



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Instituto de Investigación y Posgrado
Programa Nacional de Posgrados
De Calidad

EFFECTO DE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN MUSCULAR DE JACOBSON
SOBRE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y EL CONTROL
DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON IRC EN HEMODIÁLISIS

Por

ANAHÍ MARTÍNEZ SALDAÑA

Tesis presentada como requisito parcial
para obtener el grado de

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Director de Tesis

Sergio Galán Cuevas

Co-director

Angelina González Hurtado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Instituto de Investigación y Posgrado
Programa Nacional de Posgrados
De Calidad

EFECTO DE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN MUSCULAR DE JACOBSON
SOBRE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y EL CONTROL DEL
ESTRÉS EN PACIENTES CON IRC EN HEMODIÁLISIS

Por

ANAHÍ MARTÍNEZ SALDAÑA

Tesis presentada como requisito parcial
para obtener el grado de

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Director de Tesis

Sergio Galán Cuevas

Co-director

Angelina González Hurtado

Sinodales

Dra. Angelina González Hurtado

Dr. Omar Sánchez-Armáss Cappello

Mtra. María Elena Navarro Calvillo

Dr. Omar Sánchez-Armáss Cappello
Jefe del Instituto de Investigación y Posgrado

Dra. Angelina González Hurtado
Coordinadora de la Maestría en Psicología

Dr. Agustín Zárate Loyola
Director

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico brindado a lo largo de dos años para la realización del presente trabajo, así como a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Psicología.

Mis agradecimientos y reconocimiento al Instituto Mexicano del Seguro Social, en especial a los doctores Jorge Alfredo García Hernández y Arnoldo Mondragón Padilla por su confianza y apoyo para llevar a cabo mi trabajo de investigación en esta institución, de la misma manera agradezco a las personas que aceptaron participar en este trabajo.

Mi gratitud a la Dra. Angelina, por su contribución a mi formación profesional y por todo su apoyo, sobre todo en la última parte de mi maestría, reconozco y agradezco al Dr. Agustín Zarate por su amable apoyo.

En especial, agradezco a mis hijas, por permitirme robarles gran parte de su tiempo, por sus palabras de amor día con día, gracias a mi esposo por sus palabras de aliento. Mi reconocimiento a mis padres, quienes con su ejemplo y amor han sido los principales educadores de vida a lo largo de todos estos años. Gracias por estar ahí a mis hermanos y sobrinos.

A mis amigos, por todas sus atenciones: Krisi Jami, Sandy, Oilicec, Isa, Blanca, Brenda, Diana, Erika e Ing. Vega, por compartir momentos de alegría y descontento durante esta etapa de formación.

EFFECTO DE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN MUSCULAR DE JACOBSON
SOBRE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y EL CONTROL
DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON IRC EN HEMODIÁLISIS

Resumen

por Mtra. Anahí Martínez Saldaña
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Octubre 2009

Director de tesis: Sergio Galán Cuevas

Co director: Angelina González Hurtado

Las enfermedades crónicas y degenerativas en la actualidad son la principal causa de muerte en el mundo y representan una gran porción del gasto sanitario. En el estado de San Luis Potosí, el descontrol de la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial son los principales factores que contribuyen al desarrollo de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC). El paciente en hemodiálisis presenta alteraciones que afectan el sistema corporal, cardiovascular, y musculo esquelético; además presentan trastornos psicológicos como angustia acompañada por sentimientos de incapacidad, ansiedad, estrés, etc., que indudablemente afectan su percepción de la calidad de vida. En el presente trabajo planteamos la estrategia de promover el uso de las herramientas psicológicas.

Se emplearon las Técnicas de Relajación Muscular de Jacobson para evaluar su impacto en la percepción de calidad de vida y en el nivel del control de estrés, en personas en hemodiálisis adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 50, SLP. Es una investigación de tipo cuantitativa cuasiexperimental con evaluación pre y post intervención, sin grupo control. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Calidad de Vida SF- 36, e Inventario de Síntomas de Estrés. En un segundo momento se llevó a cabo la

intervención que consistió de doce sesiones, con una duración de 25 minutos cada una, realizándose durante la sesión de hemodiálisis dos veces por semana. Para finalizar con la aplicación de instrumentos de evaluación psicológica.

Encontramos que los niveles de estrés disminuyeron al término de la intervención y que la percepción de calidad de vida también se modificó positivamente en este estudio en algunas de sus dimensiones.

ÍNDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	viii
INDICE DE FIGURAS.....	iv
CAPITULO	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	3
Planteamiento del problema.....	3
Justificación.....	7
Antecedentes teóricos.....	10
Calidad de vida.....	10
Estrés.....	16
Técnicas de relajación.....	18
Concepto.....	20
Calidad de vida.....	20
Calidad de vida y hemodiálisis.....	22
Medición de la calidad de vida relacionada con la salud.....	23
Estrés.....	24
Activación fisiológica del estrés.....	29
Técnicas de relajación.....	31
III. ESTUDIO EMPÍRICO.....	38
Método.....	38

Objetivos e hipótesis.....	38
Participantes.....	39
Procedimiento de colección de datos.....	43
Variables de medida.....	43
IV. RESULTADOS.....	45
V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	52
REFERENCIAS.....	59
APÉNDICE.....	
A. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	73
B. MANUAL DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

1. Escalas con un nivel de significancia al comparar pre y post evaluación.....	51
---	----

INDICE DE FIGURAS

1. Actividades a las que se dedican.....	46
2. Tiempo que las personas tienen en tratamiento de hemodiálisis.....	46
3. Análisis de la Escala de Estrés Percibido, pre y post intervención.....	47

Dedicatoria

Este trabajo tiene especial dedicatoria para los seres más importantes en mi vida: mis hijas, Lía y Perla, las amo, son parte de mi vida y el motivo de mi lucha día con día para llegar a las metas que me propongo. A mi esposo, y mis padres.

CAPÍTULO UNO

INTRODUCCIÓN

Los avances en materia de salud han permitido un aumento espectacular de la esperanza de vida, hecho que ha traído consigo cambios demográficos importantes, y que propicia el aumento del número de pacientes que se convierten en usuarios permanentes de los servicios sanitarios, e incide necesariamente en un aumento del gasto para las instituciones que ofrecen el servicio.

Una de las enfermedades que se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial y en México es la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), cuyo tratamiento es altamente costoso, sobre todo en su modalidad de hemodiálisis, tratamiento que sin duda es efectivo, pero que tiene un impacto emocional, físico, y social, además de dificultar las actividades cotidianas de las personas.

En este mismo orden de ideas las personas ven limitada su calidad de vida, especialmente si son mayores o tienen otras enfermedades asociadas.

El concepto de CVRS (calidad de vida relacionada con la salud) aparece en las sociedades occidentales obedeciendo a que el papel de la medicina no debe responder únicamente a proporcionar muchos años de vida sino que estos se acompañen de una mejor calidad de vida en los años vividos.

Si como consecuencia de los diversos procesos psicológicos, una persona no aprende a desplegar patrones de comportamiento que satisfacen los requerimientos mencionados, sería una persona menos competente y esperaríamos que esa persona valore en peores términos su calidad de vida, tal es el caso del estrés.

De tal manera que el estrés, las emociones y la salud mantienen entre si una estrecha vinculación (Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez, 2012) se ha comprobado que las personas sometidas a estrés tienen unos hábitos de salud peores que las personas que no lo padecen (Fernández & Edo,1994).

El estrés mantenido en el tiempo produce baja respuesta inmune y aumento de la depresión y los pacientes en tratamiento de hemodiálisis están sometidos a múltiples estresores físicos y psicosociales, como: efectos de la enfermedad, dinámicas familiares, restricciones de la dieta, horarios, limitaciones funcionales, limitaciones económicas, cambios en el empleo, relaciones con el personal médico, cambios en el rol, en la función sexual, efectos de la medicación, y conocimientos para afrontar la muerte.

Existe un creciente auge en la investigación que trata de establecer la posibilidad de modificar los distintos factores de riesgo, mediante técnicas de intervención psicológica, demostrando que la psicología puede ser utilizada como instrumento eficaz para modificar los distintos factores de riesgo. Se han utilizado tratamientos no farmacológicos entre ellos el entrenamiento en relajación y respiración.

Buena parte de la medicina parece estar más interesada en medir y controlar adecuadamente los parámetros fisiológicos y bioquímicos y no actuar en los aspectos subjetivos psicológicos del paciente. Sin embargo, el tratamiento para las personas con insuficiencia renal crónica avanzada, sometidas a terapia de sustitución con hemodiálisis implica varias estrategias, entre ellas no podemos descartar la intervención de la psicología.

CAPÍTULO DOS

MARCO TEÓRICO

Planteamiento del problema

Recientemente el mundo ha experimentado un aumento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (Kuri, et al. 2009) como consecuencia de las transformaciones demográficas y epidemiológicas derivadas principalmente de una población cada vez mas envejecida y múltiples cambios en estilos de vida (Miguel, et al. 2009). De acuerdo con Cusumano, y González (2008) esta situación permite un aumento en el número de pacientes que se convierten en usuarios permanentes de los servicios sanitarios.

Las enfermedades crónicas son la causa mas importante de morbi-mortalidad en el mundo, según el organismo World Health Organization (2005) aproximadamente 35 millones de personas fallecieron por esta causa y se estima que en la próxima década esta cifra aumente en 17%. Es importante mencionar que muchas de estas enfermedades crónicas pueden tratarse, pero no curarse (Álvarez, et al., 2001) en consecuencia, el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas y evitar complicaciones como menciona Schwartzmann (2003). Sin embargo esto resulta insuficiente para garantizar la calidad de vida de los pacientes. Una de estas enfermedades crónicas que aqueja al mundo es la Enfermedad Renal Crónica (ERC).

Hoy día la ERC representa un problema de salud pública creciente a nivel mundial (Flores, 2010; Levey, Andreoli, DuBose, Provenzano, y Collins, 2007) se estima la existencia de 2 millones de personas con enfermedad renal terminal (ERCT) a lo que se requerirá mas de un billón de dólares para su tratamiento, adicionalmente, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en el 2011, la diabetes fue la primera causa de daño renal y 346 millones de personas alrededor del mundo cursan con este padecimiento, como se puede entender esto permitirá que la

ERC valla en aumento. En latino américa se incrementó la incidencia de la IRC, pasando de 33.3 pacientes por millón de personas (pmp) en el año de 1993, a 167.8 pmp para el 2005, derivado de causas como el descontrol de la diabetes tipo 2, la transición poblacional y los cambios en el estilo de vida de las personas (Cusumano, y González, 2008; Paniagua, Amato, et al., 2002) a pesar de este incremento se destina un bajo porcentaje de recursos al cuidado de la salud (Pecoits, et al. 2007).

Finalmente, en México, Paniagua, Ramos, Fabián, Lagunas, y Amato (2007) consideran que el panorama no es distinto a la realidad mundial y de latino américa, por lo que la IRC también es un problema de salud en la población mexicana. Desafortunadamente nuestro sistema de salud no cuenta con registros nacionales, y como consecuencia, no es posible tener información específica para definir los recursos que se destinan a las instituciones de salud para la solución de este problema (Paniagua, Amato, et al. 2002). A pesar de ello algunos autores ofrecen algunas cifras, tal es el caso de Méndez-Durán, Méndez-Bueno, Tapia-Yáñez, Muñoz, y Aguilar-Sánchez (2010) quienes por medio de un estudio estimaron una incidencia de pacientes con IRC de 377 casos por millón de habitantes y una prevalencia de 1 142, a partir de dichos resultados estimaron, en el país hay alrededor de 52, 000 pacientes en terapias sustitutivas, de las cuales el 80% son atendidos en el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). Estos mismos autores calculan que 495 casos por millón de derechohabientes se encuentran en tratamiento de hemodiálisis, por lo que prevén el incremento máximo en el número de personas afectadas por la enfermedad para el año 2043, lo que representara una inversión de 20, 000 millones de pesos.

Como resultado de las ideas anteriormente expuestas el tratamiento a la ERC, especialmente en su modalidad de hemodiálisis, genera altos costos tanto económicos como médicos y sociales (Arrieta, 2010), de tal manera que resultan insuficientes los recursos humanos,

económicos y de infraestructura para cubrir las necesidades de tratamiento (Ávila, López, y Durán, 2010; Levey, et al. 2003; Paniagua, Ramos, Fabián, Lagunas, y Amato, 2007).

En otro orden de ideas, si bien, la hemodiálisis ayuda a prolongar la vida del paciente (Canal, Calero, Gracia y Bover, 2007; Flores, et al, 2009; Rodríguez, Castro y Merino, 2005) es una terapia altamente invasiva e involucra cambios en los ámbitos físico, psicológico y social para el paciente y su familia (Cobo, et al. 2011; Arechabala, Catoni, Palma, y Barrios, 2011), lo que afecta gradualmente su calidad de vida en todos los aspectos (Ávila, López, y Durán, 2010; Borroto, Almeida, Lorenzo, Alfonso, y Guerrero, 2007; Caballero, Trujillo, Welsh, Hernández, y Martínez, 2006; Cusumano, y González, 2008; Sesso, y Yoshihiro, 1997). Dichos cambios se deben a los síntomas físicos que se producen (Hurtado, Enamorado, Otero, y Bohorques, 2000) y a la gran cantidad de horas que se requieren para llevar a cabo el tratamiento (Ávila, López, y Durán, 2010) en consecuencia las personas viven pérdida de libertad y de trabajo (Contreras, Espinosa, y Esguerra, 2008).

Un aspecto que afecta la calidad de vida de las personas es el estrés (Jaramillo, Uribe, Ospina, y Cabarcas, 2006; Jiménez, Martínez, Miró, y Sánchez, 2012), que indudablemente es una condición inevitable de la existencia humana (Moscoso, 2011). Sin embargo, se ha comprobado que las personas sometidas a altos niveles de estrés tienen hábitos de salud peores que las personas que no lo padecen (Amutio, 2002; Barba, Pérez, Gómez, Barba, y Mach, 1998, Fernández y Edo, 1994), ya que de esta manera incide en una mayor tensión muscular (Morata, y Ferrer, 2004) por su parte de acuerdo con un informe de la Universidad de Sussex en el 2001, México es uno de los países con mayores niveles de estrés en el mundo, en razón de que presenta los principales factores que provocan esa enfermedad, tales como pobreza y cambios constantes de situación política y social (Pereyra, 2010) la Organización Mundial de la Salud, estima que

para el 2020 a nivel mundial el estrés será la principal causa de muerte vinculado a enfermedades físicas (Schwartzmann, 2003).

Estos representan algunos de los aspectos de los que se deriva la importancia de estudiar la calidad de vida relacionada con la salud de manera interdisciplinaria, en el que el papel de la psicología es de vital importancia para identificar el contexto y condiciones que la disminuyen y aportar intervenciones relevantes para su tratamiento, que permitan una mejora de la calidad de vida en personas en tratamiento de hemodiálisis.

Justificación

El diagnóstico de la IRCT trae consigo un creciente impacto emocional que resulta de la percepción de la enfermedad como una amenaza que es capaz de desbordar las habilidades de afrontamiento del paciente y sus familiares. Primero, el enfermo debe afrontar las sesiones de hemodiálisis, y segundo, afrontar las limitaciones en la alimentación, uso de medicación, control de la ingesta de líquidos, reorganización familiar, reducción de actividades de ocio, y suspensión de la vida laboral con la consecuente disminución de ingresos económicos.

Buena parte de la medicina parece estar más interesada en medir y controlar adecuadamente los parámetros fisiológicos y bioquímicos y no, actuar en los aspectos subjetivos psicológicos del paciente. Las medidas fisiológicas suministran la información más importante a la parte médica, pero tienen un interés limitado para el área afectivo-emocional de los pacientes y a menudo se correlacionan pobremente con su bienestar y su capacidad funcional.

El tratamiento para las personas con insuficiencia renal crónica avanzada, sometidas a terapia de sustitución con hemodiálisis implica varias estrategias: por una parte las medidas no farmacológicas, que incluyen cambios en el estilo higiénico y dietético y, prácticas rutinarias de ejercicio; por otra parte las medidas farmacológicas dirigidas a mantener el mejor funcionamiento de los sistemas afectados (por ejemplo cardiovascular, gastrointestinal, pulmonar, etc.). Sin embargo, es poco frecuente que se establezcan medidas de intervención psicológica dirigidas a mantener o incrementar la calidad de vida de las personas con enfermedad renal; por tal motivo resulta necesario establecer como objetivo fundamental la participación del psicólogo en los programas de tratamiento de la IRCT, con el propósito de potenciar tanto los recursos como las habilidades y capacidades del paciente para mejorar su calidad de vida.

A través de este proyecto se propone la aplicación de las técnicas de relajación muscular, como una forma de intervención psicológica que en conjunto con el tratamiento médico impacte en la percepción de la calidad de vida del paciente en hemodiálisis. Estas técnicas constituyen una serie de herramientas útiles dentro del campo de la psicología, cuya finalidad consiste en reducir la tensión arterial, misma que está directamente relacionada con el estrés, por lo que si la tensión arterial disminuye, se puede lograr una significativa reducción del estado de estrés. Cabe señalar que estas herramientas son económicas y por ello de fácil acceso para este tipo de pacientes.

Al mejorar el estado psicológico de la persona permitirá tener un mejor grado de adaptación a las situaciones de estrés como la propia enfermedad, y se traducirá en un impacto positivo reflejado a nivel biológico, así como un mejor control de la sintomatología.

Otro beneficio es la posibilidad de disminuir la ingesta de medicamentos como los antihipertensivos; sin embargo, el objetivo principal como ya se ha señalado será mejorar la percepción de la calidad de vida de los pacientes por medio de desarrollar en los participantes estrategias de control y manejo del estrés.

El control del paciente en la unidad de hemodiálisis nos ofrece parámetros fisiológicos y bioquímicos muy valiosos, pero lo que realmente interesa a muchos de ellos, es saber de que manera su enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su Calidad de Vida en general. Sin duda alguna, el psicólogo forma parte integrante del equipo de rehabilitación de una persona con enfermedad crónica, al igual que el médico, el trabajador social, la enfermera, entre otros. La razón es contundente el proceso de rehabilitación compromete un cambio de hábitos y de estilos de vida, en tanto que exige la adquisición de un repertorio extenso de nuevas conductas, y la Psicología, como ciencia que estudia la conducta

humana ha desarrollado métodos eficaces para adquirir, modificar, y/o eliminar hábitos inadecuados para la salud.

Antecedentes teóricos:

Calidad de vida.

En la última década se ha incrementado notablemente el interés y los estudios acerca de la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad, especialmente enfermedades crónicas, ya que son padecimientos que comprometen la calidad de vida (Chow, et al, 2003; Vinokur y Bueno, 2002) de estas personas, la IRC es considerada como un problema de salud pública por lo que se han realizado numerosos estudios en enfermos renales que ponen de manifiesto la influencia positiva o negativa de distintas variables sobre la calidad de vida (Vinaccia, y Orozco, 2005). Entre los estudios mas recientes que podemos mencionar son:

Iborra y Corbi (1998) realizaron una revisión bibliográfica en la que encontraron que la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis se ve influida por factores como: las circunstancias que rodean al enfermo, dificultades a nivel sexual y fertilidad, el tipo de acceso vascular, el correcto estado nutricional, cifras bajas de urea, creatinina y albúmina, que se relacionan con malnutrición y complicaciones severas así como problemas de sueño.

