LAS EMOCIONES Y SU RELACIÓN CON LA COGNICIÓN: UN ANÁLISIS DESDE LA FILOSOFÍA DE LA MENTE. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad de Jujuy*, 49, 13-38. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18551075001>
- Méndez, A., & Rivera, G. (2017). *Nefrología para enfermos* (2.^a ed.). El Manual Moderno . <https://www.yumpu.com/es/document/read/65060256/nefrologia-para-enfermeros-2-edicion-manual-moderno-duran-a-rivera-g>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2018). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_prevenccion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_crónica_2018.pdf
- Moore, P., Hsu, R., & Liu, K. (2018). Management of Acute Kidney Injury: Core Curriculum 2018. *American Journal of Kidney Diseases*, 72(1), 136-148. doi:<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.11.021>

- Morales, F. (2019). *Manual de Diálisis y Transplantes de Órganos*. Issu. https://issuu.com/3bambu/docs/manual_de_di_lisis_digital_060319
- Moya, M. (2017). Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(1), 48-56. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000100007&lng=es&tlng=es.
- Muratori, M., Ubillos, S., & Bobowik, M. (2015). Felicidad y Bienestar Psicológico: Estudio Comparativo Entre Argentina y España. *PSYKHE*, 24(2), 1-18. doi:10.7764/psykhe.24.2.900
- Naranjo, I. (2018). *Factores determinantes para el desarrollo de desórdenes cognitivos en pacientes enfermos renales crónicos que acuden a la consulta externa de nefrología del hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito*[Tesis de posgrado PUCE]. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15539>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Enfermedades no transmisibles y salud mental*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=infografias-7685&Itemid=270&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud . (3 de Junio de 2020). *Manejo de las personas con enfermedad renal crónica durante la pandemia de COVID-19*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52378>
- Osorio, J. (2020). Pensamiento crítico desde la Psicología cognitiva: una desarticulación de lo crítico social y sus posibles implicaciones en la formación universitaria de Psicología. *Revista Andina De Educación*, 3(1), 31-38 . doi:<https://doi.org/10.32719/26312816.2020.3.1.4>
- Ostrosky, F., Gómez, M., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Pineda, D. (2012). *Neuropsi - Atención y Memoria*. El Manual Moderno.
- Pedreira, G., Herrera, C., & Junyent, E. (2018). Análisis del estado psicofísico de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 21(1), 44-51. doi:<https://doi.org/10.4321/S2254-28842018000100006>

- Periz, D., Hidalgo, M., & Moreno, M. (2013). La supervivencia de las personas sometidas a diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 16(4), 278-280. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000400009&lng=es&tlng=es.
- Portilla, M., Tornero, F., & Gil, P. (2016). La fragilidad en el anciano con enfermedad renal crónica. *Sociedad Española de Nefrología*, 36(6), 609-615. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.03.020>
- Prieto, B. (2017). El uso de los métodos deductivo e inductivo para aumentar la eficiencia del procesamiento de adquisición de evidencias digitales. *Cuadernos de contabilidad. Pontificia Universidad Javeriana*, 18(46), 1-27. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.cc18-46.umdi>
- Ramos, M., & Merino, F. (2019). *Adaptación lingüística y baremación de la escala de bienestar psicológico de Ryff al contexto de la población Ecuatoriana* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCESA: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/2730>
- Rodriguez, M., Badilla, E., & Cruz, M. (2019). Salud mental y su relacion con las características biosociodemográficas en pacientes hemodializados. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(1), 79-93. doi:<https://dx.doi.org/10.22235/ech.v8i1.1801>
- Rombay, Rombay, F., Campuzano, S., Quezada, E., & Zapata, J. (2020). Manejo de las Personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en la Pandemia de Covid 19. *RECIAMUC*, 4(3), 127-138. doi:[https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(3\).julio.2020.127-138](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(3).julio.2020.127-138)
- Rosado, K., Miguél, J., & Suárez, D. (2019, del 15 al 19 de agosto). SÍNDROME DE DESEQUILIBRIO POSTDIÁLISIS: REPORTE DE CASO. *II Congreso del Foro Internacional de Medicina Interna*. Cartagena, Colombia. <https://1library.co/document/zw51e3lz-revista-completa-vol-suplemento.html>
- Rozman, F. (2016). *Medicina Interna*. Elsevier.