Por su parte Hurtado, Enamorado, Otero, y Bohorques (2000), trabajaron en La Habana con 25 pacientes de entre 24 y 72 años, con un rango de 1 a 13 años en el tratamiento, la finalidad era evaluar la calidad de vida en pacientes afectados por IRCT en tratamiento de hemodiálisis antes y después del empleo de eritropoyetina (EPO). Utilizaron dos instrumentos: la escala de Karnofsky y el Sickness Impact Profile, los resultados obtenidos demuestran que ambos midieron en la misma dirección los cambios de la percepción de la calidad de vida y encontraron que hubo una mejoría de la misma después de la corrección parcial de la anemia con el empleo de la EPO en la mayoría de los pacientes.

En 2003, Ruiz, Román, Martín, Alferéz, y Prieto, basados en la idea de que conocer la calidad de vida relacionada con la salud es básico para ayudar a los clínicos a tomar decisiones en la gestión de los cuidados y en el tratamiento, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de identificar los factores que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de 446 pacientes con IRC en los diferentes tratamientos sustitutivos, con más de dos meses de tratamiento, 226 de ellos en tratamiento de hemodiálisis, para la medida de la CVRS utilizaron el Perfil de Salud de Nottingham y el Kidney Disease Questionare; encontraron que la edad avanzada, sexo femenino, presencia de patologías asociadas, bajo nivel socioeconómico y de educación, tiempo en diálisis, cifra de hematocrito, hemoglobina, albúmina, y días de hospitalización se asocian con una peor CVRS. Concluyen que en general la CVRS es mejor en pacientes trasplantados que en los sometidos a tratamiento dialítico.

Caballero, Trujillo, Welsh, Hernández, y Martínez (2003), compararon la calidad de vida personas que recibían tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal, en este estudio emplearon el KDQOL-SFTM para evaluar la calidad de vida, encontraron mejores puntuaciones en las dimensiones de apoyo social, dolor, calidad de las relaciones sociales, mientras que los menores promedios se presentaron en estado laboral, limitaciones físicas, limitaciones emocionales, y salud general. Fue un estudio transversal comparativo en una muestra de 101 pacientes de 15 a 85 años.

Arenas, et al. (2004), evaluaron la CVRS mediante las láminas Coop Wonca en pacientes en hemodiálisis, llevaron a cabo un estudio transversal con 163 pacientes, del cual concluyeron que las mujeres presentaron peor calidad de vida que los hombres; los viudos, divorciados y solteros obtuvieron peores puntuaciones en la dimensión de apoyo social, los pacientes con más tiempo en hemodiálisis presentaron un peor nivel de funcionamiento en general.

En Chile se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el propósito de conocer las características personales y calidad de vida de pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis con un total de 90 pacientes, utilizaron el cuestionario de salud SF-36, donde encontraron que el 50% de las personas encuestadas tienen una calidad de vida por sobre el promedio, teniendo puntuaciones más altas en función física, rol emocional, y rol social; mientras que las puntuaciones más bajas estuvieron en rol físico, vitalidad, y salud mental, en relación a la percepción de su salud en general encontraron un nivel regular bajo (Rodríguez, Castro, y Merino, 2005).

En 2005 Sandoval, Ceballos, Navarrete, González, y Hernández, realizaron un estudio en México con el objetivo de evaluar la calidad de vida de pacientes con IRC en diálisis peritoneal, utilizando la encuesta SF-36, encontraron que los pacientes en estas condiciones resienten más los problemas con el trabajo u otras actividades diarias mientras que su percepción en el área de salud mental refleja una mejor calidad de vida.

Por su parte, en 2006 Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez, y Fajardo, utilizaron el cuestionario de salud SF-36 con el objetivo de evaluar la calidad de vida de 33 pacientes en hemodiálisis con edades comprendidas entre 25 y 75 años. Observaron que se presentan los valores máximos de la escala en los dominios de función física, rol físico, dolor corporal, función social, y rol emocional, lo que no ocurre en salud general, vitalidad, y salud mental. Concluyeron que las personas evaluadas presentan una deficiente calidad de vida poniendo de manifiesto que las personas que obtuvieron mejores puntajes no alcanzan ni una desviación estándar con relación al promedio poblacional.

Borroto, et al., (2007) desarrollaron un estudio prospectivo, exploratorio, y descriptivo donde compararon la percepción de calidad de vida en dos grupos de pacientes sometidos a

hemodiálisis y trasplante renal, utilizaron una encuesta de parámetros psicológico, encontraron que el 70% de los pacientes sometidos a hemodiálisis perciben como mala su calidad de vida, mientras que el 53% de las personas con trasplante renal consideran tener una buena calidad de vida. Sin embargo, ésta disminuye a medida que va transcurriendo el tiempo de diálisis; también encontraron que variables como la edad y el nivel de escolaridad influyen para que las personas tengan una peor percepción, y consideran que el apoyo familiar resulta el parámetro de mayor importancia para percibir que tienen una mejor calidad de vida, así como las relaciones de pareja y el mantenimiento del vínculo laboral.

En la ciudad de Bogotá, Contreras, Esguerra, Espinosa, y Gómez (2007), llevaron a cabo un estudio para evaluar la relación de la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis con los estilos de afrontamiento. Para la evaluación de la calidad de vida utilizaron el Cuestionario de Salud SF-36, participaron 41 personas, y los autores concluyeron que el funcionamiento social en estas personas se encuentra preservado, mientras que las dimensiones mas afectadas fueron rol físico, salud general, dolor corporal, rol emocional, y vitalidad.

En otro estudio, Contreras, Espinosa, y Esguerra (2008) realizaron un estudio en 33 personas entre 25 y 27 años de la ciudad de Bogotá, con el propósito de identificar las variables psicológicas que medían el comportamiento de adhesión al tratamiento en personas en hemodiálisis, una de esas variables estudiadas fue la calidad de vida en el que encontraron que la calidad de vida es una adecuada variable predictora de la adhesión al tratamiento en estas personas, en este estudio utilizaron el Cuestionario de Salud SF 36 para la medición de la calidad de vida.

Acosta, Chaparro, y Rey (2008) compararon la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en 120 pacientes de los diferentes tratamientos para la IRC (diálisis peritoneal,

hemodiálisis, y trasplante renal) en la ciudad de Bogotá. Utilizaron el cuestionario WHOQOL-100 para medir la calidad de vida, en este estudio encontraron que los pacientes con trasplante renal reportaban mayor calidad de vida en comparación con los otros tratamientos, siendo mayores las puntuaciones en personas con edad de transición entre adultez media y tardía, mujeres, con estudios universitarios, casados, y empleados. Al comparar los resultados entre hemodiálisis y trasplante renal existen diferencias significativas en las puntuaciones, de tal forma que presentan peor percepción de calidad de vida quienes se encuentran en hemodiálisis que quienes fueron trasplantados y al comparar los resultados entre hemodiálisis y diálisis peritoneal encuentran que los que están en hemodiálisis tienen una mejor puntuación en nivel de independencia.

Zuñiga, et al. (2009) evaluaron la CVRS en 224 pacientes chilenos con más de tres meses en tratamiento de hemodiálisis, utilizaron el KDQOL-36 y la Escala de Karnofsky para su medida, realizaron un estudio descriptivo transversal y encontraron que los pacientes con enfermedades asociadas como diabetes mellitus y/o enfermedad coronaria obtuvieron puntuaciones significativamente menores concluyeron que los puntajes de estos pacientes en salud física y mental resultaron por debajo del puntaje referencial reportado para la población general chilena.

Se ha encontrado que en la valoración de la CVRS no existe un acuerdo entre la valoración que hacen los pacientes y la valoración que de ellos hace el personal de enfermería, por lo que en 2010, Valdés, et al., evaluaron el acuerdo entre las valoraciones de ambas partes con respecto a la CVRS, tuvieron una muestra de 57 pacientes y concluyeron que hay mayores acuerdos en los aspectos más observables y objetivos de la CVRS, y menores en aquellos que tienen que ver con lo que el paciente siente, como el dolor, ansiedad, y depresión.

En un estudio descriptivo de corte transversal realizado por Seguí, Amador, y Ramos (2010), evaluaron la calidad de vida y características personales de pacientes con IRC en una muestra de 96 pacientes, con una edad media de 62 años. Para la valoración de la calidad de vida utilizaron el cuestionario SF-36 y encontraron que las personas con IRC presentan una disminución importante en todas las dimensiones del test de salud, especialmente una disminución en la calidad de vida en personas mayores de 60 años.

Urzúa, Pavlov, Cortés, y Pino (2011) evaluaron la calidad de vida de 128 pacientes chilenos en un tipo de diseño no experimental de tipo correlacional, utilizaron el cuestionario KDQOL-36 y encontraron que la salud mental es un elemento modulador de la calidad de vida, mientras que variables como el sexo, el tiempo de diálisis o la edad de los participantes no constituyeron elementos relevantes en este estudio.

También se ha estudiado la influencia de los factores sociológicos sobre la CVRS, al respecto Cobo, et al. (2011) realizaron un estudio descriptivo transversal en una muestra de 47 pacientes en hemodiálisis con el objetivo de evaluar la influencia de factores sociológicos como edad, sexo, estado civil, convivencia, nivel de estudios, y nivel de ingresos mensuales sobre la CVRS utilizando el Euroqol-5D, encontrando que las variables que mas influyen en los pacientes en hemodiálisis para que perciban una peor CV son: la edad, el estado civil, la convivencia, y el nivel de ingresos, también concluyeron que más de la mitad de su muestra presentó rasgos de ansiedad y que los mayores problemas relacionados con la CVRS se encuentran en lo relacionado con la movilidad y actividades cotidianas.

Pelayo, et al. (2011) realizaron un estudio descriptivo transversal en una población de 38 pacientes en hemodiálisis con mas tres meses en el tratamiento, para determinar en qué medida influye el acceso vascular, fistulas arteriovenosas internas y catéter venoso central, sobre la

calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes; utilizaron la escala visual analógica del EuroQol 5D y encontraron que no existe una influencia significativa del acceso vascular sobre el nivel de calidad de vida percibida.

De acuerdo a lo expuesto encontramos que los pacientes en hemodiálisis se encuentran notablemente afectados en su calidad de vida, consecuencia de las características de la enfermedad y su tratamiento.

Estrés.

Diversos estudios se han realizado con respecto al curso del estrés en enfermos crónicos, entre ellos encontramos que, Roy, et al. (2008) valoraron la presencia de la ansiedad en pacientes oncológicos, y renales que recibían atención ambulatoria, quimioterapia, diálisis, y hemodiálisis en una clínica del IMSS de la ciudad de Oaxaca, en el estudio participaron 10 pacientes renales en hemodiálisis de entre 26 y 72 años, quienes decidieron participar por voluntad propia; en este estudio todos los pacientes reportaron cursar con trastornos de ansiedad. Para la evaluación de la ansiedad utilizaron la Lista de Verificación para la Ansiedad de manera individual (Vargas y Hernández, 2011).

En 2008 Páez, Jofré, Azpiroz, y De Bortoli investigaron los niveles de ansiedad y depresión en 30 pacientes de entre 25 y 85 años en hemodiálisis, utilizaron la entrevista semi estructurada, el Inventario de Depresión de Beck II y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. Encontraron que 3.3% de la muestra presento altos niveles de ansiedad estado, en cuanto a la ansiedad rasgo 23.3% manifestó altos niveles. Además concluyeron que los enfermos con algún grado de depresión también tenían altos niveles de ansiedad rasgo. Mientras que ansiedad estado correlacionó negativamente con la cantidad de meses en hemodiálisis.

Peralta, Robles, Navarrete, y Jiménez (2009) realizaron un estudio con el objetivo de valorar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el manejo del estrés para comprobar si disminuye la percepción de los síntomas somáticos auto informados, tanto en personas sanas como en personas con lupus, participaron 52 personas, 30 de ellas con altos niveles de estrés, utilizaron el Inventario de Vulnerabilidad al Estrés y la escala de experiencias vitales recientes y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado, hicieron la evaluación antes y después de la intervención. La intervención consistió de 13 sesiones de una hora y media, encontraron que los grupos redujeron sus experiencias vitales estresantes y vulnerabilidad al estrés después del tratamiento, además de que el grupo con mayores niveles de estrés tuvo mejores resultados después de la intervención.

Álvarez y Barra (2010) realizaron un estudio de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal en una muestra no probabilística por conveniencia conformada por 54 pacientes de entre 18 y 86 años, con 7 meses como mínimo en hemodiálisis y 19 máximo. Su objetivo fue determinar la relación del estrés percibido con la adherencia terapéutica en personas con tratamiento de hemodiálisis, para medir el estrés utilizaron la escala de estrés percibido. En este estudio los autores no encontraron relación significativa entre el estrés percibido y las diferentes medidas de adherencia.

Gómez, Naranjo y Olarte (2011) realizaron un estudio con pacientes en hemodiálisis, encontrando que estos pacientes cursan con depresión y ansiedad, señalaron que el suceso estresante causa algunas alteraciones con representaciones a nivel orgánico y social como pérdida del interés por el aspecto personal, preocupaciones constantes, tensión, y nerviosismo (Gómez, Naranjo y Olarte, 2011).

De lo anterior que, el estudio del estrés en enfermos crónicos ha sido estudiado con respecto a diferentes variables, encontrando que éste está relacionado con el curso de la enfermedad de IRCT.

Técnicas de Relajación.

Hyman, Feldman, Harris, et al. (1989) realizaron un meta análisis con el objetivo de determinar los efectos diferenciales de las técnicas de relajación en síntomas clínicos. Incluyeron la técnica de relajación de Benson, la relajación muscular progresiva de Jacobson, la respiración, el yoga, el zen, la meditación, etc., localizaron un total de 48 estudios donde encontraron que los tratamientos más eficaces fueron la meditación y la relajación muscular progresiva, aunque los resultados estaban mediados por el tipo de problema.

En 1994, Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado, y Escalona, llevaron a cabo un estudio aplicando un programa que incluía el uso de las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson sobre pacientes hipertensos con la finalidad de disminuir variables psicológicas como ansiedad, ira, solución de problemas, así como reducir los niveles de presión arterial. En dicho trabajo encontraron una disminución significativa en los niveles de ansiedad en sus tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), además de importantes descenso en la presión sistólica y diastólica. El entrenamiento en relajación progresiva se desarrolló en cinco sesiones de una hora y media cada semana.

En 1996, Méndez, Ortigosa, y Pedroche, realizaron un trabajo realizaron una revisión sobre programas de preparación psicológica a la hospitalización infantil, considerando la situación hospitalaria como estresor, encontraron que se han utilizado técnicas como respiración, relajación, imaginación, e inoculación de estrés. Sin embargo son pocos los estudios que encontraron y sugieren la realización de nuevos trabajos en el campo.

En una revisión similar a la anterior, Sánchez, Rosa, y Olivares (1998) localizaron un total de 26 trabajos empíricos en su revisión de literatura, en la que buscaban conocer la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de problemas relacionados con el campo clínico y de la salud, en el que pudieron comprobar que las técnicas cognitivos conductuales, entre ellas la relajación, son eficaces tanto a corto como a largo plazo.

Vilá, et al., (2005) aplicaron un total de 10 sesiones de relajación con el objetivo de determinar su efectividad en el ámbito de atención primaria en pacientes con cardiopatía isquémica (CI) evaluando la ansiedad y calidad de vida. Encontraron que después de la intervención hubo una mejoría de la ansiedad en los pacientes luego de practicar las técnicas de relajación, así como una mejor puntuación en la calidad de vida, también encontraron una disminución de la frecuencia a las consultas médicas en el grupo de intervención (Vilá, et al. 2005).

En 2011, Vázquez, Vital, Bravo, Jurado, y Reynoso estudiaron la utilidad de la retroalimentación biológica y relajación en la reducción de ansiedad y estrés en pacientes en hemodiálisis. Trabajaron con 8 personas utilizando el Inventario de Ansiedad IDARE y una escala subjetiva de estrés antes y después del programa. Donde encontraron que el tratamiento ayuda a reducir los puntajes de ansiedad y estrés de forma significativa concluyendo en la eficacia del programa de intervención.

Concepto

Calidad de vida.

El concepto de calidad de vida ha variado a lo largo del tiempo, en un inicio se refería al cuidado de la salud personal, posteriormente se adhirió la preocupación por la salud e higiene publicas y finalmente se amplió también a la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, actividad cotidiana, y propia salud (Mucsi, 2008).

El concepto de calidad de vida es de naturaleza interdisciplinaria, refiriéndose al como la persona valora su funcionamiento en los planos psicológico (óptimo desempeño competencial, emocional, y cognoscitivo) y social (relaciones adaptativas con personas significativas de su entorno inmediato así como su satisfacción con los servicios de salud y la disponibilidad de oportunidades educativas y socioculturales); derivado del conjunto de condiciones biológicas, socioculturales, y psicológicas presentes en un individuo, lo que afectará de manera positiva o negativa (Cázares, Piña y Sánchez, 2009).

Como señalan los autores arriba citados, si como consecuencia de los diversos procesos psicológicos, por ejemplo el estrés, una persona no aprende a desplegar patrones de comportamiento que satisfagan los requerimientos mencionados, sería una persona menos competente y esperaríamos que esa persona valore en peores términos su calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de bienestar completo, físico, mental, y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o incapacidad, de donde se deriva inicialmente el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Casas, Repullo, y Pereira, 2001).

Así, el concepto de CVRS aparece en las sociedades occidentales con el propósito de ofrecer una mejor calidad a los años de vida de las personas que ya están siendo tratadas con

medidas farmacológicas (Casas, Repullo y Pereira, 2001; Schwartzmann, 2003; Martínez, 2004), por lo que el bienestar de los pacientes es un punto importante a considerar en el tratamiento de la personas (Meeberg, 1993). Desde la incorporación del concepto como una medida del estado de salud, ha sido utilizado de manera indistinta al de calidad de vida general, siendo pocos los autores que hacen una distinción entre estos (Urzúa, 2010).

En este sentido, encontramos algunos autores que consideran la importancia de hacer la diferencia entre los dos conceptos, calidad de vida y CVRS, debido a que el objetivo de esta última consiste en evaluar la calidad de vida como resultado de intervenciones médicas (Guyat, Fenny, y Patrick, 1993; Rodríguez, Castro y Merino, 2005; Rudnicki, 2009) o la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad (Haas, 1999), de tal manera que nos permita establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria (Ruíz, et al.,2009; Urzúa, 2010).

Por un lado hablar, de calidad de vida es referirse al equilibrio entre las expectativas, esperanzas, sueños, y realidades conseguidas y se expresa en términos de satisfacción, contento, felicidad y capacidad para afrontar los acontecimientos vitales a fin de conseguir una buena adaptación y ajuste en el caso de las enfermedades crónicas, su tratamiento o secuelas, que a su vez modifican metas, expectativas, y esperanzas (Pérez, Llamas y Legido, 2005; Rodríguez, Pastor y López, 1993; Ruiz, et al., 2009), por su parte Schwartzmann (2003), considera la calidad de vida como el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, y social así como el sentido que le atribuye a su vida entre otras cosas.

Otra definición es argumentada por Ardila (2003), quien propone que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar

físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

Por otro lado, la CVRS es considerada como un concepto que designa los juicios de valor que un paciente hace acerca de las consecuencias de su enfermedad y/o tratamiento, sobre su bienestar físico, emocional, y social (Rodríguez, Castro y Merino, 2005; Fernández, Hernández, y Siegrist, 2001). En 1996 Patrick y Erickson la definieron como el valor asignado por los individuos, grupo de individuos o las sociedad, a la duración de la vida modificada por las deficiencias, el estado funcional, la percepción y las oportunidades sociales, que están influidas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política (Pelayo, et al., 2011).

En 2010, Urzúa se refiere a la CVRS como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de la vida considerando su impacto en el estado de salud.

La OMS refiere que la calidad de vida relacionada con la salud es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (Pelayo, et al., 2011).

Calidad de vida y hemodiálisis.

No cabe duda que la HD es efectiva para prolongar la vida del paciente renal (Rodríguez, Castro y Merino, 2005; Treviño, 2009), sin embargo resulta un tratamiento altamente invasivo que involucra cambios de vida en los ámbitos físico, psicológico, y social para el paciente y su familia (Cobo, et al. 2011; Arechabala, Catoni, Palma y Barrios, 2011), debido a los síntomas

físicos que se producen (Hurtado, Enamorado, Otero, y Bohorques, 2000) y a la gran cantidad de horas que dedican al tratamiento, afectando sus actividades productivas (Ávila, López y Durán, 2010); lo que implica un deterioro importante de su calidad de vida (Borroto, Almeida, Lorenzo, Alfonso, y Guerrero, 2007; Cusumano, y González, 2008; Ávila, López y Durán, 2010).

Una de las áreas que se asocia con una menor calidad de vida es el deterioro de las funciones cognoscitivas, se ha encontrado que los pacientes en HD suelen tener mayores fallas cognoscitivas en atención, memoria y velocidad de procesamiento, así como las funciones motoras (Sánchez, Ostrosky, et al., 2008), sin dejar de lado la importancia de que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar dependerá en gran medida de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal (Schwartzman, 2003).

Medición de la calidad de vida relacionada con la salud.

La evaluación de la CVRS se puede realizar por medio de tres maneras: a) instrumentos genéricos; b) instrumentos específicos (enfermedades particulares, grupos de pacientes); o c) áreas o dimensiones de funcionamiento (Urzúa, 2010) que tomen en cuenta el estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica (Velarde y Ávila, 2002). Con respecto a la evaluación construida específicamente para una enfermedad se pudiera pensar en algunas ventajas como la comprensión particular del impacto de una enfermedad sobre determinados dominios, sin embargo algunos autores consideran que centrarse en una enfermedad implica algunas limitaciones argumentando que la vida cotidiana de una persona es más que salud (Urzúa, 2010).

Actualmente no existe un consenso acerca de las dimensiones que componen la CVRS, a pesar de ello se ha logrado medir el concepto debido a la inclusión de dominios específicos (Riveros, Castro y Lara, 2009; Urzúa, 2010), a través de datos objetivos y subjetivos (Moreno,

1996; Riveros, Castro y Lara, 2009). Por su parte el grupo WHO-QOL de la Organización Mundial de la Salud propone seis dimensiones: físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente, espiritualidad, religión, y creencias personales (Velarde y Ávila, 2002).

Las escalas de CVRS miden aspectos que contribuyen a como el sujeto percibe el grado de bienestar o malestar que posee al respecto de su vida y su salud (Riveros, Castro y Lara, 2009). Siegrist y Junge incluyen tres dimensiones: 1) aspectos físicos (deterioro funcional, síntomas y dolor causados por la enfermedad y/o tratamiento); 2) aspectos psicológicos (estados emocionales y cognitivos); y 3) aspectos sociales (aislamiento social, autoestima) (Iborra y Corbi, 1998).

La medición del concepto de CVRS ha sido de utilidad para la planificación de la atención a la salud, evaluación de resultados en ensayos clínicos y en la investigación sobre los servicios de salud así como para elegir las mejores decisiones en cuanto a la distribución de recursos (Riveros, Castro, y Lara, 2009).

Estrés.

El concepto de estrés se remonta a la década de 1930 cuando Hans Selye observo que todos los enfermos a quienes estudiaba compartían síntomas como cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, astenia, entre otros, a esta sintomatología él la denominó “Síndrome de estar enfermo”. Esto lo llevó a realizar estudios de laboratorio donde comprobó la elevación de las hormonas suprarrenales, la atrofia del sistema límbico y la presencia de úlceras gástricas, a lo que denominó en un inicio estrés biológico, y luego, simplemente estrés. Entonces Selye considero que varias enfermedades eran provocadas por los cambios fisiológicos producidos por un prolongado estrés en los órganos, posteriormente integro a sus ideas que además de los

agentes físicos nocivos se sumaban las demandas de carácter social y las amenazas del entorno como productores de estrés. En su libro *The Stress of Life* definió al estrés como la suma de todos los efectos inespecíficos de factores (actividad normal, agentes productores de enfermedad, drogas, etc.), que pueden actuar sobre el organismo. Estos agentes se llaman alarmógenos, cuando nos referimos a su habilidad para generar estrés (Pereyra, 2010).

En la descripción de la enfermedad que provoca, Selye, identifica tres fases a las que denomina Síndrome General de Adaptación la primera es reacción de alarma donde se registra el estresor y el organismo empieza a reaccionar, en el segundo estado Selye se refiere a la fase de resistencia en la cual el organismo produce los cambios metabólicos necesarios manteniendo esta reacción el tiempo que sea necesario y por último la fase de agotamiento (Lovallo, 2005).

En 1974, Selye realizó una nueva revisión del concepto de estrés con base en la cual reiteró la vieja definición de estrés y también conserva la descripción del síndrome general de adaptación reconociendo las limitaciones de su teoría así como la necesidad de ampliar su modelo (Pereyra, 2010).

A partir de estos estudios la definición del concepto estrés varía en función del modelo teórico en que se enmarca, en la actualidad se diferencian tres enfoques en su estudio: el primero se postula desde una perspectiva ambientalista, donde un estímulo externo (estresor) provoca la respuesta de tensión; en segundo lugar las investigaciones que hacen hincapié en la respuesta del organismo y no en el estímulo como tal, se considera a Hans Selye el pionero en estas investigaciones que considera al estrés como el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo que tiene un resultado físico o mental. Finalmente encontramos el enfoque interaccionista, en el que ni estresores ni respuestas estresantes existen separadamente sino que mas bien conforman un proceso interactivo entre situaciones y características del individuo,

dicho enfoque ha sido defendido por Lazarus y Folkman por medio del modelo transaccional (Fusté, 2010).

El modelo transaccional del estrés defiende que las experiencias estresantes deben considerarse transacciones entre la persona y el entorno (Jaramillo, Uribe, Ospina y Cabarcas, 2006), mientras que la percepción individual del factor estresante y los recursos sociales y culturales a su disposición determinan el nivel de estrés (González, García y Landero, 2011). Lazarus y Folkman (1984) consideran que la experiencia del estrés es una construcción de naturaleza predominantemente subjetiva desde el momento en que los individuos movilizan tanto factores personales como situacionales para evaluar el potencial amenazante de eventos u circunstancias y que es evaluado por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Canales, 2011). De esta manera, cuando el sujeto siente que no dispone de los recursos o estrategias suficientes para afrontar las demandas que percibe como estresantes, experimenta diferentes niveles de estrés que pueden llegar a vulnerar su equilibrio y bienestar psicológicos (Franco, 2009; Paris y Omar, 2009). En términos generales el concepto de afrontamiento hace referencia a esfuerzos cognitivos y conductuales, que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés (González y Landero, 2007) así como el malestar emocional asociado a la respuesta de estrés (Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2012).

De esta manera el modelo hace referencia a tres elementos: primero la valoración o apreciación que la persona hace de los estresores, después las emociones y afectos asociados a dicha apreciación y finalmente los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores, para lo que implica dos conceptos: estresor y respuestas de estrés; el primero hace referencia a cualquier agente interno o externo causal, mientras el segundo se refiere a un mecanismo de activación fisiológica y de los procesos cognitivos, de ahí que se considere al

estrés como una respuesta o mecanismo general de activación fisiológica y de los procesos cognitivos que le permite al organismo hacer frente a cualquier estresor (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Por otro lado las Teorías sociológicas plantean que, situaciones como desempleo, malas condiciones laborales, bajos ingresos económicos y déficit en asistencia social representan el origen social del estrés y la falta de estrategias de afrontamiento hace que esta se perpetúe. Consideran como sintomatología de este la depresión, ansiedad, dolores de cabeza persistentes, dolores de espalda y problemas estomacales, entre otros (Jaramillo, Uribe, Ospina y Cabarcas, 2006).

Se ha sugerido que los efectos del estrés dependen de: a) la percepción del estresor; b) la capacidad del individuo para controlar la situación; c) la preparación del individuo por la sociedad para afrontar los problemas; y d) de la influencia de los patrones de conducta aprobados por la sociedad. Altos niveles de estrés afectan a la salud, a la calidad de vida y a la longevidad. El estrés se desarrolla como concepto novedoso y relevante en el ámbito de la medicina a partir de los trabajos pioneros de Selye. Este autor identificó la respuesta del estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas, fundamentalmente hormonales. El estrés consiste en la suma de los cambios inespecíficos que tienen lugar en todo momento en el organismo, el síndrome general de adaptación (expresión del estrés a través del tiempo) se refiere a todos los cambios inespecíficos que se desarrollan a través del tiempo durante una exposición continua ante un alarmígeno. Diversos estudios han demostrado que la incapacidad del organismo humano para controlar los estresores sociales y psicológicos pueden llevar al desarrollo de alteraciones cardiovasculares, hipertensión, ulcera péptica, dolores musculares, asma, jaquecas, pérdida de la calidad de vida,

depresión y otros problemas de salud, así como también el incremento de las conductas de enfermedad (Sandín, 2003).

El estrés supone una respuesta general del organismo a las demandas internas y/o externas que en principio resultan amenazantes acompañadas de una movilización de cambios fisiológicos y psicológicos, puede tener una finalidad adaptativa en situaciones de emergencia, condición que, al convertirse en estilo de vida es altamente patógena (Buceta y Bueno, 2001; Cea, 2010; Sandín, 2002). El estrés, por tanto, es una respuesta adaptativa que pueda resultar beneficiosa para incrementar y mantener el rendimiento y la salud (Buceta y Bueno, 2001), sin embargo el exceso cuantitativo o cualitativo de estrés constituye un importante factor de riesgo para enfermar (Sandín, 2002).

De tal manera que el estrés, las emociones, y la salud mantienen entre sí una estrecha vinculación (Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2012), al representar el estrés una condición inevitable de la existencia humana y un factor determinante en el desarrollo de enfermedades físicas y mentales (Moscoso, 2011), se ha comprobado que las personas sometidas a estrés tienen unos hábitos de salud peores que las personas que no lo padecen (Fernández y Edo, 1994) por su parte México es uno de los países con mayores niveles de estrés en el mundo, en razón de que presenta los principales factores que provocan esa enfermedad, tales como pobreza y cambios constantes de situación política y social, asimismo es vivido y manejado de manera distinta por hombres y mujeres, en especial en nuestro país las mujeres son quienes más lo padecen debido a que desempeñan varios roles (Pereyra, 2010), así, el Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud, estima que para el 2020 el estrés será la principal causa de muerte vinculándolo a afecciones cardiovasculares, y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida (Schwartzmann, 2003).

Además de predisponer a la enfermedad, el estrés, deteriora la calidad de vida de las personas (Jaramillo, Uribe, Ospina y Cabarcas, 2006; García, Fajardo, Guevara, González y Hurtado, 2002), sobre todo cuando se convierte en una condición crónica, con la que se convive sin darse cuenta dando lugar a alteraciones emocionales como ansiedad, miedos, fobia, inseguridad, tensiones, cansancio, agotamiento y problemas de relación social (Jaramillo, Uribe, Ospina y Cabarcas, 2006). Esta documentado que altos niveles de estrés pueden agravar las enfermedades con manifestaciones a nivel somático (tensión muscular, tensión arterial alta, taquicardia, entre otras) en forma de emociones negativas como la ansiedad, hostilidad y depresión, y en forma cognitiva (excesiva preocupación y pensamientos negativos) (Amutio, 2002), incidiendo en una mayor tensión muscular (Morata, y Ferrer, 2004).

El estrés mantenido en el tiempo produce baja respuesta inmune y aumento de la depresión y los pacientes en tratamiento de HD están sometidos a múltiples estresores físicos y psicosociales (Guenoun, y Bauca, 2012; Jaramillo, Uribe, Ospina, y Cabarcas, 2006). Las personas en tratamiento de hemodiálisis presentan estresores como efectos de la enfermedad, dinámicas familiares, restricciones de la dieta, horarios, limitaciones funcionales, limitaciones económicas, cambios en el empleo, relaciones con el personal médico, cambios en el rol, en la función sexual, efectos de la medicación y conocimientos para afrontar la muerte (Cukor, Cohen, Peterson y Kimmel, 2007).

Activación fisiológica en el estrés.

Las situaciones de estrés producen una activación en el organismo, de tal manera que podemos distinguir entre tres ejes de actuación a nivel fisiológico en la respuesta de estrés: primero activación del eje neural, lo que a su vez provoca una activación simpática y del sistema nervioso somático, que puede desencadenar un mantenimiento excesivo de la tensión muscular,

como consecuencia encontramos una disminución de la excreción de orina, entre otras; segundo, bajo condiciones de estrés sostenidas se activa el eje neuroendocrino que implica la activación de la medula y de las glándulas suprarrenales con la consecuente secreción de catecolaminas, la activación de este eje se ha asociado a lo que Canon denominó respuesta de lucha y huida, cuando esto sucede podemos encontrar en consecuencia, por un lado aumento de la presión arterial, aporte sanguíneo al cerebro, tasa cardiaca, estimulación de los músculos estriados, ácidos grasos, triglicéridos y colesterol en sangre además de secreción de opiáceos; y por otro lado disminución de riego sanguíneo a los riñones, al sistema gastrointestinal y de la piel; por último, encontramos la activación del eje neuroendocrino que implica mayor actividad hormonal (liberación de glucocorticoides u mineralocorticoides), lo que facilita la retención de sodio por los riñones, desarrollo de problemas como la hipertensión, retención de líquidos en el riñón, aumento de producción de urea y azúcar en sangre entre otras, también disminuye fosfatos y calcio en el riñón, la activación de este tercer eje necesita una situación de estrés más sostenida (Fusté, 2010).

Se han realizado algunas observaciones acerca de la relación existente entre la ansiedad y el estrés, uno de los autores interesados en esta dualidad es Fernández Abascal (1997) quien considera que mientras la ansiedad es una emoción, el estrés es un proceso adaptativo que genera emociones pero en sí mismo no es una emoción. La ansiedad se desencadena ante situaciones muy específicas, mientras que el estrés se desencadena ante cualquier cambio que modifique las rutinas cotidianas. La emoción posee unos efectos subjetivos o sentimientos específicos de la misma, mientras que el estrés no. El estrés se desarrolla desde una perspectiva ambientalista y sobre el supuesto de especificidad situacional, mientras que la ansiedad surge del ámbito intrapsíquico, de determinantes internos y estables (Fernández, y Martín, 1995).

Se ha reconocido que la ansiedad esta implicada en diversas enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, frecuentemente asociada a la IRC (Martínez, 2004), autores consideran que la ansiedad aparece cuando la capacidad de tolerar los estresantes de la vida supera nuestros recursos, provocando una respuesta desproporcionada a la que seria de esperar en condiciones normales, caracterizada por la sensación de una amenaza que es permanente, con el objetivo de poner en marcha un sistema en nuestro cuerpo, tiene síntomas físicos y psicológicos (Vargas y Hernández, 2011). Así, autores refieren a la ansiedad como una emoción, es decir, cuando se pone en funcionamiento el mecanismo adaptativo denominado respuesta de estrés la ansiedad representa una de las etiquetas cognitivas (Ramos, Rivero, Piqueras, y García-López, 2006).

Técnicas de relajación.

Las técnicas de relajación constituyen las herramientas más utilizadas para el manejo del estrés y su efectividad ha quedado comprobada (Mas, Gómez, Cabañero y Valiente, 2004; Sandín, 2002; Vázquez, Vital, Bravo, Jurado y Reynoso, 2009), estas técnicas constituyen una pieza fundamental del arsenal terapéutico dentro del campo de la modificación de la conducta, han sido utilizadas como procedimientos específicos, o como parte integrante de otras técnicas como la desensibilización sistemática, inoculación al estrés, etc. La evolución de las técnicas de relajación a lo largo del siglo XX y su consolidación como procedimientos válidos de intervención psicológica, se ha debido en gran medida al fuerte impulso que recibieron dentro de la terapia y modificación de conducta (Vera y Vila, 1995). Actualmente se considera la relajación como un procedimiento preventivo o de mejora de la calidad de vida (Labrador, De La Puente, y Crespo, 1999).

Las principales técnicas de relajación son: la relajación muscular progresiva de Jacobson que incluye como variante la relajación diferencial, condicionada y pasiva, el entrenamiento

autógeno, la respiración, el biofeedback y otras como la meditación trascendental, el yoga, la hipnosis, etc. (Sánchez, Rosa y Olivares, 1998).

La tensión o activación, en especial la activación emocional, puede estar producida por aspectos muy variados, como pensamientos, condiciones externas y eventos mantenidos o situaciones que se repiten sistemáticamente, frente a estos últimos efectos, la relajación produce efectos contrarios como la disminución de la tensión muscular tónica, disminución de la frecuencia e intensidad del ritmo cardiaco (Labrador, De La Puente, y Crespo, 1999).

La relajación constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico integran el proceso, de ahí que los efectos se reflejen en tres niveles: el fisiológico (a nivel visceral, somático y cortical), conductual (referente a comportamientos y conductas externas del individuo) y a nivel cognitivo (centrado en los pensamientos o cogniciones del sujeto) (Sánchez, Rosa y Olivares, 1998), su ámbito de aplicación no solo es de la psicología clínica y de la salud, sino también de la psicología aplicada en general.

Actualmente profesionistas dedicados al campo de la salud definen la relajación de forma reduccionista, así, es definido como un estado caracterizado por la ausencia de tensión o actividad fisiológica (Amutio, 2002). Sin embargo, las técnicas de relajación funcionan mediante la producción de Respuesta de Relajación que son un conjunto de reacciones fisiológicas automáticas que son completamente opuestas a las originadas en las respuestas de estrés (Vera y Vila, 1995).

Existen diferentes marcos conceptuales desde los que es posible abordar el estudio psicofisiológico de la relajación, los principales proceden de las investigaciones sobre procesos emocionales, motivacionales y de aprendizaje.

En el ámbito de la emoción, la relajación se ha entendido como un estado con características fisiológicas subjetivas y conductuales similares a las de los estados emocionales, pero de signo contrario, en este sentido una de las posturas más influyente es la teoría del arousal-cognición, la cual propone, que la emoción es el producto de una interacción entre un estado de activación fisiológica y un proceso cognitivo de percepción y atribución causal de dicha activación a claves emocionales del ambiente, supone que la activación a nivel fisiológico es inespecífico siendo principalmente a nivel simpático (Vera y Vila, 1995).