- Ryan , R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55. doi:<https://doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Salas, R., & Fernández, A. (2019). Valoración de las necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis mediante indicadores de ansiedad y depresión. *Enfermería Nefrológica*, 22(2), 17 -184. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000200009>
- Segura, R., Espinosa, G., Ramos, M., Hernández, J., Prieto , S., Espígol, G., & Cid, M. (2021). *Enfermedades Autoinmunes Sistémicas* (6.ª ed.). Panamericana .
- Seligman, M., & Maier, S. (1967). Fracaso para escapar del shock traumático. *Journal of experimental psychology*, 74(1), 1-9 . doi:10.1037 / H0024514
- Shatil, E. (2013, 26 de marzo). *¿El entrenamiento cognitivo combinado y el entrenamiento de actividad física mejoran las habilidades cognitivas más que cualquiera de los dos? Un ensayo controlado aleatorio de cuatro condiciones entre adultos mayores sanos.* <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2013.00008/full>
- Torres, G., Bandera, Y., Ge Martínez, P., & Amaro, I. (2017). Factores de riesgo de enfermedad renal crónica en pacientes del municipio de II Frente. *MEDISAN*, 21(3), 282-289. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368450009004>
- Valdenebro, M., Rodríguez, L., Tarragón, B., Sánchez, P., & Portolés, J. (2020). Una visión nefrológica del tratamiento sustitutivo renal en el paciente crítico con fracaso renal agudo: horizonte 2020. *Nefrología*, 41(2), 91-226. doi:10.1016/j.nefro.2020.07.016
- Villagra, M. (2016). *Nivel de Caldiad De Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Sometidos a Hemodiálisis en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza* [Tesis de posgrado, Universidad Católica Santa María]. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/5746>

- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523006002>
- Zapata, D., Helaman, R., & Parodi, J. (2020). Relación entre trastornos neurocognitivos, Diabetes Mellitus Tipo 2 y otros factores en adultos mayores del Centro Médico Naval del Perú, entre los años 2010 a 2015. *Revista de Neuro Psiquiatría*, 83(2), 87-96. doi:<https://doi.org/10.20453/rnp.v83i2.3751>

8. Apéndice/Anexos

8.1. Consentimiento Informado

Estimado paciente, yo, Psicóloga Clínica Gabriela León Herrera me encuentro realizando mis estudios de cuarto nivel en la Universidad Politécnica Salesiana – Sede Cuenca, mi tema de investigación abordado se titula: “Estudio de la relación entre el bienestar psicológico y el estado cognitivo de los pacientes que presentan enfermedad renal crónica terminal y acuden a terapia de hemodiálisis en Diálítica Unidad Renal período 2020”,

Por lo cual solicito a usted de la manera más comedida me colabore respondiendo con sinceridad los test psicológicos expuestos a continuación; cuyo objetivo es llegar a determinar la relación entre el bienestar psicológico y el estado cognitivo de los pacientes que presentan enfermedad renal crónica terminal y acuden a terapia de hemodiálisis en Diálítica unidad renal.

Su participación es totalmente voluntaria, el mismo no implica ningún riesgo para usted y su familia. Sus datos personales no serán revelados en ningún momento y bajo ninguna circunstancia.

Las respuestas pasarán a formar parte de una base de datos que servirá únicamente para la realización del estudio, por lo tanto, no tendrá connotación institucional.

Derechos del participante

Usted tiene derecho a recibir la información del estudio de forma clara; la oportunidad de aclarar todas sus dudas; tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; libertad para negarse a participar en el estudio sin traerle ningún problema; derecho a reclamar una indemnización en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio. Tiene derecho a que se respete su privacidad y tener libertad para no responder preguntas que le incomoden.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

En caso de aceptar su participación en el presente estudio le pedimos que confirme a continuación:

Manifiesto que he sido informado sobre el objeto del estudio.

He sido también informado que mis datos personales serán protegidos y sometidos a las garantías dispuestas en la ley y que nunca serán transmitidos a terceras personas o instituciones.

Tomando todo esto en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para la utilización de las respuestas dadas al presente cuestionario:

SI_____ NO_____

Firma: _____

8.2. Test Neuropsi

NEUROPSI ATENCIÓN Y MEMORIA

Nombre: _____ Edad _____ Fecha nacimiento _____
 Aplicó: _____ Fecha de hoy: _____

PROTOCOLO DE APLICACIÓN

1. ORIENTACIÓN

		Puntuación
A) Tiempo	¿En qué día estamos? _____	0 1
	¿En qué mes estamos? _____	0 1
	¿En qué año estamos? _____	0 1
	¿Qué hora es en este momento? _____	0 1
b) Espacio	¿En qué calle vives? _____	0 1
	¿En qué colonia vives? _____	0 1
c) Persona	¿Cuántos años tienes? _____	0 1
TOTAL _____		(7)

2. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN. RETENCIÓN DE DÍGITOS EN PROGRESIÓN.

"Te voy a leer una serie de números, cuando termine debes de repetirlos en el mismo orden". Si logra repetir el primer ensayo, se pasa a la serie siguiente. Si fracasa aplique los 2 ensayos. Suspender después de 2 fracasos consecutivos.

4-6-2	3	3-5-9-1-4	5-9-3-2-1	5	3-5-1-2-7-6	6	6-4-1-7-2-4-9	7
6-7-3	3	6-8-2-4-4	4-2-1-5-7	5	6-9-2-5-7-1	6	7-3-6-8-2-1-4	7
2-8-7-3-5-9-1-6-8		5-6-2-8-3-5-3-1-7		9				
4-3-7-8-1-2-7-5-8		3-7-1-6-2-4-8-9-5		9				
TOTAL _____								(9)

3. MEMORIA DE TRABAJO. RETENCIÓN DE DÍGITOS EN REGRESIÓN.

"Te voy a leer una serie de números, cuando termine, debes repetirlos al revés, desde el último hasta el primero. Por ejemplo, si yo te digo 2,5 tú me dices 5,2". Si logra repetir el primer ensayo se pasa a la siguiente serie. Si fracasa, aplique los dos ensayos. Suspender después de dos fracasos consecutivos.

8-3	2	3-1-9	3	6-3-8-2	4	5-8-3-7-4	5	7-5-3-8-2-6	6
2-7	2	4-8-3	3	2-5-1-4	4	6-2-5-9-3	5	4-8-7-3-6-9	6
1-5-8-2-9-3-9	7	9-3-7-4-1-8-2-6		8					
4-9-2-7-3-1-5	7	5-9-2-4-8-1-3-6		8					
TOTAL _____								(8)	

4. CODIFICACIÓN. CURVA DE MEMORIA ESPONTANEA.

"A continuación te voy a leer una lista de palabras, las cuales debes repetir, sin importar el orden, inmediatamente después de que yo termine. Te voy a repetir la misma lista 3 veces y cada vez tú debes decirme todas las palabras que recuerdes sin importar si las mencionaste en el ensayo anterior o no. Más adelante te voy a pedir que repitas nuevamente todas las palabras que recuerdes". Anote con número el orden en el que el sujeto responde.

Cara		Cara		Cara	
Pera		Pera		Pera	
Burro		Burro		Burro	
Fresa		Fresa		Fresa	
Pato		Pato		Pato	
Ceja		Ceja		Ceja	
Rana		Rana		Rana	
Hombro		Hombro		Hombro	
Cabra		Cabra		Cabra	
Piña		Piña		Piña	
Codo		Codo		Codo	
Lima		Lima		Lima	

Intrusiones _____
 Perseveraciones _____
 Primacia _____
 Categoría 3 _____
 Curva aprendizaje _____

Curva aprendizaje _____
 12

Volumen total promedio _____(12)

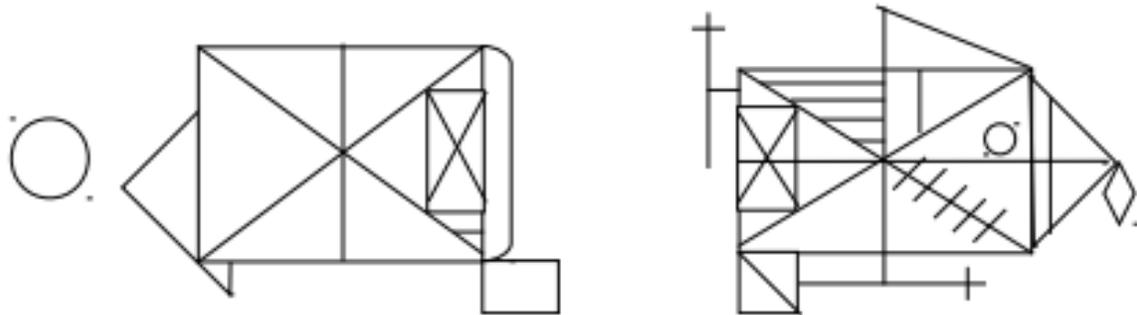
5. CODIFICACIÓN. PROCESO VISOESPACIAL. (COPIA DE UNA FIGURA SEMICOMPLEJA O DE LA FIGURA DE REY-OSTERREITH)

Para niños de 6 o 7 años y adultos (16 a 85 años) con escolaridad baja (0 a 3 años) utilizar lámina 1.