Desde la perspectiva de los procesos emocionales, encontramos la investigación sobre el estrés donde se considera que la relajación es una respuesta biológicamente antagónica a la del estrés, que puede ser aprendida y convertirse en un importante recurso personal para contrarrestar los efectos negativos de este (Vera y Vila, 1995).

En otro marco de referencia, el aprendizaje, considera que una vez emitida la respuesta de relajación, esta puede ser condicionada a estímulos neutrales del ambiente, dicho mecanismo de aprendizaje es el que se ha supuesto como responsable de los efectos terapéuticos de técnicas de modificación de conducta como la desensibilización sistemática y el entrenamiento asertivo (Vera y Vila, 1995).

Más recientemente, la Teoría ABC de la relajación explicita de forma completa los componentes de la relajación y considera además una serie de variables psicológicas en los efectos producido por la práctica de la relajación (Estados-R, Motivaciones-R, Disposiciones-R y Creencias-R), este sistema define la relajación como un acto de concentración o enfoque simple, pasivo e ininterrumpido que implica el mantenimiento de la atención en un estímulo simple y el cese de toda actividad analítica y de los esfuerzos encaminados al logro de un objetivo; característica de todas las formas de relajación (Amutio, 2002).

El resultado será la experiencia de una serie de estados psicológicos de relajación (Estados-R), Smith identificó 10 estados psicológicos básicos asociados a la relajación, de los cuales, adormecimiento, desconexión, relajación física, y relajación mental están asociados a un alivio inmediato de la tensión y el estrés. De ahí que se puedan definir Estados-R como estados afectivos positivos derivados de la práctica de las distintas técnicas de relajación y que constituyen los mediadores observables de los potenciales efectos benéficos de la relajación en la mejora de la salud física, del funcionamiento psicológico y del bienestar en general (Amutio, 2002).

Los Estados-R, están asociados a otras dos variables que son las Disposiciones-R y las Motivaciones-R. Por su parte una Disposición-R sería la propensión a experimentar un determinado Estado-R fuera de la sesión de relajación y la Motivación-R representaría el deseo de experimentar un Estado-R mas a menudo y de una manera más intensa (Amutio, 2002).

En este mismo orden de ideas la Teoría ABC propone como uno de los objetivos y tareas fundamentales del entrenamiento identificar y reestructurar las creencias del sujeto que pueden ser incompatibles con la relajación denominadas Creencias-R (Amutio, 2002).

Las técnicas de relajación se encuentran en la base de prácticamente todas las técnicas de manejo del estrés por lo que son parte importante de los programas del manejo de éste representando un medio para alcanzar una serie de objetivos entre ellos a hacer frente a situaciones (Benson, 1993; Labrador, De La Puente, y Crespo, 1999).

Una de las técnicas de relajación esta representada por Jacobson con su técnica de relajación muscular progresiva, quien puso de manifiesto en 1938 la forma en que la relajación de la musculatura reducía la actividad cerebral (Mas, Gómez, Cabañero, y Valiente, 2004).

Edmond Jacobson publicó en 1929 un libro titulado *Relajación Progresiva* en el que describía su técnica de relajación muscular, esta técnica esta basada en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y actos que generan tensión muscular, la relajación muscular progresiva reduce la tensión fisiológica (Mussi, 2010).

Este procedimiento de relajación, intenta enseñar al sujeto a relajarse por medio de ejercicios en los que tense y relaje de forma alternativa sus distintos grupos musculares. El objetivo es conseguir que la persona aprenda a identificar las señales fisiológicas provenientes de sus músculos cuando están en tensión y, posteriormente, cuando las identifique ponga en marcha las habilidades aprendidas para reducirlas. De esta forma podrá modificar bien la tensión general del organismo o bien de una parte específica. La forma de conseguirlo es a través de ensayos continuados en los que el sujeto aprenda a percibir las sensaciones de tensión y distensión que provienen de sus músculos y cómo estas se modifican al realizar los ejercicios correspondientes. El procedimiento desarrollado por Jacobson requiere un amplio periodo de tiempo para aprender a relajarse, posteriormente diversos autores han modificado el procedimiento recortando su duración de forma importante, siendo estos programas de entrenamiento reducidos los más utilizados en la actualidad (Labrador, De La Puente, y Crespo, 1999).

Esta técnica muscular progresiva de Jacobson puede practicarse acostado o sentado en una silla en la que se pueda apoyar la cabeza, en primer lugar hay que leer detenidamente las instrucciones para después cerrar los ojos y realizar los ejercicios, son necesarios unos cuatro días para aprender a relajar los cuatro grupos de músculos mayores (McKay, Davis y Fanning, 1988).

La técnica de relajación con respiración profunda, cuando una persona se siente bajo estrés pueden ayudar a calmarla y relajarla, lo que ha sido comprobado en su uso para la disminución de la hipertensión arterial (Vázquez, Vital, et al., 2009).

En la relajación progresiva de Jacobson primero se le pide al paciente que se valla relajando, estirado o sentado, durante unos minutos a través de una respiración adecuada. Cuando han transcurrido estos minutos y el paciente tiene una relajación previa empezamos con la relajación de la cara.

La frente: para tensarla hay que tirar de las cejas hacia arriba de manera que se marquen las arrugas. Relajarla dejando que las cejas vuelvan a su posición habitual.

El entrecejo: para tensar hay que intentar que las cejas se junten una con otra se deben marcar unas arrugas encima de la nariz. Relajar.

Los ojos: tensarlos apretándolos fuertemente. Relajarlos aflojando la fuerza y dejarlos cerrados.

La nariz: para tensarle se le debe arrugar hacia arriba, destensarla dejando de arrugarla suavemente.

La sonrisa: forzar la sonrisa al máximo posible apretando los labios uno contra el otro al mismo tiempo. Relajar.

La lengua: apretar con fuerza la lengua contra la parte interior de los dientes de la mandíbula superior. Se tensan, la lengua, la parte inferior de la boca y los músculos de alrededor de las mandíbulas. Aflojar.

Mandíbula: apretar la parte inferior contra superior y aflojar.

Los labios: sacar los labios hacia fuera y apretarlos fuertemente uno contra otro. Relajar.

De esta manera se trabaja el resto del cuerpo como el cuello, hombros, brazos, espalda, abdomen, parte inferior de la cintura y piernas (Jara, 2008).

El procedimiento de relajación que presentamos aquí, es una adaptación de la técnica de relajación progresiva de Jacobson, basada en las realizadas por Wolpe y Bernstein y Borkovec ya que la técnica original es mucho mas larga, el tipo de instrucciones son similares, el motivo por el que se simplifica es porque se pueden obtener los mismo resultados con 8-10 sesiones más las sesiones de práctica en casa, que con las 90 sesiones originales. Para la aplicación de la técnica es necesario cuidar de varios aspectos como la evaluación inicial del problema, relación paciente terapeuta, ambiente físico y voz del terapeuta (Vera y Vila, 1995). Así, se han venido realizando diferentes investigaciones acerca de la utilidad de estas técnicas.

CAPITULO TRES

ESTUDIO EMPÍRICO

Método

Objetivos e hipótesis

Objetivo general.

Determinar el efecto de la Técnica de Relajación muscular de Jacobson sobre el control de estrés y la percepción de calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis del HGZ No. 50.

Objetivos específicos.

Conocer los niveles de estrés y calidad de vida de los pacientes.

Que los pacientes aprendan a relajarse muscularmente.

Conocer sí los niveles de estrés y calidad de vida son diferentes después de la intervención a los encontrados en la evaluación inicial.

Hipótesis

El uso de la técnica de relajación de Jacobson disminuye los niveles de estrés en las personas en hemodiálisis.

El uso de la técnica de relajación de Jacobson mejora la percepción de la calidad de vida en sus diferentes escalas de salud, en personas en hemodiálisis.

Hipótesis nula.

El uso de la técnica de relajación de Jacobson no disminuye los niveles de estrés ni mejora la percepción de calidad de vida en personas en hemodiálisis.

Participantes

La población corresponde a pacientes que están adscritos al IMSS en su clínica #50, con diagnóstico de IRCT en tratamiento de hemodiálisis, fue un muestreo por conveniencia. Que cumplieran con los criterios de inclusión (obtener una puntuación mayor a 27 puntos, puntuar con 6 puntos el Índice de Katz, que aceptaran participar en el estudio, haber firmado la carta de consentimiento informado y que tengan como mínimo seis meses en tratamiento de hemodiálisis).

Instrumentos

Índice de Katz.

Fue elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinar del hospital Benjamín Rose de Cleveland para enfermos hospitalizados. Consta de seis ítems: baño, vestirse/desvestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación; están ordenados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. Cada reactivo tiene dos posibles respuestas, si lo realiza de forma independiente o con poca asistencia recibe un punto y si requiere de gran ayuda o directamente no lo realiza 0 puntos (Sanjoaquin, Fernández, Mesa & García).

El concepto de independencia en este índice se refiere a la persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y se refiere a dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad (Trigás, Ferreira & Meijide, 2011).

Esta diseñado para valorar la esfera funcional, lo que permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes; nos permiten conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual (González & Alarcón, 2008). Es un instrumento con buena consistencia interna y validez, su

fiabilidad ha sido valorada, presenta un coeficiente de correlación de .70 Trigás, Ferreira, y Meijide, 2011).

Mini Mental de Folstein.

El test Mini Mental State Examination (MMSE) fue desarrollado por Marshall Folstein en 1975, consta de 11 reactivos, donde los puntajes obtenidos son sumados, obteniéndose un máximo de 30 puntos, es la prueba de tamizaje más utilizada (González, Aguilar, Oporto, Araneda, Vásquez & Bernhardt, 2009).

La prueba de EEMM contiene cinco sub apartados cuyo fin es evaluar aspectos diferentes de las funciones cognitivas: capacidad en la orientación temporo-espacial, memoria inmediata y diferida, atención/cálculo, lenguaje y praxis (Giménez, Novillo, Navarro, Dobato & Giménez, 1997). Varios estudios de validación demuestran que esta escala tiene una buena sensibilidad y especificidad para detectar el deterioro cognitivo (Gómez, Matos, Arias & González, 2004).

Mini-Mental State Examination (Folstein, 1975): es un test de tamizaje para medir el funcionamiento cognitivo, forma parte de las escalas cognitivo-conductuales para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona. Consta de varios reactivos relacionados con la atención, evalúa la orientación, el registro de la información, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción. Cada ítem tiene una puntuación, llegando a un total de 30 puntos.

Cuestionario de Salud SF-36

Desarrollado por Ware en 1993, adaptado y validado en España por Alonso y colaboradores, para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamientos (Vinaccia, Quiceno, Fernández, Pérez, Sánchez & Londoño, 2007). Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente (Rodríguez, Castro & Merino, 2005). El SF-36 ha

mostrado valor predictivo en cuanto a morbilidad en pacientes en diálisis y las puntuaciones de la dimensión Salud Mental y la Puntuación Sumaria Mental puede servir de screening de depresión (Álvarez & Rebollo, 2008).

Evalúa aspectos de calidad de vida en poblaciones adultas mayores a 16 años, en ocho escalas de salud como son:

Función física, que mide el grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas en la vida diaria, por ejemplo, el cuidado personal, caminar, subir escaleras, sujetar o transportar y cargar objetos, realizar esfuerzos moderados o intensos.

Rol físico, se enfoca a la falta de salud cuando interfiere en el trabajo y otras actividades de la vida diaria, lo que resulta en un rendimiento menor o limitado de las actividades que puedan realizar o la dificultad de las mismas.

Dolor corporal, se refiere al dolor percibido y como se proyecta en el trabajo habitual y las actividades de la vida diaria.

Salud general, se valora la percepción que tienen las personas sobre su estado de salud, incluyendo la situación actual, perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

Vitalidad, hace referencia al sentimiento de energía y la cualidad de tener vida frente al cansancio y el desánimo.

Función social, se refiere al grado de problemas emocionales que derivados de su estado de salud, interfieren en la vida social habitual.

Rol emocional, es el grado en que los problemas emocionales afectan el trabajo y otras actividades diarias tomando en consideración la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

Salud mental, toma en cuenta la valoración de la salud mental en general, considerando

aspectos como la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.

Este instrumento psicométrico ha sido estandarizado y traducido para México, siguiendo los procedimientos correspondientes. Se caracteriza por ser auto-aplicable, con 36 reactivos que tardan en promedio de 8-12 minutos en su aplicación, sus resultados se transforman a una escala donde 0 se refiere a una escasa percepción de salud hasta 100 como buena salud (Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek & Medina, 1999).

El SF-36 fue estandarizado con la aplicación en dos estados de México (Sonora y Oaxaca) siendo comparado con los resultados de calidad de vida de poblaciones de EUA y Canadá en ausencia de datos representativos a nivel nacional para su posible utilización en México con su propia base normativa. Los resultados arrojados mostraron que los hombres tuvieron mayor puntaje que las mujeres en todas las dimensiones, habiendo variaciones en los adultos hasta los 64 años en tres dimensiones como Salud General, Función Social y Salud Mental. En el grupo de 65 a 74 años en las dimensiones de Salud Mental y Función Social y en mayores de 75 años en Salud Mental (Durán, Gallegos & Salinas, 2004). Los autores sugieren que para poder utilizar resultados con referencias acordes a la edad y género a la escala poblacional, es necesario contrastar los resultados para poblaciones con mayor desarrollo económico y social como es el caso de Sonora y con menor desarrollo económico y social con los resultados de Oaxaca.

Escala de Estrés Percibido

La escala de estrés percibido fue creada por Cohen en 1983, con el propósito de evaluar el estrés percibido. Esta escala es un instrumento de auto reporte que evalúa el estrés percibido durante el último mes, consiste de 14 reactivos con una escala de respuesta de 0 a 4 (Remor,

2006). El instrumento tiene una adaptación cultural de su versión española, donde se obtuvo una adecuada consistencia interna ($\alpha=.83$) (González & Landero, 2007).

Procedimiento de colección de datos

La muestra se seleccionó por conveniencia, debiendo cumplir con los criterios de inclusión, cada uno de los pacientes que aceptaron participar en el estudio firmaron la carta de consentimiento informado (Apéndice A), posteriormente se aplicaron los instrumentos: Índice de Katz, Mini Mental de Folstein, SF-36 y Estrés Percibida en un lapso de 2 semanas por parte de alumnos de prácticas profesionales, se dio inicio con la intervención de las técnicas de relajación de Jacobson (Apéndice B), las cuales se llevaron a cabo dos veces por semana por 25 minutos durante la sesión de hemodiálisis, cumpliendo con un total de doce sesiones, esta etapa de la investigación se llevo a cabo por el investigador apoyado con practicantes de la Facultad de Psicología. Finalmente alumnos de la Facultad de Psicología fueron los encargados de aplicar nuevamente los instrumentos de evaluación psicológica, para proceder al análisis de datos.

VARIABLES DE MEDIDA

Variables dependientes

Estrés.

El modelo transaccional del estrés defiende que las experiencias estresantes deben considerarse transacciones entre la persona y el entorno, mientras que la percepción individual del factor estresante y los recursos sociales y culturales a su disposición determinan el nivel de estrés, Lazarus y Folkman (1984) consideran que la experiencia del estrés es una construcción de naturaleza predominantemente subjetiva desde el momento en que los individuos movilizan tanto factores personales como situacionales para evaluar el potencial amenazante de eventos u

circunstancias y que es evaluado por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Calidad de vida.

El valor asignado por los individuos, grupo de individuos o la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, el estado funcional, la percepción y las oportunidades sociales, que están influidas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política.

Variables independientes

Técnica de relajación muscular de Jacobson.

La relajación constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico integran el proceso, de ahí que los efectos se reflejen en tres niveles: el fisiológico (a nivel visceral, somático y cortical), conductual (referente a comportamientos y conductas externas del individuo) y a nivel cognitivo (centrado en los pensamientos o cogniciones del sujeto).

CAPITULO CUATRO

RESULTADOS

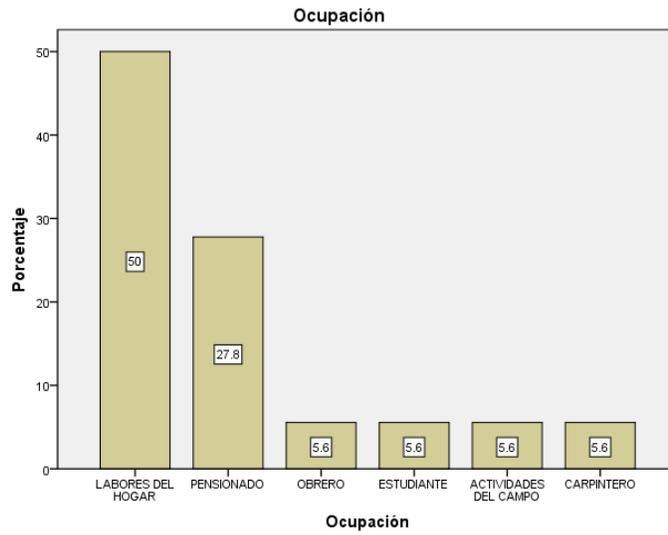
Análisis de variables sociodemográficas

Las características de las personas que participaron en el presente estudio se describen a continuación:

Participaron 18 adultos voluntarios, de los cuales 8 fueron hombres (44.4%) y 10 mujeres (55.6%) con una media de edad de 37.8 años, una desviación estándar de 14.4 en un rango de 21 a 65. Fueron personas voluntarias derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social y que se encuentran en tratamiento en la Clínica General de Zona No. 50.

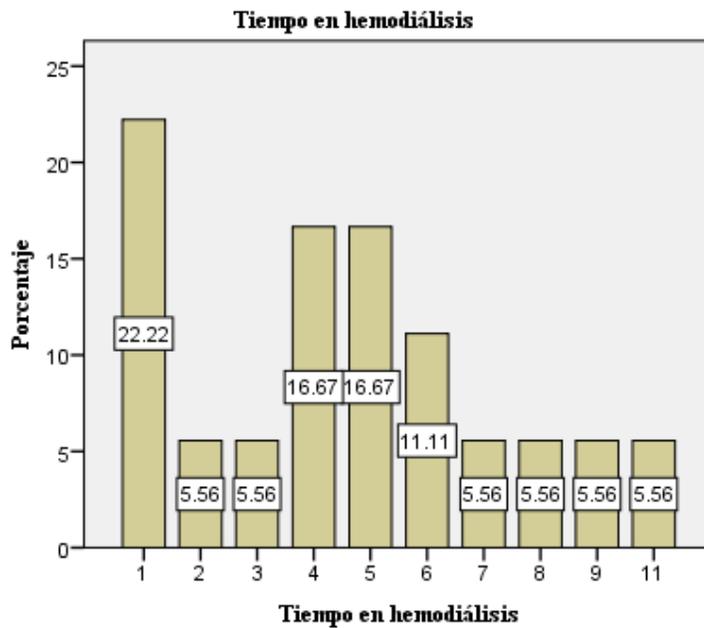
De los 18 participantes la mayoría fueron casados con un 77.8% del total de la población, mientras que solo un 22.2% fueron solteros. El nivel de escolaridad fue en su mayoría primaria y secundaria con 33.3% cada uno, el 22.2% contaba con preparatoria, mientras que el 5.6% estudio licenciatura y 5.6% para “ningún grado de escolaridad”. En cuanto a las actividades a las que se dedicaban, el 50% reporto dedicarse a las labores del hogar y el 27.8% pensionados, como lo muestra la figura 1.