Para niños de 8 años en adelante y adultos con escolaridad media o alta utilizar lámina 2.

Suspender a los 5 minutos.

"Observa con atención esta figura y dibújala en esta hoja tal como la ves. Más tarde te voy a pedir que dibujes nuevamente todos los detalles que recuerdes de la figura".



Hora _____ TOTAL _____ (12 o 36)

6. CODIFICACIÓN. MEMORIA LÓGICA.

"Te voy a leer dos historias, cuando termine de leer cada una te voy a pedir que me digas todo lo que puedas recordar. Más adelante te pediré que repitas nuevamente todo lo que recuerdes de cada una de las historias".

Leer en voz alta el párrafo 1 de la lámina 3 y al terminar decir: "Ahora dime todo lo que puedas recordar".

Posteriormente leer el párrafo 2 de la lámina 4 y al terminar decir: "Ahora dime todo lo que puedas recordar de la segunda historia".

Párrafo 1: _____

Unidad historia _____ (16)

Unidad tema _____ (5)

Párrafo 2: _____

Unidad historia _____ (16)

Unidad tema _____ (5)

TOTAL PROMEDIO HISTORIAS _____ (16)

TOTAL PROMEDIO TEMAS _____ (5)

7. CODIFICACIÓN. CARAS.

"A continuación te mostraré las fotografías de algunas personas, junto con sus nombres y en cuanto termine tú debes repetir los nombres que recuerdes. Más adelante te pediré que repitas nuevamente los nombres y te mostraré estas fotografías junto con otras para que reconozcas las que te voy a mostrar ahora".

Mostrar la lámina 5 y decir: "Ella es Lourdes Guzmán". Posteriormente mostrar la lámina 6 y decir: "El es Efraín Ruiz". Al terminar de mostrarle las láminas 5 y 6 decir: "¿Me puedes repetir los nombres de las personas que te acabo de mostrar?".

Lourdes Guzmán _____ Efraín Ruiz _____
TOTAL _____ (4)

8. FORMACIÓN DE CATEGORÍAS.

"Voy a mostrarte unos dibujos y tú deberás decirme de qué formas puedes agruparlos. Por ejemplo (enseñándole la lámina 7), todas estas figuras son partes del cuerpo, el ojo y la boca son partes de la cara y la mano y la pierna son extremidades". Enseñar la lámina 8 y decir: "Dime cómo se pueden agrupar estas figuras. Trata de formar el mayor número de agrupaciones posibles".

Continuar con las láminas 9, 10, 11 y 12 de la misma manera.

En cada inciso suspender después de que el sujeto proporcione 5 categorías.

Suspender la tarea después de 5 minutos.

Respuestas:

Lámina 8	Lámina 9	Lámina 10	Lámina 11	Lámina 12
1.	1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.	3.
4.	4.	4.	4.	4.
5.	5.	5.	5.	5.

TOTAL _____ (25)

9. FUNCIONES DE EVOCACIÓN. MEMORIA VERBAL.

9.1. MEMORIA VERBAL ESPONTANEA.

"Hace un momento te aprendiste una lista de palabras, ¿Cuáles palabras recuerdas de esa lista?"

Cara _____ Fresa _____ Rana _____ Piña _____
Pera _____ Pato _____ Hombro _____ Codo _____
Burro _____ Ceja _____ Cabra _____ Lima _____
Intrusiones _____
Perseveraciones _____
TOTAL _____ (12)

9.2. MEMORIA VERBAL POR CLAVES.

"De la lista de palabras que aprendiste te dije algunas frutas ¿Cuáles eran? _____"

¿Cuáles eran partes del cuerpo? _____

¿Cuáles eran partes animales? _____

Intrusiones _____
Perseveraciones _____
TOTAL _____ (12)

9.3. MEMORIA VERBAL POR RECONOCIMIENTO.

"Te voy a leer una lista de palabras, si alguna de ellas pertenece a las palabras que memorizaste anteriormente me dices SI, y en caso contrario respondes NO".

Diente _____ Uña _____ Cana _____ Nariz _____
Fresa* _____ Pera* _____ Codo* _____ Uva _____
Cama _____ Gato _____ Pato* _____ Rana* _____
Lima* _____ Cabra* _____ Mano _____ Limón _____
Perro _____ Hombro* _____ Brazo _____ Burro* _____
Cara* _____ Piña* _____ Ceja* _____ Mango _____
Aciertos _____
Falsos Positivos _____
TOTAL (12)

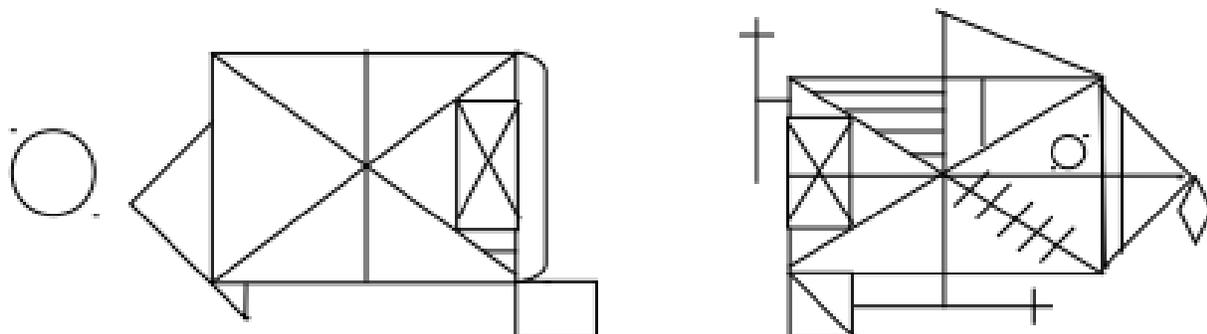
Errores _____
 Intrusiones _____
 Perseveraciones _____

VOLUMEN TOTAL PROMEDIO _____ (12)

12. FUNCIONES DE EVOCACIÓN. MEMORIA VISOESPACIAL. (EVOCACIÓN DE UNA FIGURA SEMICOMPLEJA O DE LA FIGURA DE REY-OSTERREITH)

Proporcionar una hoja blanca y lápiz y decir: "Recuerdas la figura que copiaste hace un momento?, trata de dibujarla nuevamente en esta hoja".

Registrar la secuencia observada. 5 min max.



Hora _____ TOTAL _____ (12 o 36)

13. FUNCIONES DE EVOCACIÓN. MEMORIA LOGICA VERBAL.

"Recuerdas las historias que te lei antes? Dime TODO lo que puedas recordar de la primera historia".

Cuando termine: "Ahora dime todo lo que puedas recordar de la segunda historia".

Párrafo 1: _____

Unidad historia _____ (16)
 Unidad tema _____ (5)

Párrafo 2: _____

Unidad historia _____ (16)
 Unidad tema _____ (5)

TOTAL PROMEDIO HISTORIAS _____ (16)
 TOTAL PROMEDIO TEMAS _____ (5)

14. FUNCIONES DE EVOCACIÓN. MEMORIA DE CARAS.

14.1. EVOCACIÓN DE NOMBRES.

"Hace un momento te mostré fotografías de algunas personas, ¿puedes decirme cuáles eran sus nombres?". Si no los recuerda añadir: "El primer nombre empezaba con L". Anotar si se obtiene entonces la respuesta y si el apellido es recordado espontáneamente. Si no, dar la primera letra del apellido. Si el sujeto responde con un apellido incorrecto pero que empieza con la letra correcta decir: "No, no ése, pero si empieza con G". Proceder con el segundo nombre de la misma manera.

	Espontáneo	Clave		Espontáneo	Clave	
Lourdes	_____ (2)	_____ (1)	Efraín	_____ (2)	_____ (1)	
Guzmán	_____ (2)	_____ (1)	Raíz	_____ (2)	_____ (1)	TOTAL _____ (8)

14.2. RECONOCIMIENTO DE CARAS.

Mostrar desde la lámina 13 hasta la lámina 16 y decir: "Te voy a mostrar algunas fotografías, si alguna de ellas pertenece a las fotografías que habías visto anteriormente me dices SI y en caso contrario respondes NO".

13. _____ 14.* _____ 15. _____ 16.* _____
 Aciertos _____
 Falsos Positivos _____
 TOTAL _____ (2)

15. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN. CUBOS EN PROGRESIÓN.