Figura 1. Actividades a las que se dedican.



En relación al tiempo de hemodiálisis, tenemos pacientes que han estado desde uno hasta once años en este tipo de tratamiento distribuidos como lo muestra la figura 2.

Figura 2. Tiempo que las personas tienen en tratamiento de hemodiálisis.



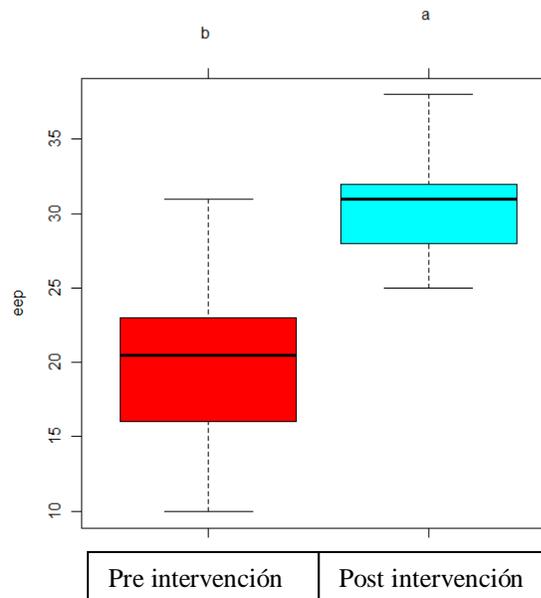
Análisis de los instrumentos utilizados

A continuación presentamos los resultados encontrados a partir de la aplicación de los instrumentos antes y después de la intervención. En primer lugar reportamos lo encontrado con la Escala de Estrés Percibido; y en segundo lugar los resultados obtenidos del Cuestionario de Salud SF-36.

Escala de Estrés Percibida

La Escala de Estrés Percibido es en una escala de 14 a 56 puntos donde mayor puntuación corresponde a mayor nivel de estrés percibido, en nuestra muestra encontramos que antes de la intervención los niveles de estrés fueron mas altos en relación a los obtenidos después de la intervención. En el análisis se encontró una diferencia significativa en las puntuaciones promedio de la Escala de Estrés Percibido entre las puntuaciones pre (M=30.39, SD=3.73) y post (M=20.06, SD=5.31 ($t(17)=-9.40$, $p<0.001$) (Figura 3).

Figura 3. Análisis de la Escala de Estrés Percibido, pre y post intervención.



Cuestionario de Salud SF-36

Las escalas de salud que conforman el instrumento son: salud mental, rol físico, rol emocional, función social, dolor corporal, salud mental, vitalidad, y salud general. Es una escala con calificación de 0 a 100, donde 0 es peor percepción de calidad de vida y 100 es mejor percepción de calidad de vida.

En la evaluación antes de la intervención encontramos que en la escala de función física encontramos que es un área en la que las actividades que están relacionadas con esfuerzos intensos como correr y levantar objetos pesados además de caminar grandes distancias y subir varios pisos por la escalera, son tareas donde las personas se perciben con mayor afectación debido a la enfermedad. En nuestro estudio fue una escala con una media de 63 y una desviación estándar de 25.7.

Los resultados reflejan que los participantes se consideran muy afectados en la escala de salud física, ya que perciben que el tiempo dedicado a la hemodiálisis les restringe para realizar sus actividades cotidianas y laborales, además tienen dificultades para hacer actividades y hacen menos de lo que les gustaría. Encontramos una media de 41.6 y una desviación estándar de 37.3.

En dolor corporal las personas se han percibido un poco afectadas debido a esta causa. Sin embargo la distribución en los porcentajes de las respuestas es dispersa entre las diferentes opciones de respuesta de los reactivos que componen la escala, una media de 53 y desviación estándar de 23.

En la escala de salud general, donde las personas que participaron en el estudio, percibieron regular su estado de salud en general en la primera evaluación que se les realizó. Escala con una media de 45 y una desviación típica de 18.

Con respecto a la escala de vitalidad las personas se perciben cansadas y agotadas, lo que disminuye la posibilidad de sentirse llenos de energía obtuvimos una media de 58 y una desviación típica de 17.

El grado en que las personas sienten que sus problemas emocionales interfieren en sus actividades sociales, es evidente que para algunas personas, convivir con amigos y familiares en ocasiones les resulta difícil. Es una escala con media de 64.5 y una desviación típica de 19.2.

Los resultados revelan que las personas han reducido el tiempo que dedicaban para realizar sus actividades, por causas emocionales. De tal manera que más de la mitad perciben que hicieron menos de lo deseado además de ser menos cuidadosos al momento de hacer sus cosas. Es una escala con una media de 50 y desviación típica de 43.

En cuanto a la escala de salud mental vemos que la mayoría de las personas (33.3% algunas veces y 33.3% solo algunas veces) en ocasiones se han sentido muy nerviosas, desanimadas y tristes, resultado que se ratifica en los ítems 9d y 9h donde las personas contestaron que la mayoría de las veces se han sentido tranquilos y felices. Fue una escala con una media de 62 y desviación estándar de 21.

Resultados después de la intervención

En la escala de función física podemos notar que las personas después de la intervención evaluaron que su capacidad para realizar algunos esfuerzos se vio limitada un poco, sobre todo en los ítems relacionados con esfuerzos intensos, mientras que las actividades que requieren menos esfuerzo percibieron tener mayor capacidad de hacerlas. Obtuvimos una media de 77 con una desviación estándar de 22.

El grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluye el rendimiento menor que el deseado, lo que fue percibido como algo que no sucede en las últimas

4 semanas para el 66.7% de la población, además la limitación en el tipo de trabajo realizado tampoco represento una respuesta afirmativa. Es una escala en la que las personas se evaluaron en una media de 65 y una desviación típica de 47.

La intensidad del dolor represento solo un problema para el 50% de la población, mientras que su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar, no fue nada limitante para el 44.4%. Media de 70 y desviación típica de 21.

En cuanto a la valoración personal que las personas hacen de la salud, después de la intervención perciben que su salud es buena, sin embargo están claros que su salud no es como la de cualquier persona, sin que esto determine que sea más fácil enfermarse. Es una escala en la que encontramos una media de 46 y desviación típica de 9.

En lo que respecta al grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual, los participantes consideran que fueron pocas las ocasiones que se vieron limitado socialmente por esta causa, sin embargo cuando fue así les afectaron bastante. En la escala encontramos una media de 75 con desviación típica de 15.

El grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u actividades diarias incluye la reducción del tiempo dedicado, tener un rendimiento menor que el deseado. Media de 51 con desviación típica de 34.

El sentimiento de energía y vitalidad revela que a pesar de que las personas se sienten agotadas y cansadas con un gran porcentaje, características propias de la enfermedad, se perciben con mayor vitalidad, es una escala con una media de 69 con desviación típica de 13.

La salud mental general incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional además del efecto positivo en general. Después de la intervención encontramos que la mayoría de las personas solo algunas veces se sintieron muy nerviosos, bajos de moral que

nada podía animarles y desanimados y tristes, puntuaciones que se pueden comparar con las ocasiones que se sintieron calmados y tranquilos y felices que fue en más ocasiones. Media de 75 con desviación típica de 15.

Correlación pre y post de los cuestionarios utilizados

Se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para correlacionar los resultados antes y después de la intervención. En el cuestionario de salud SF-36 encontramos un nivel de significancia en las siguientes escalas de salud.

Tabla 1. Escalas con un nivel de significancia al comparar pre y post evaluación.

Escala de salud	Nivel de significancia
Funcionamiento social	.001
Dolor corporal	.030
Vitalidad	.012
Salud mental	.007

En el análisis por género encontramos que obtuvieron un nivel de significancia alto los dominios de salud mental en los hombres con un $p < .028$, el funcionamiento social en mujeres de $p < .010$ y dolor corporal en mujeres de $p < .008$.

CAPITULO CINCO

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A continuación describimos los resultados en orden de las hipótesis planteadas, además de las limitaciones y recomendaciones del estudio para futuras investigaciones y por último ofrecemos las conclusiones correspondientes.

La primera hipótesis planteada en este trabajo hace referencia a que la practica regular de las técnicas de relajación muscular de Jacobson disminuye los niveles de estrés en las personas en tratamiento de hemodiálisis, encontramos que en la evaluación antes de la intervención los niveles de estrés de las personas fueron altos, tanto en hombres como en mujeres, tal como reportan Shu-Chuan, Chia-Hsiung y Hsueh-Chih (2008), mientras que en la evaluación post intervención los niveles de estrés lograron disminuirse en mas del 80% de la muestra, la prueba estadística de rangos de Wilcoxon nos permite comprobar la hipótesis de investigación, encontramos una disminución en los niveles de estrés de las personas en hemodiálisis estadísticamente significativa ($p=0.001$). Nuestro trabajo se suma a la literatura que sostiene que el estrés puede ser disminuido por medio de técnicas de relajación.

Con respecto a las siguiente hipótesis que hace referencia a la percepción de calidad de vida de las personas en hemodiálisis encontramos que, la percepción de CVRS en personas en hemodiálisis es pobre, en sus diferentes dominios, tal como lo reportan en sus estudios Ruiz, Román, Alférez y Prieto (2003) y Contreras, Esguerra, Espinoza, Gutiérrez y Fajardo (2006), Shafipour, et al, 2010.

Las personas solteras y de genero masculino tienen una mejor percepción de CVRS, lo que difiere con lo encontrado por Arenas, et al (2004) de acuerdo con los resultados que obtuvimos en el cuestionario de salud SF-36.

Posterior a la intervención encontramos que los distintos dominios que componen la prueba se modificaron, de tal manera que antes de la intervención, los participantes se percibían muy limitados en cuanto a la función física, lo que concuerda con lo reportado por Caballero, et al. (2006), tal percepción pasó de ser muy limitante a limitante después de la intervención, sin embargo no obtuvimos una significancia estadística.

Es necesario tomar en cuenta que las características propias del tratamiento inciden para que las personas se sientan limitadas al realizar esfuerzos intensos ya que algunos de los cuidados que deben tener con la fistula, consiste en evitar cargar objetos pesados con el brazo que tiene la fistula además de no realizar fuerzas excesivas tanto en ejercicios activos como pasivos por lo que resulta imposible que no se sientan limitados incluso para cargar las bolsas pesadas de las compras (National Kidney Foundation, 2002).

Respecto al rol físico, encontramos que los participantes se sintieron afectados antes de la intervención lo que concuerda con lo encontrado por Rodríguez, Castro y Merino (2005), y a pesar de que se observa un incremento en la puntuación obtenida después de la intervención, no resulta estadísticamente significativa. Cabe señalar que en nuestro entorno difícilmente se da empleo a personas que deben someterse a hemodiálisis debido al tiempo que deben dedicar a este tratamiento, situación que influye sobre esta variable.

En cuanto al grado de dolor presentado por las personas en el último mes osciló de muy poco a moderado antes de la intervención lo que difiere con lo encontrado por Erdenen, et al, 2010, pero que a su vez coincide con lo reportado por Contreras, Esguerra, Espinoza, Gutiérrez y Fajardo, 2006, en nuestro estudio después de la intervención encontramos una mejoría en esta escala al nivel de significancia $p= 0.030$.

En referencia al concepto de salud general no encontramos modificación en las puntuaciones antes y después de la intervención. Esta escala revela que los participantes no se valoran en buenos niveles de salud y son pesimistas respecto a su futuro lo que concuerda por lo reportado por Rodríguez, Merino y Castro, 2006. Creemos que la falta de cambio para este concepto de salud es debido a que los ítems del cuestionario para valorarlo hacen referencia a la comparación entre un estado de salud sano y uno enfermo por lo que si están conscientes de su enfermedad, difícilmente podrían decir que se sienten sanos como cualquiera o que su salud es excelente.

El dominio de vitalidad muestra que las personas algunas veces se sienten llenas de energía y vitalidad sin que esto sea suficiente para sentirse en ocasiones agotadas y cansadas por su condición de enfermos lo que coincide con lo reportado por Rodríguez, Castro y Merino en el 2005. Encontramos que los participantes modificaron su percepción de calidad de vida en esta escala.

Con respecto al rol emocional descubrimos que es una escala con puntuaciones mas altas en personas en hemodiálisis de acuerdo con García y Calvanese, 2008, aspecto en el que las personas no sintieron alguna mejoría después de la intervención, inferimos que la ausencia de significancia estadística importante se debe a que es necesaria una intervención psicológica dirigida específicamente a sus necesidades emocionales.

El concepto de salud mental tuvo puntuaciones bajas que al inicio de la intervención y coincide con lo reportado por Zúñiga, et al, 2009; Yarlal, White, Yang y Christensen, 2011, posterior a nuestra intervención encontramos una modificación importante en su percepción de salud como puede observarse en nuestros resultados.

En la escala de función social, se reveló como una de las áreas mejor preservadas en los pacientes, lo que coincide con los hallazgos encontrados por Contreras, Esguerra, Espinoza y Gómez, 2007, en nuestro estudio obtuvimos un incremento en las puntuaciones con un elevado nivel de significancia.

Por último, en cuanto a los componentes estandarizados físico y mental no encontramos correlación significativa antes y después de la intervención, componentes que no revelan puntuaciones altas en percepción de calidad de vida, lo que concuerda con lo encontrado por Schwartzman et al 1998; Zúñiga, et al, 2009.

A partir de los resultados encontrados, podemos señalar que en la hipótesis: “la práctica regular de la técnica de relajación de Jacobson mejora la percepción de calidad de vida en sus diferentes escalas de salud, en personas en hemodiálisis”, se aprueba para las escalas salud mental, función social, dolor corporal y vitalidad.

La aportación del presente estudio reside en contribuir a la teoría con trabajos en los cuales se hace el empleo de intervenciones que permitan dar solución a los problemas detectados en las personas con condiciones crónicas, ya que son escasos los trabajos enfocados en pacientes con IRC que posibiliten la disminución de estados psicológicos negativos como el estrés y su repercusión en la percepción de calidad de vida.

Conclusiones

Podemos concluir que nuestra primera hipótesis de investigación se acepta, demostrando que para esta muestra, el uso de las técnicas de relajación muscular de Jacobson contribuye a la disminución de los niveles de estrés, sin embargo es importante hacer notar la necesidad de que se realicen nuevos estudios que tomen en cuenta las recomendaciones y limitaciones del presente trabajo.

Estar bajo tratamiento de hemodiálisis, la condición mental y psicosocial de los pacientes, causa ciertas restricciones sobre su estilo de vida. Son pacientes que acuden a la terapia tres veces por semana por tres horas en cada sesión, lo que incide en su estado de ánimo, el cuidado de su salud, su economía y nivel de independencia, por lo que la evaluación de su calidad de vida y situación psicológica debe ser parte del programa de cuidados de salud en estos pacientes. Podemos afirmar que este tipo de intervenciones contribuyen a obtener una mejor puntuación en relación la percepción de calidad de vida por medio de la modificación en las escalas de salud.

En este mismo orden de ideas es importante resaltar que un tratamiento interdisciplinario en el que se incluya al profesional de la salud mental, permitirá que los pacientes puedan acceder a una mejor calidad de vida.

Es evidente que un paciente en condiciones óptimas puede afrontar mejor su afección, asumir la responsabilidad de su autocuidado y cumplir mejor su tratamiento además proveerle herramientas para que pueda ser una persona activa, y participativa en los cuidados de su salud.

Limitaciones

Es imposible generalizar los resultados de este estudio debido a que, fue un estudio por conveniencia, además de ser una muestra no representativa y no contar con grupo control.

La intervención se llevo a cabo bajo las condiciones establecidas por la institución donde se realizo el estudio, sin embargo hubo dificultades a causa del ruido, clima y el propio tratamiento de hemodiálisis, hecho que dificulta la intervención bajo este modelo.

Con respecto a la metodología, el número de sesiones se determinó con base en las recomendaciones de autores expertos en el tema, sin embargo es importante señalar que las opiniones difieren en el número de sesiones de intervención y recomiendan una práctica regular y continuada del tratamiento para obtener mejores resultados.

Otra limitación fue el horario de las personas, variaba en función de los cambios en el departamento de hemodiálisis y en ocasiones se llego a perder la continuidad por cortos periodos de tiempo.

Recomendaciones:

A continuación ofrecemos una serie de recomendaciones que surgen a partir de la experiencia directa con los pacientes y el análisis de resultados.

Se recomienda que en próximos estudios se tenga una muestra aleatoria y más representativa con grupo control, ya que en el presente estudio no se pudo hacer por razones de costo efectividad.

Cabe señalar que las enfermedades asociadas a la Insuficiencia Renal Crónica deberán ser una variable a controlar en estudios posteriores ya que la percepción que tengan las personas de su calidad de vida con respecto a dominios como salud general, rol físico y función física se encuentra determinada por la presencia de otros padecimientos.

Los instrumentos, si bien arrojaron información importante, creemos que es conveniente que se utilice alguno más sensible al tipo de población, y se cuide las características propias del padecimiento y su entorno.

Es recomendable para futuras investigaciones bajo este modelo de intervención complementarlo otras herramientas terapéuticas como la entrevista motivacional, ya que los pacientes manifiestan la necesidad de tener un profesional de la salud mental con quien recurrir para recibir apoyo psicológico.

Por último se recomienda que el rango de edad de los participantes sea menos amplio ya que la etapa de vida de las personas es un factor determinante en la valoración que hacen de su calidad de vida y de sus niveles de estrés.

REFERENCIAS

- Acosta P, Chaparro L, & Rey C, (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*. 17, 9-26.
- Álvarez Mabán, E., & Barra Almagía, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería*. 16(3), 63-72.
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A. M. J., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21(2), 191-199.
- Álvarez-Ude Cotera, F., & Rebollo Álvarez, P. (2008). Alteraciones psicológicas y de la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal crónica estadios 3-5 (no en diálisis). *Nefrología*. 3, 57-62.
- Amutio Kareaga, A. (2002). Estrategias de manejo del estrés: el papel de la relajación. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 62 (63), 19-31.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 35(2), 161-164.
- Arechabala, M. C., Catoni, M. I., Palma, E., & Barrios, S. (2011). Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 30(1), 74-79.
- Arenas, M. D., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J. J., Amoedo, M. L., Gil, M. T., & Sirvent, A. E. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las laminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis. *Nefrología*. 24 (5)

- Arrieta, J. (2010). Evaluación económica del tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante) en España. *Nefrología*. 1(1), 37-47.
- Ávila Palomares, P., López Cervantes, M., & Durán Arenas, L. (2010). Estimación del tamaño óptimo de una unidad de hemodiálisis con base en el potencial de su infraestructura. *Salud Pública de México*. 52 (4), 315-323.
- Barba Tejedor, A., Pérez del Río, E., Gómez Gutiérrez, Y., Barba Tejedor, S., & Machi Portalés, M. (1998). La evaluación del estrés en la insuficiencia renal crónica: una aproximación multidisciplinar. 1.
- Benson, H. (1993). The relaxation response. En Goleman, D., y Gurin, J. (Eds.), *Mind body medicine how to use your mind for better health* (125-149). New York: Consumers Reports Book.
- Borroto Díaz, G., Almeida Hernández, J., Lorenzo Clemente, A., Alfonso Sat, F., & Guerrero Díaz, C. (2007). Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. Estudio comparativo. *Revista Cubana Medicina*. 46(3).
- Buceta, J. M., & Bueno, A. M. (2001). Estrés, rendimiento y salud. En Buceta, J. M., Bueno, A. M., y Mas, B. (Eds.), *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo* (19-55) Madrid: Dykinson
- Caballero Morales, S., Trujillo García, J., Welsh Orozco, U., Hernández Cruz, U., & Martínez Torres, J. (2006). Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. *Archivos en Medicina Familiar*. 8(3), 163-168.
- Canal, C., Calero, F., Gracia, S., & Bover, J. (2007). Enfermedad renal crónica: nuevos criterios diagnósticos y riesgo cardiovascular asociado. *Actualización*. 2, 15-30.