Colocar los cubos en el diagrama de manera que los números queden visibles para el evaluador.

"Voy a señalar una serie de cubos, cuando termine tu debes señalarlos en el mismo orden".

Si logra repetir el primer ensayo se pasa a la serie siguiente. Si fracasa aplicar los dos ensayos. Suspender después de dos fracasos consecutivos.

8-9-1 3 4-6-7-3 4 8-1-6-2-9 5 7-3-5-9-7-4 6 5-2-4-8-5-3-6 7 3-6-8-1-4-9-1-5 8

5-9-2 3 2-5-8-3 4 3-7-9-5-3 5 6-8-3-4-5-1 6 4-1-6-3-7-9-2 7 6-9-7-1-8-2-3-4 8

4.8.1.5.7.2.3.9.6 9

1-8-2-9-7-3-4-6-5 9

TOTAL _____ (9)

16. MEMORIA DE TRABAJO. CUBOS EN REGRESIÓN.

"Ahora voy a señalar una serie de cubos, cuando termine debes señalarlos al revés, desde el último hasta el primero. Por ejemplo, si yo señalo 5-4, tu debes señalar 4-5".

Si repite el primer ensayo se pasa a la serie siguiente. Si fracasa aplicar los dos ensayos. Suspender después de dos fracasos consecutivos.

4-8 2 5-9-2 3 5-8-3-4 4 7-9-2-5-6 5 6-9-1-2-5-7 6 5-2-8-1-3-7-9 7 3-9-4-6-1-7-2-9 8

9-3 2 1-7-2 3 6-3-1-9 4 4-3-6-1-7 5 5-4-8-2-7-3 6 2-7-9-3-6-1-8 7 6-2-7-4-1-3-5-8 8

7.9.2.6.4.1.5.3.8 9

4-7-2-8-5-1-9-3-6 9

TOTAL _____ (9)

17. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN. DETECCIÓN DE DÍGITOS.

"Ahora, te voy a leer una lista de números y cada vez que escuches un número 2 e inmediatamente después un 5, debes dar un pequeño golpe en la mesa, vamos a hacer un ejemplo: 3 9 2 5 1 2 4 7 1 2 5 3 5. Muy bien, ahora te voy a leer otra lista de números y al igual que en el ejemplo que acabamos de hacer, cada vez que escuches un 2 e inmediatamente después un 5, darás un pequeño golpe en la mesa".

Leer los números en secuencia horizontal.

	7	8	2	5	1	3	9	4	7	2	6	9	3
1ª	8	7	3	8	5	7	6	2	5	8	3	9	6
Mitad	7	2	5	1	6	3	8	4	9	1	3	6	9
	4	7	3	9	1	2	5	3	1	8	5	3	5
	1	7	2	6	2	5	4	3	8	2	9	4	1
	7	2	7	1	9	5	4	3	6	1	8	2	5
2ª	4	3	6	9	7	3	1	8	2	5	4	6	3
	8	1	7	2	5	4	6	9	3	5	8	1	3
Mitad	6	2	1	3	9	6	2	7	2	5	4	8	3
	7	5	4	3	1	8	5	9	2	5	8	7	9

Primera mitad

Aciertos _____

Intrusiones _____

Segunda mitad

Aciertos _____

Intrusiones _____

TOTAL _____ (10)

18. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN. SERIES SUCESIVAS.

"Te voy a pedir que cuentes de 3 en 3 empezando con el 1 hasta llegar al 40, por ejemplo 1,4,7 y continuas así hasta el 40".

Niños de 6 y 8 años llegar al 40 o a los 120 segundos; de 9 años en adelante detenerlos al llegar al 40 o a los 45 segundos.

1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40

TIEMPO(45 o 120 seg) _____

TOTAL _____ (0,1,2,3)

19. FLUIDEZ VERBAL.

"Te voy a pedir que me digas todos los nombres de animales que recuerdes, tienes un minuto".

Al acabar la tarea decir: "Ahora te voy a pedir que menciones todas las palabras que recuerdes que inicien con la letra P, sin que sean nombres propios o palabras derivadas, por ejemplo, pan, panadería, panadero".

19.1 Nombres de animales

1. _____ 15. _____

19.2 Palabras que inician con "P"

1. _____ 15. _____

2. _____ 16. _____
 3. _____ 17. _____
 4. _____ 18. _____
 5. _____ 19. _____
 6. _____ 20. _____
 7. _____ 21. _____
 8. _____ 22. _____
 9. _____ 23. _____
 10. _____ 24. _____
 11. _____ 25. _____
 12. _____ 26. _____
 13. _____ 27. _____
 14. _____ 28. _____

Intrusiones _____
 Perseveraciones _____
 TOTAL SEMANTICO _____

2. _____ 16. _____
 3. _____ 17. _____
 4. _____ 18. _____
 5. _____ 19. _____
 6. _____ 20. _____
 7. _____ 21. _____
 8. _____ 22. _____
 9. _____ 23. _____
 10. _____ 24. _____
 11. _____ 25. _____
 12. _____ 26. _____
 13. _____ 27. _____
 14. _____ 28. _____

Intrusiones _____
 Perseveraciones _____
 TOTAL FONOLÓGICO _____

20. FLUIDEZ NO VERBAL.

Mostrar los ejemplos de la lámina 17. Suspender después de 3 minutos.

"La siguiente tarea consiste en formar diferentes figuras trazando únicamente cuatro líneas y uniendo los puntos que aparecen en cada cuadro. En cada uno de estos ejemplos se trazaron estas cuatro líneas y se formaron estas figuras". Señalar con el dedo las rutas que se siguieron en los ejemplos. "Como puedes ver, no es necesario que unas todos los puntos con las cuatro líneas. Si quieres, puedes levantar el lápiz de la hoja".

Presentar la hoja adjunta que contiene los cuadros.

"En esta hoja debes formar figuras que sean diferentes a estos ejemplos y todas las figuras deberán ser distintas entre sí. Forma el mayor número posible de figuras de cuatro líneas, lo más rápido que puedas".

Intrusiones _____
 Perseveraciones _____
 TOTAL _____(35)

21. FUNCIONES DE EVOCACIÓN. PARES ASOCIADOS.

"¿Recuerdas los pares de palabras que te aprendiste hace un momento?, te voy a decir la primer palabra de cada par y tu debes decirme cuál era la segunda palabra."

1. Elefante	(vidrio)	_____	7. Fruta	(uva)	_____
2. Cielo	(hielo)	_____	8. Camión	(melón)	_____
3. Metal	(fierro)	_____	9. Pantalón	(blusa)	_____
4. Coche	(payaso)	_____	10. Accidente	(oscuridad)	_____
5. Huevo	(nuevo)	_____	11. Foco	(coco)	_____
6. Plato	(lobo)	_____	12. Flor	(árbol)	_____

Errores _____
 Intrusiones _____
 Perseveraciones _____
 TOTAL _____(12)

22. FUNCIONES MOTORAS. SEGUIR UN OBJETO.

"Ve este lápiz y siguelo con tus ojos, sin mover la cabeza".

Colocar un lápiz en posición vertical a unos 20cm de la nariz del sujeto y desplazarlo hacia la derecha y luego hacia la izquierda.

0= No realiza movimiento de los ojos hacia el lado requerido.

1= Saltatorio, difícil.

2= Normal. Movimientos suaves de seguimiento.

EJECUCIÓN:

Derecha 0 1 2

Izquierda 0 1 2

Aciertos _____ (4)

23. FUNCIONES MOTORAS. REACCIONES OPUESTAS.

"Cuando yo de un golpe sobre la mesa tu debes de dar dos golpes y cuando yo de dos golpes tu deberás dar uno".

Una vez entendidas las instrucciones, la tarea se repite cinco veces, dando al azar uno o dos golpes.

0= No lo hizo

1= Lo hizo con errores

2= Lo hizo correctamente Aciertos _____ (2)

24. FUNCIONES MOTORAS. REACCIÓN DE ELECCIÓN.

"Ahora cuando yo de un golpe sobre la mesa tu deberás dar dos, pero cuando yo de dos golpes tu no deberás dar ninguno". Una vez entendidas las instrucciones, la tarea se repite cinco veces, dando al azar uno o dos golpes.

0= No lo hizo 1= Lo hizo con errores 2= Lo hizo correctamente
 Aciertos _____ (2)

25. FUNCIONES MOTORAS. CAMBIO DE POSICIÓN DE LA MANO.

"A continuación observa con cuidado los movimientos que voy a hacer con mi mano y posteriormente trata de hacerlos de la misma manera".