- Canales Reyes, L. (2011). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. *Summa Psicológica UST*. 8(1), 21-28.
- Casas, J., Repullo, J., & Pereira, J. (2001). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina Clínica*. 789-796.
- Cázares Robles, O., Piña López, J. A., & Sánchez Sosa, J. J. (2008). Competencias conductuales, estrés y calidad de vida en personas VIH 100% adherentes. Un análisis en función del estado clínico de infección. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 28(1), 85-98.
- Cea, U. (2010). El arte de la relajación: bases funcionales de la relajación mediante respiración manejada a voluntad. *Avances en Salud Mental Relacional*. 9(1).
- Chow, F., Briganti, E., MclnEpi., Kerr, P., Chadban, S., Zimmet, P., & Atkins, R. (2003). Health related quality of life in australian adults with renal insufficiency: a population based study. *American Journal of Kidney Disease*. 41, 596-604.
- Cobo Sánchez, J. L., Pelayo Alonso, R., Ibarguren Rodríguez, E., Aja Crespo, A., Saenz de Buruaga Perea, A., Incera Setién, M. E., Vicente Jiménez, M. Y., Sainz Alonso, R. A., Merino González, L., Serrano Rubio, A. I., Pérez Garmilla, A. I., & Alonso Nates, R. (2011). Factores sociológicos y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis. *Revista Sociedad Enfermería Nefrológica*. 14(2), 98-104.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*. 10(2), 169-179.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. C., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologic*. 5(3), 487-499.

- Contreras, F., Espinosa, J.C., & Esguerra, G. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 18 (2), 165-179.
- Cukor, D., Cohen, S. D., Peterson, R. A., & Kimmel, P.L. (2007). Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *Journal American Society Nephrology*. 18(12), 3042-3055.
- Cusumano, A. M. & González Bedat, C. (2008). Chronic kidney disease in Latin America time to improve screening and detection. *Clinical Journal American Society Nephrology*. 3, 594-600. Doi: 10.2215/CJN.03420807.
- Duran Arenas, L., Gallegos Carrillo, K., & Salinas Escudero, G. (2004). Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud bajo el formato corto 36. *Salud Pública de México*. 46(4), 306-315.
- Fernández Castro, J., & Edo, S. (1994). Emociones y salud. *Anuario de Psicología*. 61, 25-32.
- Fernández E, y Martín M, (1995). Emociones negativas II: Ira, hostilidad y tristeza. M. *Manual de motivación y emoción*. Madrid: Areces R.
- Fernández, J., Hernández, R., & Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria*. 28, 680-689.
- Flores, J. C. (2010). Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de riesgo. *Revista Medica Clínica*. 21(4), 502-507.

- Flores, J. C., Alvo. M., Borja, H., Morales, J., Vega, J., Zuñiga, C., Müller, H., & Münzenmayer, J. (2009). Enfermedad renal crónica: clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Revista Medica de Chile*. 137, 137-177.
- Franco Justo, C. (2009). Reducción de la percepción del estrés en estudiantes de magisterio mediante la practica de la meditación fluir. *Apuntes de Psicología*. 27(1), 99-109.
- Fusté Escolano, A. (2010). Comportamiento y salud. En Oblitas Guadalupe, L. A. (Eds), *Psicología de la salud y calidad de vida* (23-56). México: CENGAGE.
- García, F. W., Fajardo, C., Guevara, R., González, V. & Hurtado, A. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: el papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*, 22(3), 2245-252.
- Giménez Roldán, S., Novillo, M. J., Navarro, E., Dobato, J. L., & Giménez Zuccarelli. (1997). Examen del estado Mini-Mental: propuesta de una normativa para su aplicación. *REVNEUROL*. 25(140), 576-583.
- Gómez Arias, J. M., Naranjo, Guzmán, L. Y., & Olarte Briñez, E. J. (2011). Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia-Quindío. *Revista Electrónica de Psicología Social*.
- Gómez Viera, N., Matos Oliva, J. L., Arias Sifontes, W., & González Zaldívar, A. (2004). Utilidad del Mini Mental State de Folstein en el diagnostico diferencial de la demencia de Alzheimer, demencia vascular y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. *Revista Cubana Medicina*, 43(1).

- González Hernández, J., Aguilar, L., Oporto, S., Araneda, L., Vásquez, M., & Bernhardt, R. (2009). Normalización del Mini Mental State Examination según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. *Revista Memoriza*, 3, 23-34.
- González Montalvo, J. I., & Alarcón Alarcón, T. (2008). Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. *Revista Española Geriatria Gerontologica*. 43, 265-267.
- González Ramírez, M. T., García Campayo, J., & Landero Hernández, R. (2011). El papel de la teoría transaccional del estrés en el desarrollo de la fibromialgia: un modelo de ecuaciones estructurales. *Actas Esp Psiquiatr*. 39(2), 81-87.
- González, M., & Landero, R. (2007). Factor structure of the perceived stress scale (PSS) in a sample from México. *The Spanish Journal of Psychology*. 10(1), 199-206.
- Guenoun Sanz, M., & Bauca Capella, M. A. (2012). ¿Cómo influye en los pacientes crónicos de hemodiálisis la organización de actividades de ocio durante sus sesiones?. *Revista Sociedad Enfermería Nefrologica*. 15(1), 57-62.
- Guyat, G., Feeny, D., & Patrick, D. (1993). Measuring health related quality of life. *Annals of Internal Medicine*. 18, 622-629.
- Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarship*. 31, 215-220.
- Hurtado, I., Enamorado, A., Otero, H., & Bohorques, R. (2000). Estudio de calidad de vida en pacientes con hemodiálisis iterada, antes y después del empleo de eritropoyetina. *Diversitas*, 20(5), 445-447.
- Iborra Moltó, C., & Corbí Rico, D. (1993). Calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis: revisión bibliográfica. *IV Trimestre*. 4(23).

- Jara, S. (2008). Relajación e imaginación. *Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur*.
- Jaramillo, D. E., Uribe, T. M., Ospina, D. E., & Cabarcas, G. (2006). Medición de estrés psicológico en mujeres maltratadas, Medellín, 2003. *Colombia Médica*. 37(2), 133-141.
- Jiménez Torres, M. G., Martínez, M. P., Miró, E., & Sánchez, A. I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología*. 28(1), 28-36.
- Kidney Foundation. (2002). K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: evaluation, classification and stratification. *American Journal Kidney Disease*. 39(1), 1-266.
- Klang, B., Bjorvell, H., & Clyne, N. (1996). Quality of life in predialytic uremic patients. *Qual Life Res*. 5, 109-116.
- Kuri Morales, P., Emberson, J., Alegre Diaz, J., Tapia Conyer, R., Collins, R., Peto, R., & Whitlock, G. (2009). The prevalence of chronic diseases and major disease risk factors at different ages among 150 000 men and women living in Mexico City: cross sectional analyses of a prospective study. *BMC Public Health*. 9 (9), 1-9. Doi: 10.1186/1471-2458-9-9.
- Labrador Encinas, F. J., De La Puente Muñoz, M. L., & Crespo López, M. (2006). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En Labrador, F. J., Cruzado, J. A., y Muñoz, M. (Eds). Madrid: Psicología Pirámide.
- Levey, A., Andreoli, S., DuBose, T., Provenzano, R., & Collins, A. (2007). Chronic kidney disease: common, harmful and treatable world kidney day 2007. *Clinical Journal American Society Nephrology*. 2, 401-105. Doi 10.1681/CJN04041206

- Levey, A., Coresh, J., Balk, E., Kausz, A., Levin, A., Steffes, M., Hogg, R., Perrone, R., Lau, J., & Eknoyan, G. (2003). National kidney foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med.* 139, 137-147.
- Lovallo, W. R. (2005) Stress y health: biological and psychological interactions. United States of America: SAGE.
- Martínez García, J. (2004). Problemas que plantean los pacientes en diálisis. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vasculár.* 10(1), 8-76.
- Mas, B., Gómez, E., Cabañero, M., & Valiente, R.M. (2004). Relajación y sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 9(2), 123-138.
- Mckay, M, Davis, M., & Fanning, P. (1988). Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. México, D. F. Ediciones Roca.
- Meeberg, G. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of advanced Nursing.* 18, 32-38.
- Méndez-Durán, A., Méndez-Bueno, J. F., Tapia-Yáñez, T., Muñoz Montes, A., & Aguilar-Sánchez, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante.* 31 (1), 7-11
- Méndez, X., Ortigosa, J., & Sira, Pedroche. (1996). Preparación a la hospitalización infantil: afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual.* 4 (2), 193-209.
- Miguel Montoya, M., Valdés Arias, C., Rábano Colino, M., Artos Montes, Y., Cabello Valle, P., De Castro Prieto, N., García León, A., Martínez Villoria, A., & Ortega Suárez, F. (2009). Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. *Revista Sociedad Enfermería Nefrológica.* 12(1), 19-25.

- Miguel-Tobal, J., Cano-Vindel, A., Casado Morales, M. I., & Escalona Martínez, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*.10(2), 199-206.
- Morata Ramírez, M. A., & Ferrer Pérez. (2004). Interacción entre estrés ocupacional, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. *Mapfre Medicina*. 15, 199-211.
- Moreno, F. (1996). Quality of life in dialysis patients a spanish multicenter study. *Nephrol Dial Transplant*. 11(2), 125-129.
- Moscoso, M. S. (2011). El estrés crónico y la medición psicométrica del distrés emocional percibido en medicina y psicología clínica de la salud. *LIBERABIT*. 17(1), 67-76.
- Mucsi, I. (2008). Health-Related quality of life in chronic kidney disease patients. *Primary Psychiatry*. 15(1), 41-51
- Mussi, C. M. (2010). Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. En Oblitas Guadalupe, L. A. (Eds), *Psicología de la salud y calidad de vida* (113-147). México: CENGAGE.
- Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., & De Bortoli, M. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ Psychol*. 8 (1), 117-124.
- Paniagua, R., Amato, D., Vonesh, E., Correa-Rotter, R., Ramos, A., & Moran, J. (2002). Effects of increased peritoneal clearances on mortality rates in peritoneal dialysis: ADEMEX, a prospective, randomized, controlled trial. *Journal American Society Nephrology*. 13, 1307-1320.
- Paniagua, R., Ramos, A., Fabián, R., Lagunas, J., & Amato, D. (2007). Peritoneal dialysis in Latin America: chronic kidney disease and dialysis in Mexico. *Peritoneal dialysis*

International, 27, 405-409. Recuperado de <http://www.pdiconnect.com/cgi/reprint/27/4/405>.

- Paris, L., & Omar, A. (2009). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*. 19(2), 167-175.
- Pecoits Filho, R., Abensur, H., Cueto Manzano, A. M., Domínguez, J., Divino Filho, J. C., Fernandez Cean, J., Ortiz, A. M., Moretta, G., Ramos, A., Sanabria, M., Sesso, R., & Paniagua, R. (2007). Overview of peritoneal dialysis in Latin America. *Peritoneal Dialysis International*. 27, 316-321.
- Peralta Ramírez, M. I., Robles Ortega, H., Navarrete Navarrete, N., & Jiménez Alonso, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud mental*. 32, 251-258.
- Pelayo Alonso, R., Cobo Sánchez, J., Reyero López, M., Sáenz de Buruaga Perea, A., Tovar Rincón, A., Alonso Nates, R. Begines Ramírez, A., Sola García, M. A., & Cano Gil, A. (2011). Repercusión del acceso vascular sobre la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis. *Revista Sociedad Española Enfermería Nefrológica*. 14(4), 242-249.
- Pereyra, M. (2010). Estrés y salud. En Oblitas Guadalupe, L. A. (Eds), *Psicología de la salud y calidad de vida* (213-245). México: CENGAGE.
- Pérez, J., Llamas, F., & Legido, A. (2005). Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador. *Archivos de Medicina*. 1-10.
- Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*. 16(2), 85-112.

- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a european spanish versión of the perceived stress scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*. 9 (1), 86-93.
- Riveros, A., Castro, C. G., y Lara Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 41(2), 291-304.
- Rodríguez Marin, J., Pastor, M. A., & López Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*. 5, 349-372.
- Rodríguez Vidal, M., Castro Salas, M. & Merino Escobar, J. M. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y Enfermería*. 11 (2), 47-57.
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., Lydiard, R. B., Massie, M. J., Katon, W., Laden, S., & Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Focus*. 6(4), 208-225
- Rudnicki, T. (2006). Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2 (2), 279-288.
- Ruiz de Alegría-Fernández de Retana, B., Basabe-Barañano, N., Fernández-Prado, E., Baños-Baños, C., Nogales-Rodríguez, M. A., Echavarri-Escribano, M., Moraza-Echeverria, M. A., Urquiza-Askuenaga, R., Madinabeitia-Merino, R., Gónzalez-Manjón, M., San Vicente Sancho, J., Bejarano García, A., & Diez de Baldeón Herrero, M. S. (2009). Calidad de vida y afrontamiento: diferencias entre los pacientes de diálisis peritoneal ambulatoria y hemodiálisis hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 19(2), 61-68. Recuperado de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862109000175>
- Ruiz Román, M., Román Cereto, M., Martin Reyes, G., Alférez Alférez, M. J., & Prieto Merino, D. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica. *Revista Sociedad Española Nefrología*. 6 (4), 6-16.

- Sánchez Meca, J., Rosa Alcázar, A. I., & Olivares Rodríguez, J. (1998). Las técnicas cognitivas conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*. 11(3), 641-654.
- Sánchez Román, S., Ostrosky Solís, F., Morales Buenrostro, L. E., Alberú Gómez, J., Nicolini Sánchez, J. H., & García Ramos, G. (2008). Insuficiencia renal crónica y sus efectos en el funcionamiento cognoscitivo. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 8 (2), 97-113.
- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 7(1), 1-18.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 3(1), 141-157.
- Sandoval Jurado, L., Ceballos Martínez, Z., Navarrete Novelo, C., González Hernández, F., & Hernández Colin, V. (2007). Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*. 45 (2), 105-109.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9 (2).
- Seguí Gomá, A., Amador Peris, P., & Ramos Alcario, A. B. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 13 (3).
- Sesso R, & Yoshihiro M, (1997). Time of diagnosis of chronic renal failure and assessment of quality of life in hemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplant*, 12, 2111-2116.

- Treviño-Becerra, A. (2009). Tratamientos sustitutivos en enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. *Cir Ciruj*, 77 (5), 411-415. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/662/66211745013.pdf>
- Trigás Ferrín, M., Ferreira González, L., & Meijide Miguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin*. 72(1), 11-16.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Medica de Chile*. 358-365.
- Urzúa, A., Pavlov, R., Cortés, R., & Pino, V. (2011). Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes en hemodiálisis. *Terapia Psicológica*. 29(1), 135-140.
- Valdés Arias, C., Miguel Montoya, M., Rábano Colino, M., Artos Montes, Y., Cabello Valle, P., De Castro Prieto, N., García León, A., Martínez Villoria, A, & Ortega Suárez, F. (2010). Análisis del acuerdo entre la valoración que hacen los pacientes en hemodiálisis de su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la valoración que de ellos hace el personal de enfermería. *Revista Sociedad Española Enfermería Nefrológica*. 13 (4), 228-234.
- Vargas Mendoza, J. E., & Hernández Ramírez, M. G. (2011). Trastorno adaptativo con ansiedad por enfermedad médica grave como agente estresante: pacientes oncológicos y renales en tratamiento ambulatorio. *Centro Regional de Investigación en Psicología*. 5(1), 21-26.
- Vázquez-Mata, I., Vital-Flores, S., Bravo-González, M. C., Jurado Cárdenas, S., & Reynoso-Erazo, L. (2009). Retroalimentación biológica y relajación en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*. 1(2), 35-43.

- Velarde Jurado, E., & Ávila Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*. 44 (4), 349-361.
- Vera, M. N., & Vila, J. (1995). Técnicas de relajación. En Caballo, V. (Comp). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (161-181). España: Siglo Veintiuno Editores.
- Vilá, R., Benedicto, M. R., Pujadas, C., Gómez, M., Franzi, A., Rodríguez, L., & Juncosa, S. (2005). Utilidad de las técnicas de relajación aplicadas a pacientes con cardiopatía isquémica: intervención en un área básica de salud. *Atención Primaria*. 36 (2), 78-84.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Pérez, B. E., Sánchez, M. O., & Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de Psicología*. 23(2), 245-252.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*. 1(2), 125 – 137. Recuperado de http://www.usta.edu.co/otras_pag/revistas/diversitas/doc_pdf/diversitas_2/voll.no.2/art_1.pdf
- Vinokur E, & Bueno D, (2002). Aspectos psicológicos del paciente renal. *Revista Nefrología Diálisis Y Transplante*. 56, 11-14.
- Zuñiga, C., Dapuetto, J., Müller, H., Kirsten, L., Alid, R., & Ortiz, L. (2009). Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36). *Revista Médica de Chile*. 137 (2), 200-207.
- Zúñiga, M. A., Carrillo Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B., & Medina Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36, resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*. 41(2), 110-118.

Apéndice

A. Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha: **San Luis Potosí, S.L.P., UMAA # 50** / **DIC** /**2011**

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Efecto de la técnica de relajación muscular de Jacobson en la percepción de calidad de vida y el control de estrés en pacientes con IRC en hemodiálisis.**

Registrado ante el comité local de investigación o la CNIC con el número:

R-2011-2402-67

El objetivo del estudio es: **Determinar el efecto de la técnica de relajación muscular de Jacobson para el control de estrés y mejorar la percepción de calidad de vida.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: **contestar completos los cuestionarios que se me presenten, al inicio y al final; así como participar en las técnicas de relajación.**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: **los ejercicios no representan riesgo alguno y pueden representar un beneficio para el control emocional.**

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: **444 2 810598**

Testigos

B. Manual de Técnicas de Relajación

Instrucciones:

Como hemos visto, una gran parte de tu problema radica en la tensión que experimentas diariamente. Esa tensión es la respuesta que tu cuerpo da a una serie de situaciones que exigen que actúes. La tensión puede ser adaptativa (buena, beneficiosa) si le sirve a uno para hacer frente a esa situación y resolverla. Por ejemplo, cuando tu jefe te dice que necesita un informe importante en poco tiempo, tú tienes que sentarte a tu mesa y teclear tu maquina, y eso requiere tensar ciertos músculos de tu cuerpo. Sin embargo, no necesitas tanta tensión que llegues a romper una tecla, ni necesitas fruncir tu frente, tensar tus hombros, etc. Tampoco necesitas seguir tensando tus músculos después de acabado el trabajo. ¿Cuál sería entonces, según lo ves tu, el ideal de la tensión en esa situación?... justo, solo el necesario para realizar la tarea, el resto sobra y solo te va a causar malestar y dolor de cabeza. Eso es lo que puedes aprender aquí: a distinguir la tensión necesaria y eliminarla.