Realizar tres movimientos en secuencia con la mano derecha colocada sobre la mesa: **puño, filo y palma**. A continuación el sujeto debe repetir los movimientos. Si no lo logra, el examinador presenta de nuevo la misma secuencia hasta un total de tres intentos. Luego con la mano izquierda realizar: **palma, filo y puño**.

Si el sujeto realiza la tarea con la mano contraria a la utilizada por el examinador (ejecución en espejo) se le hace la observación para que utilice la mano indicada, sin que esto afecte su calificación.

0= No lo hizo 1= Lo hizo con errores 2= Lo hizo correctamente
 Ejecución: Derecha 0 1 2 Izquierda 0 1 2 Aciertos _____ (4)

26. FUNCIONES MOTORAS. DIBUJOS SECUENCIALES.

Muestre al sujeto la lámina 18. "Observa esta figura y cópiala en esta hoja sin levantar el lápiz del papel".

Fluidez

0= Imposible 1= Lento, pero posible 2= Normal Aciertos _____ (2)

Continuidad Secuencial

0= Interrumpe el trazo + de 2 veces; 1= Interrumpe 1 o 2 veces; 2= todos los mov son continuos Aciertos _____ (2)

Perseveración Secuencial

0= Repetición continua del mismo elemento; 1= Tendencia al a perseveración: repetición al menos una vez del mismo elemento (ángulo o semicadrado), 2= Normal Aciertos _____ (2)

Perseveración de movimientos particulares

0= Permanece en la misma línea sin continuar la serie; 1= Repinta una o dos líneas; 2= Normal Aciertos _____ (2)

Total dibujos Secuenciales _____ (8)

TOTAL FUNCIONES MOTORAS _____ (20)

27. STROOP.

Registrar el tiempo de ejecución en cada subprueba.

Lámina 19: "Lee lo más rápido que puedas estas palabras. Empieza con la primera columna de arriba hacia abajo y continúa con las demás columnas de la misma manera".

Lectura

Rojo	Verde	Rojo	Café
Azul	Café	Azul	Verde
Verde	Azul	Rojo	Café
Café	Rojo	Azul	Verde
Rojo	Verde	Café	Azul
Café	Azul	Verde	Rojo
Azul	Verde	Café	Rojo
Azul	Rojo	Verde	Café
Café	Verde	Azul	Rojo

Tiempo _____

Aciertos _____ (36)

Azul	Café	Verde	Rojo
Verde	Rojo	Café	Azul
Rojo	Verde	Azul	Verde
Azul	Café	Rojo	Rojo
Café	Azul	Verde	Café
Verde	Rojo	Café	Azul
Rojo	Café	Azul	Verde
Rojo	Azul	Café	Verde
Rojo	Azul	Café	Verde

Tiempo _____

Aciertos _____ (36)

Lámina 21: "Esta vez, deberás decirme lo más rápido que puedas, en qué color están impresas estas palabras. Empieza con la primera columna de arriba hacia abajo y continúa con las demás columnas de la misma manera".

Interferencia

Azul	Café	Verde	Rojo
Verde	Rojo	Café	Azul
Rojo	Verde	Azul	Verde
Azul	Café	Rojo	Verde
Café	Azul	Verde	Café
Verde	Rojo	Café	Azul
Rojo	Café	Azul	Verde
Rojo	Azul	Café	Verde
Rojo	Azul	Café	Verde

Tiempo _____

Aciertos _____ (36)

OSERVACIONES GENERALES DEL DESEMPEÑO DURANTE LA PRUEBA:

8.3. Test de Carol Ryff en la adaptación de Darío Díaz

Adaptación española de 29 ítems (Darío Díaz *et al.*, 2006)

A continuación le presentamos una serie de preguntas, lea cada pregunta de manera cuidadosa y coloque una señal (X) bajo el número de la columna con el que esté de acuerdo. Cada valor tiene un significado que se detalla a continuación:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En Desacuerdo
3. Parcialmente en desacuerdo
4. Parcialmente de acuerdo
5. De acuerdo
6. Totalmente de acuerdo

Nº	Ítems	1	2	3	4	5	6
1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.						
5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.						
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
8	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.						
9	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.						
10	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						
11	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
12	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
13	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.						

14	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.								
15	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.								
16	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.								
17	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad								
18	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.								
19	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.								
20	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.								
21	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.								
22	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.								
23	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.								
24	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.								
25	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.								
26	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.								
27	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.								
28	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.								
29	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiar.								