La técnica de relajación progresiva consiste en aprender a tensar y luego relajar los distintos grupos musculares de tu cuerpo, de forma que sepas qué se siente cuando el musculo esta tenso y qué cuando está relajado, de esta forma, una vez que dicho aprendizaje se ha convertido en habito, identificaras rápidamente, en las situaciones de cada día, cuando estas tensando mas allá de lo que necesitas. Esta identificación será tu señal para automáticamente relajarte. Pero, fíjate que estamos hablando de un habito, para llegar a serlo, necesita ser aprendido y practicado primero.

Muy bien, vamos a aprender la técnica de forma progresiva, cada una de las sesiones durara alrededor de 25 minutos.

Más importante que aprender a tensar y relajar bien en las sesiones es practicar en casa. Sin esta práctica no se puede consolidar el aprendizaje, y por tanto, no se puede aplicar a la vida real, así que sería absurdo continuar con las sesiones. Es necesario que practiques mínimo media hora diaria, cuanto mas practiques, mejor. Lo que si es importante es que te reserves un horario y lugar tranquilo para practicar (Vera & Vila, 1995)

Primer día:

El primer día va destinado a aprender a relajar los músculos de las manos, antebrazos y bíceps. Hay que realizar los siguientes ejercicios tres veces durante el día.

Colóquese en una posición cómoda. Apriete el puño derecho tan fuerte como pueda note la tensión de su puño, su mano y su antebrazo. Ahora relájese, note la relajación en su mano y aprecie el contraste con la tensión. Repetir esto una vez mas con el puño derecho. Repetir el procedimiento dos veces con el puño izquierdo, entonces hacerlos dos veces con ambos puños a la vez. A continuación doble el codo y tense el bíceps, después relájelo y note la diferencia. Repítalo dos veces.

Note las sensaciones de pesadez, calor o hormigueo en los brazos. Son normales. Mientras se relaja trate de decirse a si mismo <alejo la tensión...Me siento calmado y descansado...Relajo y distiendo los músculos> una y otra vez.

Segundo día:

Hoy relajaremos la cabeza, el cuello y los hombros. Preste especial atención a la cabeza, puesto que desde el punto de vista emocional, los músculos más importantes del cuerpo están en la cabeza. Es aquí donde la mayoría de las personas encierran su tensión. Repetir los ejercicios de los brazos del primer día y proseguir con los siguientes:

Arrugue la frente tan fuerte como pueda, relájese y distiéndase. Frunza el ceño y note la tensión efectuada. Suéltelo y permita que la ceja recupere su forma. Cierre los ojos y apriete los párpados tan fuerte como pueda. Relaje sus ojos hasta que estén suavemente cerrados y confortables. Ahora apriete la mandíbula relájela hasta que los labios estén ligeramente separados. Note realmente la diferencia entre la tensión y la relajación. Apriete la lengua contra el paladar. Relájese. Frunza los labios en forma de <O> y relájelos. Disfrute de la relajación de la frente, cuero cabelludo, ojos, mandíbula, lengua y labios.

Apriete la cabeza apretando por la parte de la nuca tanto como confortablemente pueda, y aprecie la tensión en el cuello. Hágalo girar suavemente a la derecha, después a la izquierda. Note el cambio de localización de la tensión, enderezca la cabeza y déjela mirando al frente, presione la barbilla contra el pecho. Sienta la tensión en la garganta y la tirantez en la parte posterior del cuello. Relájese, colocando la cabeza en una posición confortable. Permita que se intensifique la relajación. Encoja los hombros hacia arriba tanto como pueda, encorvando la cabeza hacia abajo entre los hombros. Relájelos. Déjelos caer y sienta la relajación propagarse por el cuello y los hombros. Experimente de nuevo toda la secuencia.

Tercer día:

Hoy dirigiremos la atención hacia el pecho, el estomago y la parte baja de la espalda, notando como la tensión acumulada en estas áreas afecta la respiración y como una respiración profunda y pausada puede relajarle. Repita los ejercicios de los dos primeros días y añada los siguientes:

Colóquese en una posición cómoda y relájese. aspire y llene completamente los pulmones de aire. Manténgalos llenos de aire y note la tensión. Ahora expire, dejando su pecho relajado y suelto, permitiendo que el aire silbe al salir. Continúe respirando lenta y pausadamente

varias veces, sintiendo como sale la tensión fuera del cuerpo con cada expiración. Después apriete el estomago y manténgalo así. Note la tensión, después relájese. Coloque la mano sobre el estomago y aspire profundamente retirando la mano. Mantenga el aire un momento, después expire, sintiendo la relajación cuando el aire silba al salir. Ahora arquee la espalda sin hacer un esfuerzo excesivo. Mantenga el resto del cuerpo tan relajado como sea posible. Concéntrese en la tensión de la parte baja de su espalda, ahora relájese tan profundamente como pueda. Repita toda esta secuencia otra vez.

Cuarto día:

Finalmente aprenderemos a relajar los muslos, nalgas, pantorrillas y pies. A os ejercicios de los días uno, dos y tres, añada los siguientes:

Colóquese en una posición cómoda. Apriete las nalgas y los muslos presionando los talones hacia dentro tanto como pueda. Relájese y note la diferencia. Estire la punta de los pies para tensar las pantorrillas. Observe la tensión, a continuación relájelas. Dirija la punta de los pies hacia la cara. Poniendo la tensión en las espinillas. Estudie la tensión, después relájese. Sienta lo pesadas y relajadas que están sus piernas. Repita esta secuencia una vez más (Mckay, Davis & Fanning, 1988).

Primero trabajaremos con el brazo derecho para hacer una demostración de hasta que punto es capaz de conseguir relajarse. Es importante e interesante adoptar una postura lo mas cómoda posible, cerrar los ojos y tratar de desconectar de todas las posibles preocupaciones cotidianas. Para ello puede ser útil centrar la atención unos momentos en una escena agradable, por ejemplo imaginarse tumbado en la playa al sol.... Ahora vamos a hacer un recorrido mental por todo el cuerpo, tratando de sintonizar con una sensación de calma y de tranquilidad... no hay

que hacer nada, simplemente dejarse llevar.... Tratar de encontrarse lo mas agusto posible... lo mas tranquilo, para pasar a comenzar con la relajación.

Quinto día:

Vamos a trabajar en primer lugar con el brazo derecho. Cuando yo lo indique va a apretar fuertemente el puño. Lleve a cabo el ejercicio. Apriete fuertemente el puño derecho.... Identifique la tensión que tiene sobretodo en la parte posterior de la palma de la mano y de los dedos.... De acuerdo, basta ya. Deje que la mano se abra suavemente... deje que la mano se valla abriendo... la mano va cayendo sobre la superficie de reposo a la vez que va identificando como se van relajando los músculos. Haga un recorrido por la parte posterior de los dedos... el dorso de la mano... note hasta que punto están relajados... no hay que realizar ningún esfuerzo, solo déjese llevar... y tratar de encontrarse mas y mas tranquilo... muy bien.

Sexto dia:

Frente:

Arrugue la frente subiéndola hacia arriba. Note donde siente particularmente la tensión (sobre el puente de la nariz y alrededor de cada ceja). Ahora relájela muy despacio poniendo especial atención a esas zonas que estaban particularmente tensas. Tómese unos segundos para sentir la agradable sensación de la falta de tensión en todos esos músculos. Es como si los músculos hubieran desaparecido. Están totalmente relajados. La idea es que al tensar una cierta zona de su cuerpo, note donde está la tensión, y al relajar despacio esa zona pueda identificar que musculo esta relajado.

Ojos:

Cierre los ojos apretándolos fuertemente. Debe sentir la tensión en toda la zona alrededor de los ojos, en cada parpado y sobre los bordes interior y exterior de cada ojo. Ponga especial

atención a las zonas que están tensas. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda y, muy despacio, entreábralos. Note la diferencia entre las sensaciones.

Nariz:

Arrugue su nariz. El puente y los orificios de la nariz están especialmente tensos. Ponga mucha atención en estas zonas. Gradualmente relaje su nariz, despacio, dejando toda la tensión fuera. Note como ahora siente esos músculos como perdidos, sin tensión, totalmente relajados. Debe notar la diferencia entre la sensación de tensión y la de relajación.

Sonrisa:

Haga que su cara y su boca adopten una sonrisa forzada. Los labios superior e inferior así como ambas mejillas deben estar tensos y rígidos. Los labios deben estar fuertemente apretados sobre los dientes; gradualmente relaje los músculos de cada lado de sus mejillas y cara. Note la sensación que experimenta cuando todos estos músculos dejan de hacer presión, olvide toda la tensión para relajarse. Ahora están totalmente relajados y usted puede sentirlo.

Lengua:

Coloque su lengua de forma que apriete fuertemente el cielo de su boca. Dese cuenta del lugar donde siente la tensión (dentro de la boca, en la lengua así como los músculos que están debajo de la mandíbula) poco a poco relaje este grupo de músculos, vaya dejando caer gradualmente la lengua sobre la boca, apóyela. Ponga especial atención a las zonas que están particularmente tensas. Note como se siente relajarse estos músculos. Experimente la diferencia entre tensión y relajación.

Mandíbula:

Apriete a sus dientes (los músculos que están tensos son los que están a los lados de la cara y en las sienas). Poco a poco relaje la mandíbula y experimente la sensación de dejarla ir.

Sienta como esos músculos se apagan, se relajan. De nuevo sienta y note la diferencia con respecto a la tensión.

Labios:

Arrugue sus labios fuertemente. Note la tensión en los labios superior e inferior y en toda la zona alrededor de los labios. Ponga enorme atención en todas estas zonas que ahora estén tensas. Gradualmente relaje sus labios. Note como siente estos músculos perdidos, apagados, relajados. Es muy diferente cuando estaban tensos, dese cuenta de ello.

Cuello:

Apriete y tense su cuello. Compruebe donde se siente su tensión (en la garganta también en cada lado del cuello así como en la nuca). Concéntrese en las zonas que ahora están tensas. Relaje poco a poco su cuello. Note como los músculos pierden la tensión y se relajan paulatinamente.

Si tienen problemas con este procedimiento a veces resulta útil mirarse a un espejo para tener un “feedback” que le permita ver como lo está haciendo.

Posición lateral:

Mientras está todavía en la posición de relajación incline su cabeza hacia la derecha de forma que se dirija hacia su hombro. Sentirá alguna tensión en el lado derecho del cuello, pero donde especialmente notara la tensión será en el lado izquierdo. Lleve de nuevo su cabeza a la posición de relajación. Note las diferencias sensaciones que experimenta en su hombro izquierdo. Sentirá alguna tensión en el lado izquierdo de forma que se dirija al hombro izquierdo. Sentirá alguna tensión en el lado izquierdo del cuello, pero donde la sentirá especialmente será el lado derecho. Gradualmente, lleve la cabeza a la posición de relajación. Note la diferencia de sensaciones cuando estos músculos pasen de la tensión a la relajación, y entonces relájese.

Brazos:

Extienda su brazo derecho y póngalo tan rígido como pueda manteniendo el puño cerrado. Ejercer tensión en todo el brazo, desde la mano hasta el hombro. Realice el máximo de tensión. Compruebe como se incrementa la tensión muscular en el bíceps, antebrazo alrededor de la muñeca y en los dedos. Gradualmente relaje y baje el brazo dejándolo caer hasta de nuevo descansa sobre sus muslos en la posición de relajación. Ahora compruebe como estos músculos están perdidos, apagados, relajados. Experimente la diferencia entre ahora que están relajados y la sensación anterior de tensión y rigidez. Ahora es todo mucho más agradable. Repita el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.

Piernas:

Tense su pierna derecha en la medida de lo posible. Debe ejercer el máximo de tensión (trasero, pantorrilla, muslo, rodilla y pie). Relaje lentamente todas estas zonas también la rodilla. Asegúrese que sus piernas están en posición de relajación. Note la sensación de relajación en estos músculos, observe como la tensión ha desaparecido y están totalmente descansados. Experimente la diferencia entre tensión y relajación. Repita el mismo ejercicio con la pierna izquierda.

Espalda:

Tense su espalda sobre el respaldo del sillón en la medida de sus posibilidades. Note donde siente particularmente la tensión (en la parte superior, media o baja de la espalda). Relájese gradualmente y vuelva su espalda a la posición inicial en posición de relajación. Ahora note y sienta como se ha perdido la tensión en todos estos músculos. Ha desaparecido la tensión para dar paso a la relajación. Ahora están totalmente relajados. Experimente la diferencia entre la tensión y la relajación.

Tórax:

Tense y ponga rígido el pecho, intente constreñirlo como si quisiera reducir sus pulmones. Note donde siente la tensión (hacia la mitad del tórax y en la parte superior e inferior de cada pecho). Relaje gradualmente su tórax y note como desaparece la tensión en estos músculos. Ahora están relajados, experimente la diferencia entre tensión y la relajación.

Estómago:

Tense fuertemente los músculos de su estomago comprimiéndolos hasta que los ponga duros como una tabla. Note donde siente la tensión (en el ombligo y alrededor de éste, en un círculo de unos diez centímetros de diámetro). Relájelos gradualmente hasta que su estomago regrese a la posición natural. Sienta como estos músculos están perdidos, apagados y relajados. No olvide que la idea es tener una zona de su cuerpo muy tensa para que pueda notar la tensión de esa zona y la pueda relajar despacio hasta identificar los músculos que usted mismo esta relajando.

Insistir en la práctica de la relajación en casa.

Séptimo día:

Vamos a tomarnos unas pequeñas vacaciones relajantes. Por favor asegúrese de sentarse y adoptar una postura cómoda en sus asientos. Olviden los problemas y preocupaciones cotidianas. Éste es su momento para disfrutar de la relajación.

Comencemos por prestar atención a los músculos de nuestros hombros. Mientras mantenemos suelto y relajado el resto del cuerpo, encogemos los hombros. Sentimos la tensión que se produce, la mantenemos y la sentimos a lo largo de todos los músculos de los hombros.

Ahora permitimos que se vaya y sentimos el cuerpo completamente flácido.

(Pausa)

Permitimos que la tensión comience a disolverse y a desaparecer.

(Pausa)

Comenzamos a sumergirnos en un agradable estado de relajación.

(Pausa)

Nos permitimos estar más y más relajados.

(Pausa)

Probamos una vez más. Prestamos atención a los músculos de nuestros hombros y los apretamos ahora. Disfrutamos de la tensión. Sentimos la tensión que recorre nuestros hombros. Aflojamos y volvemos a sentir nuestra flacidez.

(Pausa)

Permitimos que la tensión vuelva a desaparecer.

(Pausa)

Nuestros músculos empiezan a estar cada vez más flojos a medida que la tensión desaparece.

(Pausa)

Empezamos a sumergirnos en una relajación cada vez más profunda.

(Pausa)

Muy bien. Probemos otro ejercicio muy similar.

Focalizamos la atención en los músculos de la nuca. Lentamente presionamos la cabeza atrás tanto como podamos y suavemente apretamos los músculos. Permitimos que la tensión vaya en aumento y sentimos como se desplaza la tensión por todos los músculos. Dejamos que la cabeza vuelva a la posición inicial y sentimos la relajación. Los músculos empiezan a aflojarse.

(Pausa)

Dejamos que la tensión se disuelva y desaparezca.

(Pausa)

Los músculos podrían hormiguar a medida que se descarga la tensión.

(Pausa)

Dejamos que nuestro cuerpo se sumerja en una sensación cada vez más relajada y más profunda.

(Pausa)

Y volvemos a probarlo. Lentamente inclinamos la cabeza hacia atrás y apretamos los músculos tanto como podamos. Permitimos que aumente la tensión. Disfrutamos de la tensión y permitimos que ceda. Dejamos que nuestros músculos vuelvan a la posición inicial de flacidez.

(Pausa)

Permitimos que la tensión se disuelva y comience a desaparecer.

(Pausa)

Los músculos podrían hormiguar a medida que se descarga la tensión. Cada vez sentimos una relajación más y más profunda.

(Pausa)

Así, eso está muy bien.

(Pausa)

Y ahora nos concentramos en ambos brazos.

(Pausa)

Apretamos ambos brazos doblando por los codos, tratando de tocar los hombros con los puños. Apretamos ambos brazos ahora.

(Pausa)

Permitimos que aumente la tensión.

(Pausa)

Sentimos la tensión.

(Pausa)

Y la relajamos, descansando ambos brazos sobre el regazo.

(Pausa)

Nos relajamos.

(Pausa)

Permitimos que las tensiones comiencen a disolverse y a desaparecer.

(Pausa)

Cada vez estamos más inmersos en una relajación agradable.

(Pausa)

Muy lejos de las preocupaciones del día.

(Pausa)

Y una vez más, volvemos a apretar ambos brazos.

(Pausa)

Dejamos que aumente la tensión.

(Pausa)

Sentimos la tensión y la soltamos, dejando caer los brazos.

(Pausa)

Dejamos que la tensión fluya.

(Pausa)

Permitimos que nuestro cuerpo esté cada vez más flácido y más suelto.

(Pausa)

Cada vez estamos más relajados, casi completamente relajados.

(Pausa)

Seguimos sumergiéndonos en la relajación, cada vez más profunda. Lejos de los problemas y preocupaciones del día. No hay nada que tengamos que hacer. Y suavemente prestamos atención a nuestras manos. Dejamos que las palabras “cálido y pesado” floten en nuestras mentes, como un eco.

(Pausa)

Cálido y pesado.

(Pausa)

Cálido y pesado.

(Pausa)

Permitimos que estas palabras floten en nuestra mente, lentamente a un ritmo vago.

(Pausa)

No hay nada que debamos hacer.

(Pausa)

Los brazos y las manos están cálidos y pesados.

(Pausa)

Como si descansáramos sobre arena caliente en la playa.

(Pausa)

Cálidos y pesados.

(Pausa)

A medida que se relajan más y más, están más pesados y más cálidos.

(Pausa)

Cálidos y pesados, como si se sumergieran en arena caliente y pesada.

(Pausa)

Dejamos que las tensiones se derritan. Cálidos y pesados.

(Pausa)

Nos sumergimos en un estado profundo de relajación.

(Pausa)

Brazos y manos, cálidos y pesados.

(Pausa)

No hay nada que debamos hacer.

(Pausa)

Aquí no nos preocupa nada.

(Pausa)

Como el sol caliente que derrite las tensiones.

(Pausa)

Cálido y pesado. Cálido y pesado.

(Pausa)

Estamos muy lejos de las tensiones y preocupaciones del mundo.

(Pausa)

Dejamos que las tensiones se desvanezcan.

(Pausa de 10 segundos)

Abran lentamente los ojos.

¿Qué les pareció el ejercicio?

Octavo día:

Colócate en una posición cómoda, preferiblemente tumbado, con los brazos a los costados del cuerpo, las piernas extendidas y una disposición interior a relajarte, te dispones a descansar, a aflojar toda la musculatura.

Toma conciencia de que a lo largo del día le pides a tus músculos esfuerzos continuos, en la vida cotidiana, en el deporte, en ocasiones cuando llega la noche es posible percibir un cierto cansancio que debería quedar eliminado tras descansar por la noche..... en numerosas ocasiones no ocurre así y comenzamos un nuevo día con el cansancio acumulado de anteriores jornadas.....este ejercicio de relajación es para que descanses y te levantes con toda tu energía y vitalidad renovadas cada día.....

Siente tu respiración.....tranquila.....en calma....., no hagas nada, solo siente tu respiración.....tranquila.....en calma....., permite a tu cuerpo respirar libremente sin añadir ni restar nada al echo de respirar, observa con calma tu respiracióntranquila.....en calma....., a partir de este instante vas a ir pidiendo a diversos grupos musculares de tu cuerpo que se aflojen.....

Son muchas las tensiones que se acumulan a lo largo de un día de trabajo, vamos a comprobar como cuando a nuestro cuerpo le pedimos reposo también accede a ello presto a descansar y recuperarse.....

Siente tu cabeza, el volumen, su peso, los lugares en que apoya y en los que percibes la presión, los puntos de la piel de la cabeza en que el peso trasmite su carga, siente el peso..... la cabeza esta llena de músculos que se van a aflojar, no hago nada..... ningún esfuerzo,

simplemente me repito: aflojo la musculatura de mi cabeza..... todos los músculos bajo el cuero cabelludo se aflojan, se relajan.....descansan.

La piel del cuero cabelludo se relaja..... los músculos bajo la piel se relajan..... más y más. La tensión es ruido muscular..... me pido un silencio muscular en toda la zona del cuero cabelludo..... silencio..... silencio y la musculatura se afloja..... se relaja.

Siento la frente, la percibo con claridad..... es una zona donde se acumula tensión bajo su piel..... silencio..... silencio muscular..... la piel de la frente parece estirarse, relajarse más y más conforme se estira, se estira..... y se relaja, se estira..... y se relaja, los músculo de la frente se aflojan, se sueltan, se llenan de energía, de vitalidad.....recorro con mi atención toda la musculatura del rostro..... las cejas.....silencio..... silencio muscular..... relax..... descanso. los ojos reposando, descansados, les pido a la musculatura que los mueve silencio..... silencio muscular..... relax..... relax.

La piel de los pómulos se estira..... la musculatura se relaja..... La piel de los pómulos se estira..... la musculatura se relaja.

El labio superior..... silencio..... silencio muscular, se afloja..... se relaja..... más y más....., el labio inferior..... silencio..... silencio muscular, se afloja..... se relaja..... más y más....., toda la cabeza..... todo el rostro..... silencio..... silencio muscular..... relax..... relax.

Siente tu respiración..... tranquila..... en calma....., no hagas nada, solo siente tu respiración..... tranquila..... en calma....., permite a tu cuerpo respirar libremente sin añadir ni restar nada al echo de respirar, observa con calma tu respiración tranquila..... en calma.....

Permito que este silencio se extienda al cuello..... silencio muscular..... cuello relax.....
cuello relax..... silencio muscular..... cuello relax..... cuello relax.....

Los hombros y los brazos.....silencio..... silencio muscular..... relax..... relax..... los
hombros y los brazos.....silencio..... silencio muscular..... relax..... relax.....

Recorro la musculatura de la espalda, desde la base del cuello a los glúteos..... relax.....
relax, escapulas..... relax..... relax..... . Zona dorsal..... relax..... relax..... silencio..... silencio.....
silencio..... silencio. Zona lumbar..... relax..... relax..... silencio..... silencio.....

Conforme la musculatura de la espalda se relaja la columna vertebral se afloja, cada
espacio intervertebral recupera su elasticidad, y la columna vertebral recupera dulcemente toda
su movilidad.

Siente tu respiración..... tranquila..... en calma....., no hagas nada, solo siente tu
respiración..... tranquila..... en calma....., permite a tu cuerpo respirar libremente sin añadir ni
restar nada al echo de respirar, observa con calma tu respiración tranquila..... en calma.....

Siento las caderas..... que se aflojan..... las piernas entran en un silencio muscular..... los
muslos relax..... relax..... la articulación de las rodillas..... relax..... relax..... los gemelos relax.....
relax..... los pies relax..... relax..... siento las caderas..... que se aflojan..... las piernas entran en un
silencio muscular..... los muslos relax..... relax..... las rodillas..... relax..... relax..... los gemelos
relax..... relax..... los pies relax..... relax.....

Siento todo mi cuerpo muy relajado, muy descansado, siento un descanso muy intenso,
mi cuerpo se recupera..... se llena de energía..... de vitalidad..... cada vez más y más relajado.....

más y más descansado. Mi cuerpo pesado y relajado parece hundirse en la colchoneta como si esta fuera de plastilina, muy relajado muy descansado.

Tomo conciencia de este estado de conciencia tranquila, relajante, llena de paz y tranquilidad.....y.....

Me preparo para abandonar el ejercicio....conservando todos los beneficios conscientes o inconsciente que me aporta.....contamos lentamente 1..... 2..... 3..... abro y cierro las manos lentamente tomando conciencia de las pequeñas articulaciones de los dedos.....tomo aire con mas intensidad.....realizando una respiración profunda..... y abro los ojos....conservando el estado de relax y calma que he logrado con el presente ejercicio de relajación.

Noveno día:

Colóquese en una posición cómoda. Apriete el puño derecho tan fuerte como pueda note la tensión de su puño, su mano y su antebrazo. Ahora relájese, note la relajación en su mano y aprecie el contraste con la tensión. Repetir esto una vez mas con el puño derecho. Repetir el procedimiento dos veces con el puño izquierdo, entonces hacerlos dos veces con ambos puños a la vez. A continuación doble el codo y tense el bíceps, después relájelo y note la diferencia. Repítalo dos veces.

Note las sensaciones de pesadez, calor u hormigueo en los brazos. Son normales. Mientras se relaja trate de decirse a si mismo <alejo la tensión...Me siento calmado y descansado...Relajo y distiendo los músculos> una y otra vez.

Decimo día:

Hoy relajaremos la cabeza, el cuello y los hombros. Preste especial atención a la cabeza, puesto que desde el punto de vista emocional, los músculos más importantes del cuerpo están en la cabeza. Es aquí donde la mayoría de las personas encierran su tensión. Repetir los ejercicios de los brazos del primer día y proseguir con los siguientes:

Arrugue la frente tan fuerte como pueda, relájese y distiéndase. Frunza el ceño y note la tensión efectuada. Suéltelo y permita que la ceja recupere su forma. Cierre los ojos y apriete los párpados tan fuerte como pueda. Relaje sus ojos hasta que estén suavemente cerrados y confortables. Ahora apriete la mandíbula relájela hasta que los labios estén ligeramente separados. Note realmente la diferencia entre la tensión y la relajación. Apriete la lengua contra el paladar. Relájese. Frunza los labios en forma de <O> y relájelos. Disfrute de la relajación de la frente, cuero cabelludo, ojos, mandíbula, lengua y labios.

Apriete la cabeza apretando por la parte de la nuca tanto como confortablemente pueda, y aprecie la tensión en el cuello. Hágalo girar suavemente a la derecha, después a la izquierda. Note el cambio de localización de la tensión, enderezca la cabeza y déjela mirando al frente, presione la barbilla contra el pecho. Sienta la tensión en la garganta y la tirantez en la parte posterior del cuello. Relájese, colocando la cabeza en una posición confortable. Permita que se intensifique la relajación. Encoja los hombros hacia arriba tanto como pueda, encorvando la cabeza hacia abajo entre los hombros. Relájelos. Déjelos caer y sienta la relajación propagarse por el cuello y los hombros. Experimente de nuevo toda la secuencia.

Onceavo día:

Vamos a tomarnos unas pequeñas vacaciones relajantes. Por favor asegúrese de sentarse y adoptar una postura cómoda en sus asientos. Olviden los problemas y preocupaciones cotidianas. Éste es su momento para disfrutar de la relajación.

Comencemos por prestar atención a los músculos de nuestros hombros. Mientras mantenemos suelto y relajado el resto del cuerpo, encogemos los hombros. Sentimos la tensión que se produce, la mantenemos y la sentimos a lo largo de todos los músculos de los hombros.

Ahora permitimos que se vaya y sentimos el cuerpo completamente flácido.

(Pausa)

Permitimos que la tensión comience a disolverse y a desaparecer.

(Pausa)

Comenzamos a sumergirnos en un agradable estado de relajación.

(Pausa)

Nos permitimos estar más y más relajados.

(Pausa)

Probamos una vez más. Prestamos atención a los músculos de nuestros hombros y los apretamos ahora. Disfrutamos de la tensión. Sentimos la tensión que recorre nuestros hombros. Aflojamos y volvemos a sentir nuestra flacidez.

(Pausa)

Permitimos que la tensión vuelva a desaparecer.

(Pausa)

Nuestros músculos empiezan a estar cada vez más flojos a medida que la tensión desaparece.

(Pausa)

Empezamos a sumergirnos en una relajación cada vez más profunda.

(Pausa)

Muy bien. Probemos otro ejercicio muy similar.

Focalizamos la atención en los músculos de la nuca. Lentamente presionamos la cabeza atrás tanto como podamos y suavemente apretamos los músculos. Permitimos que la tensión vaya en aumento y sentimos como se desplaza la tensión por todos los músculos. Dejamos que la cabeza vuelva a la posición inicial y sentimos la relajación. Los músculos empiezan a aflojarse.

(Pausa)

Dejamos que la tensión se disuelva y desaparezca.

(Pausa)

Los músculos podrían hormiguar a medida que se descarga la tensión.

(Pausa)

Dejamos que nuestro cuerpo se sumerja en una sensación cada vez más relajada y más profunda.

(Pausa)

Y volvemos a probarlo. Lentamente inclinamos la cabeza hacia atrás y apretamos los músculos tanto como podamos. Permitimos que aumente la tensión. Disfrutamos de la tensión y permitimos que ceda. Dejamos que nuestros músculos vuelvan a la posición inicial de flacidez.

(Pausa)

Permitimos que la tensión se disuelva y comience a desaparecer.

(Pausa)

Los músculos podrían hormiguar a medida que se descarga la tensión. Cada vez sentimos una relajación más y más profunda.

(Pausa)

Así, eso está muy bien.

(Pausa)

Y ahora nos concentramos en ambos brazos.

(Pausa)

Apretamos ambos brazos doblando por los codos, tratando de tocar los hombros con los puños. Apretamos ambos brazos ahora.

(Pausa)

Permitimos que aumente la tensión.

(Pausa)

Sentimos la tensión.

(Pausa)

Y la relajamos, descansando ambos brazos sobre el regazo.

(Pausa)

Nos relajamos.

(Pausa)

Permitimos que las tensiones comiencen a disolverse y a desaparecer.

(Pausa)

Cada vez estamos más inmersos en una relajación agradable.

(Pausa)

Muy lejos de las preocupaciones del día.

(Pausa)

Y una vez más, volvemos a apretar ambos brazos.

(Pausa)

Dejamos que aumente la tensión.

(Pausa)

Sentimos la tensión y la soltamos, dejando caer los brazos.

(Pausa)

Dejamos que la tensión fluya.

(Pausa)

Permitimos que nuestro cuerpo esté cada vez más flácido y más suelto.

(Pausa)

Cada vez estamos más relajados, casi completamente relajados.

(Pausa)

Seguimos sumergiéndonos en la relajación, cada vez más profunda. Lejos de los problemas y preocupaciones del día. No hay nada que tengamos que hacer. Y suavemente prestamos atención a nuestras manos. Dejamos que las palabras “cálido y pesado” floten en nuestras mentes, como un eco.

(Pausa)

Cálido y pesado.

(Pausa)

Cálido y pesado.

(Pausa)

Permitimos que estas palabras floten en nuestra mente, lentamente a un ritmo vago.

(Pausa)

No hay nada que debamos hacer.

(Pausa)

Los brazos y las manos están cálidos y pesados.

(Pausa)

Como si descansáramos sobre arena caliente en la playa.

(Pausa)

Cálidos y pesados.

(Pausa)

A medida que se relajan más y más, están más pesados y más cálidos.

(Pausa)

Cálidos y pesados, como si se sumergieran en arena caliente y pesada.

(Pausa)

Dejamos que las tensiones se derritan. Cálidos y pesados.

(Pausa)

Nos sumergimos en un estado profundo de relajación.

(Pausa)

Brazos y manos, cálidos y pesados.

(Pausa)

No hay nada que debamos hacer.

(Pausa)

Aquí no nos preocupa nada.

(Pausa)

Como el sol caliente que derrite las tensiones.

(Pausa)

Cálido y pesado. Cálido y pesado.

(Pausa)

Estamos muy lejos de las tensiones y preocupaciones del mundo.

(Pausa)

Dejamos que las tensiones se desvanezcan.

(Pausa de 10 segundos)

Abran lentamente los ojos.

¿Qué les pareció el ejercicio?

Doceavo día:

Frente:

Arrugue la frente subiéndola hacia arriba. Note donde siente particularmente la tensión (sobre el puente de la nariz y alrededor de cada ceja). Ahora relájela muy despacio poniendo especial atención a esas zonas que estaban particularmente tensas. Tómese unos segundos para sentir la agradable sensación de la falta de tensión en todos esos músculos. Es como si los músculos hubieran desaparecido. Están totalmente relajados. La idea es que al tensar una cierta zona de su cuerpo, note donde está la tensión, y al relajar despacio esa zona pueda identificar que musculo esta relajado.

Ojos:

Cierre los ojos apretándolos fuertemente. Debe sentir la tensión en toda la zona alrededor de los ojos, en cada parpado y sobre los bordes interior y exterior de cada ojo. Ponga especial atención a las zonas que están tensas. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda y, muy despacio, entreábralos. Note la diferencia entre las sensaciones.

Nariz:

Arrugue su nariz. El puente y los orificios de la nariz están especialmente tensos. Ponga mucha atención en estas zonas. Gradualmente relaje su nariz, despacio, dejando toda la tensión fuera. Note como ahora siente esos músculos como perdidos, sin tensión, totalmente relajados. Debe notar la diferencia entre la sensación de tensión y la de relajación.

Sonrisa:

Haga que su cara y su boca adopten una sonrisa forzada. Los labios superior e inferior así como ambas mejillas deben estar tensos y rígidos. Los labios deben estar fuertemente apretados sobre los dientes; gradualmente relaje los músculos de cada lado de sus mejillas y cara. Note la sensación que experimenta cuando todos estos músculos dejan de hacer presión, olvide toda la tensión para relajarse. Ahora están totalmente relajados y usted puede sentirlo.

Lengua:

Coloque su lengua de forma que apriete fuertemente el cielo de su boca. Dese cuenta del lugar donde siente la tensión (dentro de la boca, en la lengua así como los músculos que están debajo de la mandíbula) poco a poco relaje este grupo de músculos, vaya dejando caer gradualmente la lengua sobre la boca, apóyela. Ponga especial atención a las zonas que están particularmente tensas. Note como se siente relajarse estos músculos. Experimente la diferencia entre tensión y relajación.

Mandíbula:

Apriete a sus dientes (los músculos que están tensos son los que están a los lados de la cara y en las sienes). Poco a poco relaje la mandíbula y experimente la sensación de dejarla ir. Sienta como esos músculos se apagan, se relajan. De nuevo sienta y note la diferencia con respecto a la tensión.

Labios:

Arrugue sus labios fuertemente. Note la tensión en los labios superior e inferior y en toda la zona alrededor de los labios. Ponga enorme atención en todas estas zonas que ahora estén tensas. Gradualmente relaje sus labios. Note como siente estos músculos perdidos, apagados, relajados. Es muy diferente cuando estaban tensos, dese cuenta de ello.

Cuello:

Apriete y tense su cuello. Compruebe donde se siente su tensión (en la garganta también en cada lado del cuello así como en la nuca). Concéntrese en las zonas que ahora están tensas. Relaje poco a poco su cuello. Note como los músculos pierden la tensión y se relajan paulatinamente.

Si tienen problemas con este procedimiento a veces resulta útil mirarse a un espejo para tener un “feedback” que le permita ver como lo está haciendo.

Posición lateral:

Mientras está todavía en la posición de relajación incline su cabeza hacia la derecha de forma que se dirija hacia su hombro. Sentirá alguna tensión en el lado derecho del cuello, pero donde especialmente notara la tensión será en el lado izquierdo. Lleve de nuevo su cabeza a la posición de relajación. Note las diferencias sensaciones que experimenta en su hombro izquierdo. Sentirá alguna tensión en el lado izquierdo de forma que se dirija al hombro izquierdo. Sentirá alguna tensión en el lado izquierdo del cuello, pero donde la sentirá especialmente será el lado derecho. Gradualmente, lleve la cabeza a la posición de relajación. Note la diferencia de sensaciones cuando estos músculos pasen de la tensión a la relajación, y entonces relájese.

Brazos:

Extienda su brazo derecho y póngalo tan rígido como pueda manteniendo el puño cerrado. Ejercer tensión en todo el brazo, desde la mano hasta el hombro. Realice el máximo de tensión. Compruebe como se incrementa la tensión muscular en el bíceps, antebrazo alrededor de la muñeca y en los dedos. Gradualmente relaje y baje el brazo dejándolo caer hasta de nuevo descansa sobre sus muslos en la posición de relajación. Ahora compruebe como estos músculos están perdidos, apagados, relajados. Experimente la diferencia entre ahora que están relajados y la sensación anterior de tensión y rigidez. Ahora es todo mucho más agradable. Repita el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.

Piernas:

Tense su pierna derecha en la medida de lo posible. Debe ejercer el máximo de tensión (trasero, pantorrilla, muslo, rodilla y pie). Relaje lentamente todas estas zonas también la rodilla. Asegúrese que sus piernas están en posición de relajación. Note la sensación de relajación en estos músculos, observe como la tensión ha desaparecido y están totalmente descansados. Experimente la diferencia entre tensión y relajación. Repita el mismo ejercicio con la pierna izquierda.

Espalda:

Tense su espalda sobre el respaldo del sillón en la medida de sus posibilidades. Note donde siente particularmente la tensión (en la parte superior, media o baja de la espalda). Relájese gradualmente y vuelva su espalda a la posición inicial en posición de relajación. Ahora note y sienta como se ha perdido la tensión en todos estos músculos. Ha desaparecido la tensión para dar paso a la relajación. Ahora están totalmente relajados. Experimente la diferencia entre la tensión y la relajación.

Tórax:

Tense y ponga rígido el pecho, intente constreñirlo como si quisiera reducir sus pulmones. Note donde siente la tensión (hacia la mitad del tórax y en la parte superior e inferior de cada pecho). Relaje gradualmente su tórax y note como desaparece la tensión en estos músculos. Ahora están relajados, experimente la diferencia entre tensión y la relajación.

Estomago:

Tense fuertemente los músculos de su estomago comprimiéndolos hasta que los ponga duros como una tabla. Note donde siente la tensión (en el ombligo y alrededor de éste, en un círculo de unos diez centímetros de diámetro). Relájelos gradualmente hasta que su estomago regrese a la posición natural. Sienta como estos músculos están perdidos, apagados y relajados. No olvide que la idea es tener una zona de su cuerpo muy tensa para que pueda notar la tensión de esa zona y la pueda relajar despacio hasta identificar los músculos que usted mismo esta relajando.

Insistir en la práctica de la relajación en casa.